

RAPPORT CORDIER

Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 Recommandations du comité des « sages » - 21 juin 2013

Le « comité des sages », présidé par Alain Cordier, chargé d'élaborer les axes de la future stratégie nationale de santé, a émis 19 recommandations dans un rapport remis au gouvernement le 21 juin 2013.

L'objectif de ce rapport est de « construire la bonne synergie entre les différentes actions, et de créer une dynamique d'ensemble, en rendant lisible un changement de système bâti autour des patients et non autour des structures. »

Chacune des 19 recommandations élaborées par le comité des sages est assortie des décisions nécessaires à leur mise en œuvre, des concertations et des groupes de travail à mettre en place pour assurer leur bonne compréhension et leur solidité juridique, et d'orientations supplémentaires à approfondir.

1. Promouvoir la santé de chacun et de tous

↳ Développer la promotion de la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique.

« Engager les ARS à mettre en place un repérage des formes extrêmes de vulnérabilités et de précarités, et à coordonner leur prise en charge dans chaque territoire de santé. En prenant appui sur le travail et les recommandations du monde associatif le plus concerné. »

2. Impliquer et accompagner la personne malade, soutenir l'entourage

↳ **Une meilleure information des usagers sur leurs droits** : Généraliser en ambulatoire la diffusion de supports d'information sur les droits des usagers – Demander à la CNS de concevoir une charte des droits, devoir et responsabilité de la personne et des professionnels l'accompagnant.

↳ Développer l'auto-surveillance en lien avec le médecin traitant.

↳ Renforcer le rôle de conseil et d'éducation des pharmaciens d'officine

↳ Renforcer le rôle des aidants « naturels » : créer des formations communes à ces aidants naturels et aux équipes pluri-professionnelles

3. Créer une instance représentative des associations des usagers du système de santé

Rôle : donner des avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux des usagers ; représenter officiellement auprès des pouvoirs publics l'ensemble des usagers et notamment désigner ou proposer les délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par l'Etat et l'assurance maladie ; gérer tout service d'intérêt pour les usagers du système de santé dont les pouvoirs publics lui confie la charge ; suivre l'action des structures adaptées de médiation au niveau local, tant au sens de facilitation de l'accès aux droits et aux soins qu'à celui de l'aide à la résolution des conflits.

Un service public territorial de santé : Passer d'une logique de structures et de moyens à une logique de services. (Recommandations 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9)

4. Favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaires (maisons, pôles et centres de santé)

- ↳ **Elargir les compétences du référent installation au sein des ARS** et en leur assurant un appui technique ministériel
- ↳ **Mettre en place une grille d'auto-évaluation** de ces structures d'ici fin 2013 et **développer en 2014 une contractualisation** entre l'ARS et ces structures à partir d'un contrat-type élaboré nationalement.
- ↳ **Favoriser la rémunération de consultations spécialisées avancées** auprès des équipes de soins primaires, notamment en zone déficitaires.

5. Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant

- ↳ S'assurer à la fin 2013 qu'un **courrier de fin d'hospitalisation soit remis au patient lorsqu'il sort de l'hôpital et transmis à son médecin traitant**. De même pour l'avis spécialisé demandé par le médecin traitant.
- ↳ S'assurer que toute demande d'hospitalisation ou d'avis spécialisé soit accompagnée d'une **lettre du médecin traitant comprenant le volet médical de synthèse**.
- ↳ Mise en œuvre d'ici fin 2014 d'une **fonction de coordination, sous l'égide du médecin traitant**, au plus près des malades chroniques
- ↳ Inscrire dans les priorités des ARS le **renforcement de la coordination** entre l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les compétences en soins palliatifs.

6. Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux

- ↳ Identifier d'ici janvier 2014 un **comité départemental d'accès aux soins**, instance réunissant au moins une fois par an l'ARS, le conseil général, les caisses primaires, les usagers, les professionnels de santé (en associant les acteurs de la prévention).
- ↳ **Promouvoir la mutualisation des moyens des professionnels dans les territoires de proximité** (plateforme territoriale d'appui). A ce titre passer des contrats entre les plateformes territoriales d'appui et leurs ARS, évaluables sur une année.
- ↳ **Renforcer la coopération entre les équipes de soins de santé primaires et les équipes du secteur psychiatrique**.

7. Créer un service public de l'information pour la santé

- ↳ **Mise en ligne d'ici juin 2014, sur le site de chaque ARS d'un répertoire de l'offre de soins** par territoire qui serait mis à jour deux fois par an.

8. Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital

- ↳ Généraliser le **repérage des patients à risque élevé de ré-hospitalisation** en faisant appel à une évaluation sociale et médicale. Ceci concrétisé par un **plan personnalisé de suivi après sortie, en collaboration avec les équipes de soins primaires**
- ↳ Veiller à ce que les décisions d'investissement **accélèrent les mutations de l'hôpital vers une organisation centrée sur le parcours du patient** et s'accompagnent de la **réduction ou transformation des capacités d'hospitalisation traditionnelle**.
- ↳ Garantir d'ici fin 2013 que **chaque médecin traitant puisse joindre un médecin hospitalier dans le service prenant en charge du patient qu'il suit**.
- ↳ **Inciter les médiateurs hospitaliers à échanger avec les professionnels de santé hospitaliers** pour collationner leurs observations in situ.

9. Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé

- ↳ Soutenir la **place prééminente des CHU** et des centres de référence **pour l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques**.
- ↳ Mettre en place un **mécanisme d'intéressement des hôpitaux à la fluidité des parcours de soins** par l'utilisation de fonds stratégie nationale de santé à gestion régionale

- ↳ **Fixer systématiquement l'heure de sortie d'une hospitalisation complète en fin de matinée et non pas en milieu d'après midi**
- ↳ Réévaluer régulièrement via les ARS la **pertinence des gardes pour chaque territoire de santé et dans chaque hôpital.**
- ↳ Intégrer le **service de santé des armées dans la régulation centre 15 et dans la permanence territoriale des soins**
- ↳ Etablir une **contractualisation interne entre les SAU et les plateaux techniques pour assurer un accès fluide aux examens complémentaires**
- ↳ Mise en place d'une **commission des soins non programmés dans chaque hôpital** : mise en œuvre en 1 an d'un plan de gestion des lits non programmés
- ↳ **Améliorer la continuité des soins en EHPAD par un renforcement des compétences médicales et infirmières** : soit par recrutement soit par contrat avec des professionnels libéraux
- Mise en œuvre d'un **lien contractuel entre les EHPAD et les équipes mobiles gériatriques hospitalières** pour limiter le recours aux urgences.

10. Aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé

- ↳ **prendre les décisions réglementaires** permettant la prescription électronique et favoriser les échanges entre professionnels par messagerie sécurisée en donnant une valeur juridiquement probante aux différentes pièces échangées
- ↳ **Développement d'un DMP sur le contenu suivant** : biologie, médicaments, volet médical de synthèse, compte rendu d'hospitalisation) pour les malades chroniques et les personnes âgées en perte d'autonomie, puis dans un second temps, pour les femmes enceintes et les jeunes enfants.
- ↳ **Conduire un travail juridique** pour assouplir les règles de partage et d'échange d'informations

11. Développer la télémédecine à bon escient

- ↳ **Financement de la télémédecine** dans les territoires où l'offre professionnelle est incomplète et dans les autres cas de figure, accompagnement du développement de la télémédecine en se fondant sur un cadrage méthodologique national et en procédant par appels à projets régionaux.
- ↳ **engager une réflexion sur les aspects particuliers de la déontologie** des pratiques professionnelles devant s'appliquer à la télémédecine et à l'e-santé.

12. Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes

- ↳ **Développer des indicateurs de pertinence** pour les établissements de santé et pour la médecine de ville
- ↳ **Favoriser les revues de morbi-mortalité**, les comités de retour d'expérience et les réunions de recherche de causes d'événements indésirables entre professionnels de santé.

13. Réformer les modalités de rémunération et de tarification

- ↳ **Assurer un suivi global** et s'assurer de la cohérence de l'évolution des tarifications fixées par l'Etat à l'hôpital et par la voie conventionnelle en ville, en élargissant le conseil de l'hospitalisation pour constituer un conseil de la tarification
- ↳ Il sera demandé à chaque ARS un état de la mise en œuvre du déploiement demandé par la DGOS de la comptabilité analytique hospitalière dans les établissements et ce, sur la seule année 2014.

