



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION  
DU SYSTÈME DE SANTÉ

## Rapport final

# Repenser l'organisation territoriale des soins

**Pierre PRIBILE** – Directeur Général ARS Bourgogne Franche-Comté

**Norbert NABET** – Directeur Général Adjoint ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

## SOMMAIRE

Le mot des pilotes .....	3
Transformer le système en favorisant la prise en charge hors les murs et la responsabilisation conjointe des opérateurs au bénéfice des patients.....	4
Tableau de synthèse des mesures proposées.....	6
Les simplifications proposées.....	8
Les mesures proposées .....	9
La structuration du premier recours et des soins de proximité .....	9
Création d’Etablissements Publics de santé de Territoire.....	18
Organisation des coopérations dans les filières sanitaires et médico-sociales entre le public et le privé.....	21
Implication des patients dans le fonctionnement du système.....	22

## | Le mot des pilotes

Nous tenons à remercier celles et ceux qui se sont mobilisés pour partager avec nous, au cours des trois mois impartis à cette mission, leurs analyses, leurs expériences et leurs propositions, que ce soit par des contributions écrites, lors d'entretiens collectifs ou individuels, ou à l'occasion des réunions de travail organisées dans les régions Auvergne Rhône Alpes, Centre Val de Loire et Hauts de France.

Au travers de ces échanges et de ces lectures, nous avons pu mesurer combien les objectifs assignés par le gouvernement au volet « organisation territoriale des soins » de la stratégie de transformation de notre système de santé étaient très largement partagés. De nombreux exemples locaux de transformations audacieuses et innovantes nous ont même été rapportés, allant dans le sens d'un système de santé moins cloisonné, facilitant les parcours de santé des patients. Et pourtant, force est de constater que, malgré ce quasi-consensus et la force de ces exemples concrets, notre système de santé n'évolue ni spontanément, ni uniformément, ni rapidement dans ce sens.

Cette situation peut sembler paradoxale. Elle nous paraît résulter d'une part du besoin d'énoncer une cible organisationnelle plus claire en termes de service rendu à la population et d'autre part de la nécessité de progresser vers cette cible selon une logique non plus seulement volontaire mais désormais volontariste. Nous avons donc pris le parti de proposer ici une dizaine de mesures permettant d'affiner une cible d'organisation territoriale des soins et de s'engager résolument dans sa mise en place rapide et systématique.

## Transformer le système en favorisant la prise en charge hors les murs et la responsabilisation conjointe des opérateurs au bénéfice des patients

Des parcours de santé plus fluides grâce à des interventions coordonnées de professionnels issus de secteurs différents et aux modes d'exercice divers, des soins de meilleure qualité grâce à une gradation de l'offre de soins et à un juste recours. En d'autres termes, que chaque patient qui le nécessite puisse disposer, autour du médecin traitant, d'éléments d'infrastructure nécessaires à sa prise en charge à proximité de son domicile : une permanence sanitaire infirmière, un support fiable logistique à domicile et de capacités d'hébergement temporaire. D'autre part, il est nécessaire d'organiser l'accès à une offre de soins graduée et complémentaire de prises en charge hospitalière. Tels sont les principaux attendus d'une meilleure organisation territoriale des soins.

La mission considère que cette transformation territoriale ne peut s'opérer qu'en se fondant sur :

- Un principe de **prise en charge au domicile aussi longtemps et dès que possible** de préférence à une prise en charge en établissement ;
- Des **innovations organisationnelles** portées par les acteurs sur le terrain, facilitées par une simplification réglementaire et administrative ;
- La **mise en responsabilité territoriale / populationnelle** des professionnels et des acteurs du système de santé ;
- L'implication **réelle des patients** dans le fonctionnement du système.

Les mesures proposées ici visent donc à :

- **Définir des services attendus en évitant autant que possible d'être prescriptif sur le modèle d'organisation capable de le rendre.** Il en va ainsi par exemple des fonctions de régulation pour l'accès à des soins non programmés et des services d'appui à la coordination qui doivent se développer sur l'ensemble du territoire : sans transiger sur le contenu et la qualité du service à rendre, différents modèles d'organisation permettent de développer ces services, très dépendants des territoires et de leurs dynamiques d'acteurs. Il importe de les faire éclore et d'assurer un maillage du territoire national par ces services en évitant, sur un territoire donné, de multiplier les dispositifs redondants ou connexes au détriment de leur lisibilité et de leur efficacité. Il en va de même du recours inapproprié aux services d'urgences<sup>i</sup> qui est la conséquence directe de l'absence de deux types de prestations essentielles à développer : l'accueil des soins non programmés et l'admission aux différents services hospitaliers.

- **Créer les conditions de l'innovation territoriale en favorisant le travail d'équipe dans une logique de « cluster ».** Pour faire éclore des organisations nouvelles, il faut rompre l'isolement professionnel ou sectoriel des acteurs du système de santé car l'innovation naît de la confrontation et de la combinaison des approches de ces différents acteurs. Cela suppose de renforcer la dimension collective du travail de ces professionnels en intra-sectoriel (regroupement des IDE, structuration des prestataires de santé à domicile, poursuite du développement de l'exercice coordonné, regroupement des établissements publics) et en inter-sectoriel (des communautés professionnelles territoriales de santé qui dépassent les seuls professionnels de ville, pleine insertion des établissements et services médico-sociaux dans l'organisation des filières et des parcours de soins).
- **Rendre ainsi possible l'exercice d'une responsabilité territoriale/populationnelle en redonnant du pouvoir d'agir aux professionnels à une échelle appropriée :**
  - à l'échelle de l'équipe traitante qui doit se constituer autour de chaque patient pour assurer la continuité et la coordination des soins au niveau requis par la complexité de sa situation ;
  - à l'échelle de la communauté professionnelle territoriale de santé pour définir les processus de travail en commun de nature à assurer les bons passages de relais, la permanence et l'accessibilité des soins ;
  - à l'échelle du partenariat entre l'établissement public de santé de territoire et les établissements privés du même territoire pour assurer la gradation de l'offre hospitalière et l'articulation de l'offre publique et de l'offre privée.

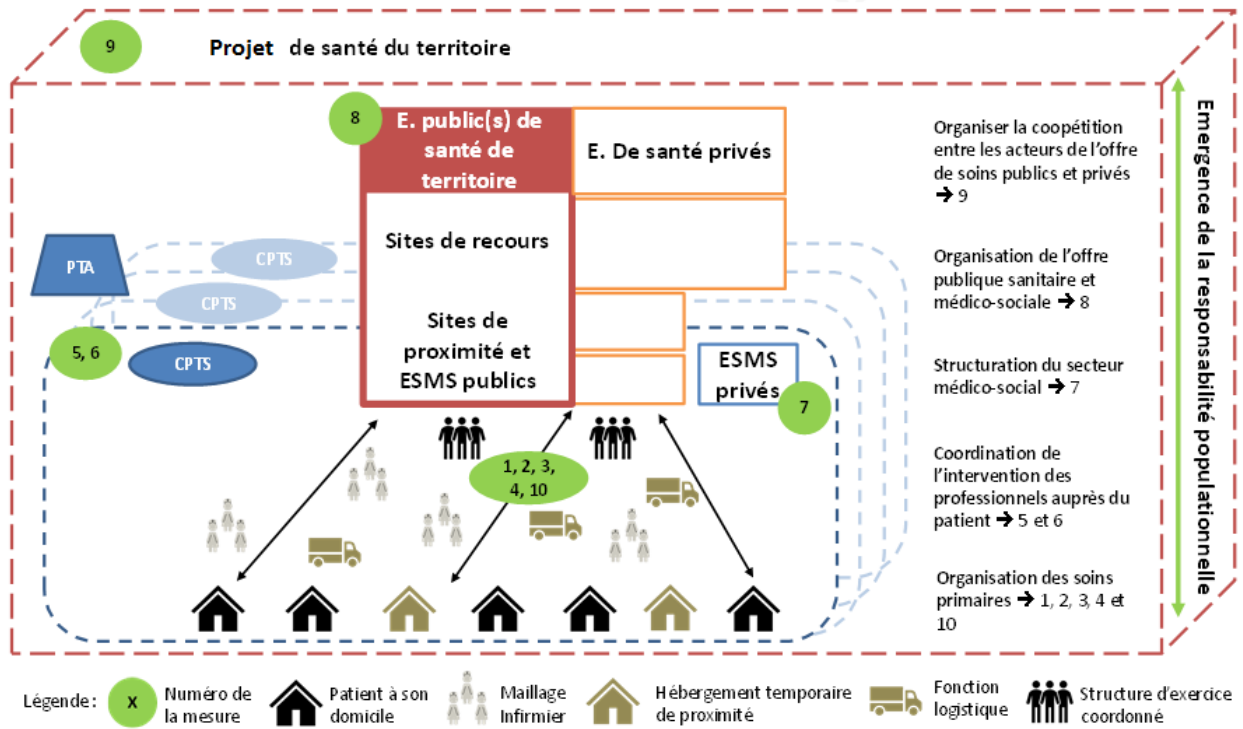
Face à un système de santé extrêmement morcelé, la mission en appelle ainsi à une forme de « **coopétition** » entre acteurs dans l'intérêt des patients : il s'agit de favoriser toutes les coopérations nécessaires à la qualité du service rendu sans renoncer à tirer parti autant que possible d'une forme de compétition et d'émulation.

Enfin, **l'implication des patients dans leur prise en charge, comme dans la gouvernance** territoriale ou institutionnelle apparaît un facteur central du succès de la transformation de notre système de santé. La professionnalisation et la généralisation de l'expertise patient sont indispensables.

La mise en place de ces mesures de transformation nécessitera de la part de l'administration nationale comme régionale et de l'assurance maladie d'adopter une **posture de régulation et d'accompagnement de projet**, et de mettre à disposition des acteurs de terrain des compétences **d'ingénierie de projet ainsi que des systèmes de communication et d'information performants et pertinents.**

## Tableau de synthèse des mesures proposées

Objectifs	Thématiques	Mesures proposées
<b>La structuration du premier recours et des soins de proximité</b>	<b>Passer de médecin traitant isolé à l'équipe de soins du patient et aux structures d'exercice coordonné</b>	Mesure 1 : Renforcer l'exercice coordonné et reconnaître une équipe de soins traitante
	<b>Sécuriser le maintien et le retour au domicile</b>	Mesure 2 : Assurer un maillage sanitaire de proximité par des équipes infirmières
		Mesure 3 : Structurer le support logistique du maintien à domicile
		Mesure 4 : Créer un régime de droit commun d'hébergement temporaire de proximité pour étoffer cette offre et compléter les services offerts par les sites hospitaliers de proximité
	<b>Structurer l'animation et la gouvernance stratégique territoriale de proximité</b>	Mesure 5 : Faire émerger au sein des CPTS une responsabilité populationnelle, intégrant des objectifs de maintien et de retour rapide à domicile
	<b>Organiser et simplifier la coordination</b>	Mesure 6 : Fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination au sein des PTA
	<b>Intégrer pleinement les établissements médico-sociaux dans le continuum de prise en charge et renforcer leur compétence médicale</b>	Mesure 7 : Tendre vers un système à financeur et régulateur unique de l'offre médico-sociale
<b>Création d'Etablissements Publics de santé de Territoire</b>		Mesure 8 : Créer les Etablissements Publics de santé de Territoire
<b>Organisation des coopérations dans les filières entre le public et le privé</b>		Mesure 9 : Faire émerger des projets de santé de territoire pour organiser la coopération notamment entre les acteurs publics et privés dans chaque territoire
<b>Implication des patients dans le fonctionnement du système</b>		Mesure 10 : Vers une professionnalisation des fonctions importantes des patients