↳ **Développer et diffuser des études comparatives de coûts**, notamment entre hôpitaux, en prenant appui sur la base de données nationales

↳ **transformer l'actuel fonds d'intervention régionale (FIR)** en un fonds stratégie nationale de santé, à gestion régionale

↳ La rapport prévoit également qu'il convient de rendre les arbitrages nécessaires à temps pour que l'EPRD des établissements et les tarifs soient connus avant le 1^{er} janvier

↳ **Identifier pour les établissements une dotation en sus**, propre à la coordination de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques avec l'amont et l'aval de l'établissement

↳ **Fonder la décision de prise en charge par l'assurance maladie** et la fixation du prix des produits de santé sur une analyse médico-économique mettant en regard l'intérêt thérapeutique relatif du produit (en lieu et place du SMR et de l'ASMR), son gain pour la santé et son coût

14. Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux

↳ **Etablir des conventions entre ARS et université** pour définir les objectifs territoriaux de la formation

↳ Ajouter dans le troisième cycle une obligation de stage en ambulatoire

↳ **Construire un corpus scientifique commun** aux enseignants, chercheurs et praticiens autour de la promotion de la santé, de la connaissance et des pratiques de soins, de l'organisation, du fonctionnement et de la performance du système

15. Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé

↳ **Reconnaître le métier d'infirmier clinicien** en identifiant les compétences élargies (évaluation des risques, prévention, éducation thérapeutique...), en introduisant dans le répertoire des métiers de la fonction publique une fiche spécifique.

↳ Révision de l'article 51 de la loi HPST (coopération entre professionnels de santé) : « **simplifier la réglementation en matière de transferts de compétences**, renverser l'architecture de l'article 51 de la loi HPST, en proposant des cahiers des charges nationaux pour les thématiques les plus concernées, sous la forme de recommandations, en laissant chaque équipe élaborer son protocole mis en œuvre sous la responsabilité des médecins. »

Identification des masters ou DU permettant de valider les compétences nécessaires
Faire évoluer le droit sur la facturation des actes.

16. Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche

↳ **l'objectif est** la mise en cohérence des programmes de recherche, les priorités retenues en matière de recherche (vieillesse, maladies chroniques, médecine personnalisée, maladies infectieuses, innovations technologiques) répondant aux défis auxquels doit répondre le système de santé français

↳ **Amélioration de la compétitivité aux plans européen et mondial de** la recherche biomédicale, translationnelle et en santé publique, via une priorisation des champs soutenus (vieillesse, maladies chroniques, médecine personnalisée, maladies infectieuses, innovations technologiques et informatique en santé)

↳ **Augmentation du nombre d'enseignants-chercheurs** de la filière universitaire de médecine générale et le nombre de postes de chef de clinique en médecine générale et prévoir leur implication dans des structures de recherche labellisées, et notamment des projets de recherche translationnelle

↳ **Financement dès 2014** d'un programme national de recherche en santé publique et en sciences humaines, économiques et sociales de la santé, coordonnant dans une perspective pluriannuelle, l'ensemble des financements publics

17. Renforcer les capacités prospectives et stratégiques

↳ **Renforcer, par exemple, les capacités d'analyse médico-économique**, notamment en programmant conjointement et en articulant les travaux de la DREES, de la CNAMTS et de la HAS

↳ **Développer des compétences au sein de l'administration de la santé** et élaborer une méthodologie pour une évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé (EIS), en s'inspirant des meilleurs exemples hors de France.

18. Avec les ARS faire le choix de la subsidiarité

↳ Faire évoluer le **régime d'autorisation relatif aux activités des établissements de santé** afin qu'il puisse mieux répondre aux besoins territoriaux tels qu'appréciés par les ARS.

↳ Prévoir des **conventions territoriales entre l'ARS et le coordonnateur de la gestion du risque de l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux**. Ces conventions complèteraient des conventions nationales cadres, de type « maîtrise d'ouvrage » déterminant par exemple des indicateurs relatifs au financement d'actes sur objectifs de santé publique

19. Réorganiser le pilotage national : Se donner des bases solides d'un pilotage plus cohérent du système de santé

↳ **Créer une « Direction générale de la stratégie nationale de santé »** afin de coordonner les travaux de la Direction de la sécurité sociale, de la DGCS et la Drees afin d'asseoir la fonction stratégique et le rôle pilote de l'Etat.

Son rôle : maîtrise d'ouvrage pour l'assurance maladie ou la HAS – animation du réseau des ARS.

↳ **Créer une « Direction générale de la veille et de la sécurité sanitaire »** qui animerait le réseau des ARS dans ce domaine

↳ **Confier à l'assurance maladie une mission d'opérateur national des données de santé**

↳ **Regroupement de la HAS et de l'Anesm**

↳ Inscire la HAS comme vecteur clef de la régulation du système de santé par la qualité des soins