## Les simplifications proposées

La mission a veillé à ce que l'ensemble de ces mesures s'inscrive dans une logique de simplification des dispositifs existants. Les principales simplifications attendues sont les suivantes.

<b>Les principales simplifications attendues grâce à ces mesures</b>
Simplifier les conditions statutaires, sociales et fiscales d'exercice mixte
Permettre par une fongibilité des enveloppes de redéployer des moyens hospitaliers vers des prises en charge de ville et plus généralement simplifier les outils de fongibilité existants
Fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination des cas complexes au sein des PTA
Accélérer et simplifier les conditions de mise en œuvre des délégations de tâches
Simplifier la gouvernance et le financement du secteur médico-social
Supprimer le millefeuille des établissements publics dans les GHT
Simplifier la gouvernance interne des établissements publics
Intégrer les dispositifs propres à la santé mentale comme une des filières du projet de santé de territoire
Passer d'une logique d'expression collective (Conseil Territorial de Santé) à une logique de projet et de responsabilité collectifs (Projet de Santé de Territoire)



## Les mesures proposées

### La structuration du premier recours et des soins de proximité

#### *Passer de médecin traitant isolé à équipe de soins et aux structures d'exercice coordonné*

##### **Mesure 1 : Renforcer l'exercice coordonné et reconnaître une équipe de soins traitante**

Il s'agit de continuer à développer les structures d'exercice coordonnée (MSP, CDS, etc.) sur le territoire et d'étudier la possibilité de les intégrer davantage avec des éléments structurants existant : établissements de santé, ESMS, laboratoires d'analyses médicales, SSIAD, SPASAD, etc.

Dans ce cadre, la mise à disposition de temps infirmier (sur la base par exemple d'1 temps plein pour 2 MG) dans ces structures regroupant plusieurs praticiens permet des modes de prise en charge innovants, définis en concertation et intégrant par principe de la délégation de tâches. Dans les zones sous-denses ce principe pourrait être transitoirement étendu à des MG exerçant encore seuls afin de libérer du temps médical et favoriser les rapprochements. Cette mesure est complémentaire au développement des pratiques avancées.

Il conviendra également de favoriser les modes d'exercice mixtes :

- En simplifiant les conditions statutaires, leur régime social et fiscal, ...
- En permettant le financement, par de nouveaux mécanismes de fongibilité, de la mise en commun de professionnels, de plateaux techniques et de foncier quel que soit leur statut. Il s'agit de permettre, par une fongibilité des enveloppes, de redéployer des moyens hospitaliers vers des prises en charge de ville sans conséquence pour le statut des professionnels concernés. Il conviendra également de simplifier et fluidifier les mécanismes de fongibilité existants.

Dans les établissements médicosociaux, le développement de la mixité des exercices passe par la possibilité pour le médecin coordonnateur d'assurer la plénitude des fonctions de médecin et notamment la prescription.

La prise en charge des patients complexes, nécessitant une coordination importante entre les professionnels, est assurée par une équipe de soins traitante dont la composition et l'action sont adaptées au cas par cas pour chaque séquence de soins du patient. Il s'agit ainsi de favoriser l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital et de développer une responsabilité commune qui se matérialise par l'émergence d'un intérêt commun à agir.

La prise en charge est assurée par une équipe de soins traitante des cas complexes, intégrant tous les acteurs de la prise en charge (ville, hôpital, privé, public, sanitaire, médico-social et social). Une gradation de la réponse pourra être proposée suivant la complexité des cas.

Cela suppose que tous les membres de cette équipe soient connectés par un système d'information centré sur le patient et leur permettant non seulement d'échanger de l'information mais surtout de s'intégrer dans un « workflow ».

Ce système d'information permettant d'identifier l'équipe traitante mais aussi de mesurer le résultat de son intervention, il est alors possible de compléter la rémunération de ces équipes en fonction de ses résultats (absence d'institutionnalisation en hôpital ou en EHPAD par exemple).

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Accroissement du temps médical disponible en facilitant les coopérations entre professionnels et le développement des pratiques avancées
- L'intervention des professionnels est organisée dans un contexte de qualité et de sécurité pour le patient ET pour le professionnel
- Avec l'évolution vers des pathologies plus complexes et des retours à domicile plus précoces, le patient doit pouvoir disposer d'une équipe capable de coordonner la multiplicité des intervenants

#### *Autres bénéfices attendus*

- Attractivité des métiers
- Le parcours du patient est défini en co-construction par l'ensemble des professionnels qui interviennent dans la prise en charge du patient
- La délégation de tâches est organisée au niveau local et en fonction du profil du patient

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Avec le chantier 4.2 sur la simplification des exercices mixtes
- Avec le chantier 2 sur les modèles d'incitation financière pour l'équipe traitante
- Avec le chantier 3 : (workflow, SI) / suites à donner à TSN et au programme « e-parcours »

#### *Vecteur juridique*

- Accord conventionnel
- Base légale dans la LFSS pour le mécanisme de fongibilité
- Simplification réglementaire pour les exercices mixtes
- Conventionnel : Reconnaissance de l'équipe traitante pour en faciliter la rémunération

#### *Calendrier*

- Mise en place du tout en 2019 (exercice coordonné)
- Déploiement e-parcours et des rémunérations dans le cadre de l'article 51 faisable dès à présent sur certains territoires
- Diffusion progressive (équipe de soins traitante)

#### *Enjeux financiers*

- Coût des mises à disposition des temps infirmier
- Mineur pour l'équipe de soins traitante

## *Sécuriser le maintien et le retour au domicile*

### **Mesure 2 : Assurer le maillage territorial par des équipes infirmières**

Il s'agit de créer une infrastructure garantissant la permanence et la polyvalence des compétences sanitaires au domicile du patient sur tout le territoire. On suscite le regroupement des infirmières sur la base d'un cahier des charges national qui prévoit notamment la permanence de la réponse, la polyvalence (retour accéléré au domicile après hospitalisation, fin de vie, pathologies chroniques, etc). Sur un territoire, ces professionnels regroupés sont les interlocuteurs directs des médecins traitants et des établissements de santé pour la sortie d'hospitalisation et l'organisation du maintien à domicile. Ces organisations légères regroupent indifféremment des professionnels (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, pharmaciens, etc.), libéraux ou salariés (SSIAD, EHPAD, établissement de santé) et s'organisent localement selon les opportunités. Les infirmiers sont les pivots de ces équipes pour 2 raisons : ils organisent déjà la continuité des soins, et un nombre d'infirmiers très conséquent va sortir des écoles pendant plusieurs années et constituer un vivier dont il faut tirer parti.

Ces regroupements ne sont pas exclusifs mais au contraire complémentaires de l'exercice coordonné qui constitue une autre dimension, davantage pluri professionnelle, de l'exercice des professionnels concernés.

L'ensemble du territoire est couvert. Le système d'information partagé et le guichet unique proposé mesure 6 sont des corollaires.

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Davantage de prévention primaire et secondaire sans recours au médecin
- Continuité des soins et soutien à la permanence des soins

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Aucun

#### *Vecteur juridique*

- Base légale et réglementaire pour le système de certification
- Accord conventionnel pour la rémunération de la fonction permanence

#### *Calendrier*

- Initiatives volontaires dès 2018
- Mise en place du cadre de certification 2019
- Délai de certif sur 2 ans

#### *Enjeux financiers*

- Définir le niveau de rémunération de cette fonction

### **Mesure 3 : Structurer le support logistique du maintien à domicile**

Pour permettre le déploiement du « maillage sanitaire » évoqué supra, il est nécessaire de couvrir le territoire de moyens logistiques robustes dotés d'une logique industrielle (PSAD, SAAD/SPASAD, autres acteurs souhaitant développer de telles prestations). Cette activité est différente de la coordination organisée par ailleurs. Les services attendus sont : la permanence téléphonique, la réactivité, l'information de l'équipe traitante, la traçabilité, l'évaluation, le contrôle qualité et la mobilisation des opérateurs prescrits par le médecin traitant dans le cadre de la prise en charge, etc.

La prestation fournie répond à des normes de qualité et le prestataire à une démarche de certification et d'accréditation organisée à un niveau national (modèle COFRAC). Pour les SAAD, cette certification est à intégrer au régime d'autorisation.

Elle est prescrite par le médecin traitant (en lieu et place des praticiens hospitaliers dans le cadre des sorties d'hospitalisation).

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Une garantie du niveau de qualité et de réactivité du service rendu

#### *Autres bénéfices attendus*

- Les démarches de coordination des soins de ville lors du retour à domicile après une hospitalisation sont facilitées pour les professionnels de santé hospitaliers, qui sont sécurisés lors des étapes de retour à domicile des patients

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Aucun

#### *Vecteur juridique*

- Base légale et réglementaire pour le système de certification

#### *Calendrier*

- Mise en place du cadre de certification 2019
- Délai de certif sur 2 ans

#### *Enjeux financiers*

- Répercussion éventuelle sur la tarification des prestations et services et éventuellement sur le mode de tarification (Cf. mesure 7)

**Mesure 4 : Créer un régime de droit commun d’hébergement temporaire de proximité pour étoffer cette offre et compléter les services offerts par les sites hospitaliers de proximité**

Une offre utile d’hébergement temporaire de proximité se développe dans les EHPAD. Mais ce développement est timide car contingenté et parce que le patient est soumis à une tarification EHPAD pour l’hébergement. Il importe d’étoffer cette offre en l’inscrivant dans un régime sanitaire de droit commun avec un tarif adapté et en l’étendant aux établissements sanitaires, en particulier sur les sites de proximité.

Cette offre d’hébergement de proximité opérée en tout ou partie par des professionnels libéraux permettra de compléter les services offerts par les sites hospitaliers de proximité, pouvant pour certains intégrer un plateau technique minimum - biologie, radiologie, aux fins de bilan simple ou de stabilisation de patients complexes.

*Bénéfices attendus pour le patient*

- Rapidité d’intervention
- Proximité d’intervention, et accessibilité pour les patients ayant des problèmes sociaux
- Capacité d’hébergement flexible aisément mobilisable en période d’épidémie hivernale

*Liens avec les autres chantiers*

- Avec le chantier 2 : tarif d’hébergement temporaire

*Vecteur juridique*

- Base légale et réglementaire

*Calendrier*

- PLFSS 2019

*Enjeux financiers*

- Rémunération de cette activité

## ***Structurer l'animation et la gouvernance stratégique territoriale de proximité***

### **Mesure 5 : Faire émerger au sein des CPTS une responsabilité populationnelle, intégrant des objectifs de maintien et de retour rapide à domicile**

La CPTS est confirmée comme lieu de gouvernance territoriale de proximité et d'incubation des innovations organisationnelles. La composition de la CPTS est réaffirmée : professionnels de ville, établissements sanitaires publics et privés, et établissements médico-sociaux publics et privés, chacun représenté par un ou plusieurs professionnels qui y exercent des fonctions de proximité.

Les CPTS ont cinq missions socles et restent libres des moyens organisationnels à mettre en œuvre pour les remplir en vue d'une contractualisation avec l'ARS :

- **Améliorer l'accès aux soins** en assurant le meilleur maillage du territoire avec les professionnels disponibles (points de consultations avancées, télé-médecine, ...) et en contribuant à la mise en œuvre des projets d'installation des nouveaux professionnels.
- **Participer à la continuité des soins et à la permanence des soins** en organisant la prise en charge des soins non programmés qui ne relèvent pas des urgences (ne nécessitant pas l'accès à une expertise ou un plateau technique présent en centre hospitalier). Il s'agit d'assurer la continuité et la permanence de la réponse aux demandes de soins non programmés qui comporte nécessairement les fonctions suivantes (ou la participation à ces fonctions lorsqu'elles sont mises en place à une échelle territoriale plus large) :
  - Une fonction de régulation
  - Une fonction de télé-consultation
  - Une fonction d'orientation
  - Une réponse adaptée pour accueillir les patients qui ne trouvent pas de solution auprès des autres opérateurs du système (MG, EHPAD, etc.)
  - L'organisation appropriée de la Permanence des Soins Ambulatoires en lieu et place de l'organisation actuelle (simplification des dispositifs existants).
- **Formaliser les parcours et protocoles de prise en charge pour les principales maladies chroniques et la fin de vie**, en adaptant au territoire les recommandations des Conseils Nationaux Professionnels, en s'appuyant sur les indicateurs de pertinence et de qualité des soins qu'ils proposent et en développant les usages numériques.
- **Définir les délégations de tâches mises en œuvre sur le territoire et simplifier leur mise en œuvre administrative**. Une task force nationale pourrait mettre à disposition des CPTS des protocoles « sur étagère » en tirant parti des initiatives locales. Leur mise en œuvre par des professionnels adhérents à une CPTS serait alors de droit sans aucune autre formalité.
- **Définir et poursuivre des objectifs de santé publique** dans le cadre de sa responsabilité populationnelle.

L'appartenance des professionnels à une CPTS ne se fait pas sous le régime de l'adhésion mais fait partie intégrante de leur activité professionnelle. Il revient à la CPTS d'organiser la contribution de chacun de ces professionnels à l'exercice de ses missions.

Les actions et projets des CPTS font l'objet d'une contractualisation avec l'ARS. Cette dernière a également une mission de soutien à l'ingénierie de projets, d'évaluation de l'atteinte d'objectifs de santé publique et de partage des bonnes pratiques.

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Le patient bénéficie d'une offre de soins accessible, continue et permanente
- Le patient s'adresse à des professionnels qui partagent des processus de travail, des outils de régulation et des modalités de coordination adaptés aux spécificités du territoire

#### *Autres bénéfices attendus*

- La responsabilité territoriale/populationnelle partagée émerge au fur et à mesure de la structuration des CPTS
- Le continuum de prise en charge est organisé en coordination : le nombre de passages aux urgences, les taux de réhospitalisation et les durées de séjour diminuent
- Les acteurs sont autonomisés et responsabilisés, dans un cadre sécurisé pour les patients, et de couverture juridique pour les professionnels

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Avec le chantier 1 : parcours et protocoles
- Avec le chantier 2 : financement des CPTS
- Avec le chantier 3 : la CPTS n'est pas le lieu du développement de nouveaux SI mais un lieu de développement des usages des SI mis à disposition des professionnels

#### *Vecteur juridique*

- Base légale : maillage complet du territoire par des CPTS, modification des conditions d'exercice des professionnels pour prévoir leur rattachement à la CPTS de leur lieu d'exercice
- Base réglementaire ou conventionnelle pour la rémunération de l'ingénierie de la CPTS

#### *Calendrier*

- Dès à présent sur volontariat via FIR
- Stabilisation du modèle en 2019 avec texte législatif
- Généralisation / amélioration continue ensuite

#### *Enjeux financiers*

- Rémunération de l'ingénierie CPTS
- Rémunération de la responsabilité populationnelle de la CPTS et de ses membres

## *Organiser et simplifier la coordination*

### **Mesure 6 : Fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination des cas complexes au sein des PTA**

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) deviennent le lieu où fusionnent l'ensemble des dispositifs de coordination existants (MAIA, PAERPA, CLIC, PRADO, réseau de soins...), sur lesquels elles s'appuient pour organiser le parcours des patients complexes. L'accès à ces dispositifs, par les patients ou par les professionnels, se fait par un guichet unique qui active ensuite l'intervention la plus adaptée à la situation du patient. Les PTA ainsi constituées complètent les dispositifs de coordination simple mis en place au niveau local qui seront développés (mesure 1).

Au fur et à mesure, la PTA intègre l'ensemble des dispositifs qui auront émergé sur le territoire dans le cadre de l'animation territoriale (voir ci-dessous mesure 5), et pourra aussi embarquer à terme la fonction de régulation, conseil et orientation des patients.

Il conviendra également de définir un modèle de financement permettant à ces plateformes de disposer des moyens humains nécessaires à mesure que leur file active se développe.

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- L'utilisateur (patient ou aidant) n'est plus laissé seul pour effectuer la coordination de son parcours
- Au sein d'un territoire, l'offre de coordination est lisible et graduée
- Le nombre de patients intégrés dans les dispositifs de coordination est sensiblement augmenté, ce qui permet de maintenir à domicile ou en proximité un nombre plus important de patients

#### *Autres bénéfices attendus*

- Les professionnels de santé n'ont plus à effectuer eux-mêmes la tâche de recherche du dispositif de coordination le plus pertinent
- La meilleure coordination des parcours diminue le recours aux services d'urgences et aux structures d'hébergement (sanitaire ou médico-social) qui sont ainsi recentrées sur leurs missions

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Avec le chantier 2 : modèle de financement des PTA
- Avec le chantier 3 : (workflow, SI) / suites à donner à TSN et au programme « e-parcours »

#### *Vecteur juridique*

- Base légale pour unifier tous les dispositifs, eux-mêmes prévus par la loi
- Base réglementaire/conventionnelle à la rémunération de cette activité

#### *Calendrier*

- 2019

#### *Enjeux financiers*

- Financer le développement de ces activités



## ***Intégrer pleinement les établissements médico-sociaux dans le continuum de prise en charge et renforcer leur compétence médicale***

### **Mesure 7 : Tendre vers un système à financeur et régulateur unique de l'offre médico-sociale**

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont pleinement intégrés, en tant que lieu de vie des personnes, à l'organisation et la régulation des soins. Ils participent aux CPTS (cf. mesure 5) où ils sont à la fois demandeurs (pour le compte de leurs résidents) et producteurs (en tant qu'ESMS plateforme disposant de compétences propres expertes).

Dans un contexte d'évolution de la typologie de résidents accueillis au sein des EHPAD qui nécessitent des soins de plus en plus importants, il est nécessaire de faire évoluer le modèle de tarification et de régulation des EHPAD afin de les inscrire dans des parcours de prise en charge intégrés leur donnant un meilleur accès aux ressources soignantes et permettant de développer leur offre « hors les murs ».

Le modèle de tarification des EHPAD devra évoluer pour que l'intégralité du financement soit gérée par un acteur unique : l'ARS. En effet, dans une logique de parcours, les établissements sanitaires, médico-sociaux et les professionnels de la ville doivent se coordonner et répondre aux mêmes objectifs.

Outre l'intégration des EHPAD publics aux établissements publics de santé de territoire (cf. infra), les EHPAD privés sont obligatoirement rattachés par convention à un établissement de santé de leur choix.

Plus généralement, il conviendra de mettre fin dans l'ensemble du secteur médico-social à la superposition de compétences ARS / CD pour que chaque établissement et service n'ait affaire qu'à un unique financeur et régulateur qui devrait être l'ARS chaque fois que l'insertion de ces établissements et services dans un continuum de soins est indispensable.

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Un meilleur accès protocolisé et direct aux services de spécialité (gériatrie, cardiologie, consultations complexes pour personnes handicapées...)
- Les prises en charge proposées au sein des ESMS seront plus innovantes et incluses dans une politique de régulation de l'offre de santé intégrative
- Pour une personne dépendante, l'entrée en EHPAD s'inscrira alors dans un schéma de prise en charge coordonnée entre secteurs, voulu par la personne, au sein d'une structure mieux intégrée dans son environnement.

#### *Autres bénéfices attendus*

- L'évolution de l'offre d'hébergement répond désormais mieux aux besoins des résidents, des aidants et des professionnels de santé
- L'offre de prise en charge est définie en lien avec le secteur sanitaire

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Avec le chantier 2 : financement des ESMS

#### *Vecteur juridique*

- Révision à la fois législative et réglementaire

#### *Calendrier*

- Entrée en vigueur 2020

#### *Enjeux financiers*

- Redéploiement de masse financière entre Etat et Conseils Départementaux

## Création d'Établissements Publics de santé de Territoire

### Mesure 8 : Transformer les Groupements Hospitaliers de Territoire en Établissements Publics de santé de Territoire

#### *La cible*

Afin d'approfondir la logique de groupe, il est proposé de transformer progressivement les GHT et les établissements qui les composent en établissements publics de santé de territoire. Cet établissement bénéficie d'une **gouvernance médicale et administrative unifiée**, d'une **solidarité financière** de fait et d'une **intégration des fonctions supports**. Ce sont trois éléments qui se révèlent à ce jour nécessaires pour garantir la mise en œuvre opérationnelle de projets médico-soignants transformant par des communautés médicales et soignantes réellement rassemblées.

Nouvel objet juridique, cet établissement public de santé de territoire dispose d'une gouvernance différente de celle des actuels établissements publics de santé. En particulier, il s'agit de **renforcer la place des usagers** en leur confiant la présidence des conseils de surveillance.

La création de ce nouvel objet juridique permet également de procéder à **des simplifications significatives du fonctionnement** des établissements de santé (allègement de la gouvernance, évolution du rôle des comptables publics, etc.) et de laisser davantage de souplesse et de liberté pour la définition d'organisations internes les mieux adaptées au contexte de chacun de ces établissements.

Le principe de spécialité actuel des établissements publics de santé est adapté afin de leur permettre de développer de nouvelles missions en lien avec la transformation des organisations attendues, dans le cadre de la dynamique de gradation des prises en charge (notamment hébergement non médicalisé).

L'établissement public de santé de territoire est responsabilisé plus encore sur la mise en œuvre de la gradation des soins. La responsabilité du nouvel établissement sur le premier niveau de gradation que constitue l'organisation de l'offre de proximité devra aboutir à une contractualisation avec les CPTS (voir supra). De plus, la gestion des autorisations d'activité de soins s'effectuera à l'échelle de ce nouvel établissement, qui définit ensuite les implantations sur les différents sites. Pour **chaque autorisation**, l'établissement décline cette activité entre ses différents sites de façon graduée (cf. orientations des travaux en cours sur la réforme du droit des autorisations). La gestion des autorisations s'inscrira par ailleurs dans le cadre de l'organisation des coopérations entre le public et le privé (voir mesure 9).

La responsabilisation de l'établissement public de territoire passe aussi par l'évolution de son modèle de financement, telle que proposée dans le cadre du chantier 2, afin de promouvoir une rémunération qui tient compte de la responsabilité populationnelle de ces nouveaux opérateurs.

#### *La trajectoire*

Cette transformation des GHT en établissements publics de santé de territoire est nécessairement progressive au regard des différences objectives de maturité et de niveau d'intégration entre les GHT existants.

En outre, cette cible peut même conduire à adapter certains périmètres actuels des GHT qui n'ont pas été conçus pour fonctionner dans un format aussi intégré. Il s'agit d'un petit nombre de GHT dont la taille est manifestement trop importante pour qu'une telle intégration soit bénéfique.

Dans la période transitoire, l'ensemble des établissements publics de santé et médico-sociaux, à l'exception de l'AP-HP et quelques établissements implantés dans des territoires très spécifiques (ex : outre-mer), rejoignent les GHT. Sont notamment concernés les centres hospitaliers spécialisés en santé mentale, les EHPAD et établissements publics de prise en charge des personnes en situation de handicap.

Les GHT peuvent recourir à différentes étapes de transformation déjà possibles en l'état actuel du droit : mise en place de commissions médicales en lieu et place des collèges médicaux, transferts de compétences vers les instances de GHT, mise en place de direction commune, recrutement des professionnels médicaux par l'établissement support pour le compte du groupe, intégration des produits d'activité sur le budget annexe G, gestion des autorisations par le groupe dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, etc.

Afin de faciliter cette dynamique, il leur est permis immédiatement d'approfondir leur fonctionnement en déverrouillant de nouvelles modalités :

- Mécanismes de solidarités de trésorerie avec une mise en commun des disponibilités
- Unification des plans globaux de financement pluri-annuels en un seul plan pour tout le groupe
- Unification des relations contractuelles avec les tutelles (un seul CPOM)
- Séances conjointes des mêmes instances des différents établissements.

Une incitation financière significative est donnée pour les GHT qui se transforment en établissements publics de territoire dans les 2 ans à venir.

Cette transformation prend la forme d'une décision du DG d'ARS qui procède à la création de l'établissement public de santé de territoire, en lieu et place des GHT et établissements qui les composent. Cette procédure juridique nouvelle n'est pas assimilée aux modalités traditionnelles de mise en place des directions communes ou des fusions.

Il n'est pas défini de modèle organisationnel unique pour ces établissements publics de santé de territoire. Le représentant légal de l'établissement (directeur) est chargé de qualifier son organisation interne. Cependant, des modèles ont déjà fait leur preuve chez quelques pionniers. Ceux-ci reposent sur trois éléments-clés :

- Le développement du management médical et soignant des filières de prise en charge (en lieu et place des unités de soins). Il s'agit de faire évoluer la logique des pôles au profit de filières territoriales dont la responsabilité est confiée à un binôme medico-soignant. L'un des points d'attention portera sur la pertinence des filières, pour dépasser une logique de spécialités et véritablement répondre à l'expérience des parcours des patients pour des mêmes familles de pathologies.
- La reconfiguration des directions des sites en véritables directions déléguées.
- L'intégration des services supports.

Ces modèles reposent sur une responsabilisation des managers administratifs, soignants et médicaux :

- Capacité de recruter en dehors du corps ;
- Evaluation et primes basées sur l'atteinte d'indicateurs de santé publique à l'échelle de l'établissement de santé de territoire ;
- Evaluation des directeurs de site par le chef d'établissement ;
- Nomination et révocation de l'exécutif du GHT (directeur, PCME sur proposition de la CME et DS sur proposition du directeur) par le DG ARS.

### *Les risques*

Il faut veiller à ce que cette transformation ne soit pas assimilée à un processus traditionnel de fusion, complexe, long et potentiellement conflictuel.

Des impacts conséquents sont attendus sur certains métiers et certaines fonctions (en particulier les corps de direction). Cela suppose une conduite du changement adaptée. Donner immédiatement de la visibilité sur les trajectoires professionnelles et les évolutions statutaires peut favoriser l'acceptabilité de la réforme.

Les transformations attendues de l'offre de soins, par la conversion de certains sites en plateaux ambulatoires, peuvent conduire à significativement transformer la masse salariale des établissements. Des modalités de conversion rapides des professionnels hospitaliers (paramédicaux principalement), vers un exercice de ville, sont à prévoir, sans conséquence pour le statut de ces professionnels.

L'avènement de ces établissements publics de territoire va également transformer l'organisation interne des ARS d'une part, et des services des finances publiques d'autre part.

### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Le patient bénéficie de filières de prises en charge graduées au sein desquelles le rôle de chaque professionnel est défini collectivement et adapté aux spécificités du territoire
- Le niveau de soins proposé au patient est défini dans le cadre d'une intervention sécurisée et coordonnée des professionnels

### *Autres bénéfices attendus*

- L'organisation hospitalière évite les redondances et une concurrence stérile entre établissements publics, mais assure une présence territoriale de proximité adaptée
- Les ressources médicales rares sont mieux réparties et utilisées. Les postes sont plus attractifs
- Simplification de la gouvernance interne et au sein de l'actuel GHT

### *Liens avec les autres chantiers*

- Avec le chantier 2 : financement
- Avec le chantier 4.2 : évolution des métiers de la fonction publique hospitalière

### *Vecteur juridique*

- Extension du champ de l'article 51 dans la LFSS 2019
- Base légale et réglementaire à la création de l'Etablissement public de territoire, simplification de la gouvernance et évolutions statutaires

### *Enjeux financiers*

- Enveloppe incitative pour les établissements qui fusionnent avec le 1<sup>er</sup> janvier 2020

## Organisation des coopérations dans les filières sanitaires et médico-sociales entre le public et le privé

### **Mesure 9 : Faire émerger des projets de santé de Territoire pour organiser la coopération notamment entre les acteurs de l'offre de soins publics et privés dans chaque territoire**

Il s'agit de produire, à une échelle territoriale qui englobe un ou plusieurs établissements publics de santé de territoire, des projets de santé émanant des professionnels de santé, quel que soit leur lieu et leur mode d'exercice.

L'objectif est d'organiser la coopération (coopération et compétition) entre les acteurs sanitaires de l'offre de soins publics et privés à la maille de ces territoires. Des accords de partenariats sont établis entre acteurs publics et privés sur les filières prioritaires et les situations qui le nécessitent sur la base d'un programme de travail alimenté, entre autres, par des appels à projets ou saisines de l'ARS.

A partir des besoins du territoire, les établissements partenaires contractualisent pour chacune des situations où leur offre est complémentaire. L'ARS valide cet accord de partenariat après avis de la CSOS et, le cas échéant, demande à ce que des thématiques non ou insuffisamment couvertes par l'accord de coopération soient intégrées.

Les accords vertueux peuvent faire l'objet d'adaptations réglementaires et d'incitations financières. Le non-respect de l'accord pourrait être sanctionné par des instruments financiers plutôt que par le retrait d'une autorisation peu crédible car disproportionnée.

Ces modalités organisationnelles sont transmises aux CPTS à fins d'organisation adaptée de la maille de proximité.

Ces travaux se substituent aux actuels CTS. C'est dans ce cadre que les projets territoriaux de santé mentale sont désormais établis et pilotés. Ces travaux nourrissent les PRS qui évoluent désormais de manière plus incrémentale.

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Le patient accède à des filières de soins qui intègrent pleinement et en coordination tous les acteurs quel que soit leur statut

#### *Autres bénéfices attendus*

- Mettre fin à la confusion GHT égale instance de planification
- Passer d'une logique d'expression collective (CTS) à une logique de projet et de responsabilité collectif
- Compléter la logique régionale des PRS par une dimension ascendante, issue des territoires

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Avec le chantier 1 : parcours et protocoles
- Avec le chantier 3 : (workflow, SI) / suites à donner à TSN et au programme « e-parcours »

#### *Vecteur juridique*

- Réformer les bases légales et réglementaires des CTS

#### *Calendrier*

- A compter de 2019

#### *Enjeux financiers*

- Aucun

## Implication des patients dans le fonctionnement du système

### **Mesure 10 : des patients pivots de la transformation du système.**

Les patients ne sont plus les mêmes : ils sont « sachants », expriment des souhaits pour eux mêmes. Il devient nécessaire de co-construire la décision thérapeutique avec eux, de trouver le bon compromis pour la prise en charge, pas uniquement de leur pathologie et ainsi de penser différemment le fonctionnement général du système.

Ainsi, les indicateurs de qualité et de pertinence répondent principalement à la question : « est ce que les soins que je vais recevoir correspondent à ce que je souhaite ? » la recherche et les travaux de la HAS doivent pouvoir être orientés en ce sens (convergence chantier 1).

De même, les patients doivent être davantage impliqués dans la formation des professionnels de santé. Il s'agit d'apprendre à améliorer la vie des patients plus qu'à soigner leur pathologie (convergence chantier 4).

La question centrale est de cheminer vers la co-construction de la décision thérapeutique pour améliorer l'observance, créer une alliance thérapeutique et provoquer un meilleur usage du système de santé.

Il est proposé d'expérimenter l'intervention de patients experts dans des fonctions de médiation en amont de la décision thérapeutique et d'accompagnement en aval pour sa mise en œuvre.

#### *Bénéfices attendus pour le patient*

- Empowerment du patient

#### *Autres bénéfices attendus*

- L'introduction d'une logique d'expérience patient et de participation à la décision le concernant qui constituera un levier puissant de transformation

#### *Liens avec les autres chantiers*

- Chantier 1 : indicateurs de pertinence et de qualité
- Chantier 4.1 : rôle des patients experts dans la formation des professionnels

#### *Vecteur juridique*

- Base légale à l'expérimentation

#### *Calendrier*

- 2019

#### *Enjeux financiers*

- Mineur

---

<sup>ii</sup> L'urgence est une spécialité à part entière, de forte technicité. Elle ne peut plus être le récipiendaire de tous les dysfonctionnements du système : soins non programmés, absence de réponse, décompensation des patients en EHPAD, porte d'entrée de l'hôpital. Il convient de réserver son activité aux patients qui en ont besoin et d'organiser des solutions adaptées pour les autres dysfonctionnements.