



**LE SERVICE PUBLIC TERRITORIAL
DE SANTE (SPTS)
LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (SPH)**

*Développer l'approche territoriale et populationnelle
de l'offre en santé*

RAPPORT

Rapporteure : Bernadette DEVICTOR

- mars 2014 -

Lettre de mission



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 26 JUIN 2013

CAB OTS – EPT/DR – Mc D13-4953

Madame,

Dans le cadre des travaux du pacte de confiance, vous avez présidé un groupe de travail sur le service public en santé et formulé des propositions portant sur :

- une nouvelle approche conceptuelle du service public centrée sur la réponse aux besoins de l'utilisateur et fondée sur la mise en place d'une organisation territoriale favorisant une prise en charge coordonnée et pluri professionnelle des personnes malades ou en situation de handicap ou de perte d'autonomie ;
- une rénovation du service public hospitalier qui deviendrait l'un des acteurs du service public territorial de santé.

Sur la base du rapport qui m'a été remis par Edouard Couty, le 4 mars dernier, j'ai décidé de proposer un nouveau cadre juridique reposant sur le concept de service public territorial de santé.

Cet engagement doit également s'intégrer dans la stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour de l'utilisateur et de structurer l'offre en santé autour des parcours. Il s'agit d'associer l'ensemble des acteurs d'un territoire, autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé. Il s'agit à mes yeux d'une réflexion fondatrice pour la nouvelle stratégie de santé.

Dans cette perspective, je souhaite que vous puissiez prolonger et approfondir les travaux que vous avez précédemment menés, en prenant le soin de les articuler avec les premières orientations de la stratégie nationale de santé. De la même manière, vos travaux devront intégrer les résultats des réflexions en cours sur le sujet des urgences et de la réforme de la tarification hospitalière.

Ces travaux doivent permettre de contribuer à la réforme que je mènerai courant 2014 et qui vise à introduire dans la future loi de santé publique la notion de service public territorial de santé et à préciser le cadre juridique du service public hospitalier rénové, clefs de voûte de la nouvelle organisation du système de santé souhaitée par le Gouvernement.

Madame Bernadette DEVICTOR
Présidente de la Conférence nationale de santé
15 rue Pierre Dupont
69450 Saint Cyr au Mont d'Or

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP – TÉL. (33) 01 40 56 60 00

A cette fin, les objectifs du groupe de travail que vous présiderez seront notamment les suivants:

- définir les objectifs et missions auxquels répondent le service public territorial de santé et le service public hospitalier ;
- définir les acteurs, leurs droits et obligations ;
- définir les modalités d'organisation du « service public territorial de santé » et du service public hospitalier ;
- proposer des outils juridiques, financiers et techniques pour structurer le service public hospitalier et le « service public territorial de santé ».

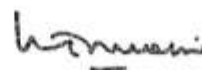
Vous me ferez des propositions afin d'élargir la composition du groupe de travail du groupe 1 du pacte de confiance aux autres composantes du secteur de la santé (médico social, premier recours, prévention...). Je souhaite que les représentants de terrain soient étroitement associés aux travaux du groupe de travail.

Vous bénéficierez pour la conduite de vos travaux du concours du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, qui mobilisera la Direction générale de l'offre de soins et la Délégation aux affaires juridiques.

Je souhaite que vous me rendiez vos conclusions pour le mois de novembre prochain.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma sincère considération.

Amicalement,



Marisol TOURAINE

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à Madame la Ministre de la Santé et des Affaires sociales, Madame Marisol TOURAINE qui a bien voulu faire confiance à la représentante des usagers que je suis, par ailleurs présidente d'instances de démocratie sanitaire, pour mener cette mission visant à l'amélioration du service rendu aux usagers et à une nouvelle approche en matière d'organisation des professionnels sur les territoires de proximité. C'est une démonstration de la place croissante accordée à la démocratie en santé et la reconnaissance de la capacité de cette dernière à être une source potentielle d'évolution du système de santé.

L'aboutissement de cette mission n'aurait pas été possible sans la participation active de tous les membres du groupe tant lors des plénières que des ateliers et dont les contributions viennent enrichir ce rapport. Je les en remercie sincèrement ainsi que tous ceux qui, lors de rencontres spécifiques, ont bien voulu consacrer de leur temps pour partager la réflexion sur le service public territorial de santé et le service public hospitalier. Je voudrais citer tout particulièrement Paul CASTEL, directeur général de l'ARS PACA et Claude EVIN, directeur général de l'ARS Ile de France.

Tout au long du travail, l'équipe de la DGOS d'abord, autour de Natacha LEMAIRE sous-directrice de la régulation de l'offre de soins, puis de Christine BRONNEC adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins, m'a accompagnée tant en termes d'organisation que de réflexion. Je voudrais les remercier et citer Adeline TOWNSEND adjointe à la cheffe de bureau R5 ainsi que Charlotte NEUVILLE chargée de mission au sein du bureau R5 dont la qualité des comptes - rendus de séances a été vivement appréciée par tous.

Enfin je tiens à formuler ma gratitude à l'égard des relecteurs et contributeurs attentifs qu'ont été tout particulièrement Pierre ALEGOET, administrateur général, personnalité qualifiée, et Gérard MICK, président de l'Union Nationale des Réseaux de Santé.

Et puis je tiens à citer le concours si précieux de Rahmona MAHIDA pour le support administratif et la finalisation de ce document.

J'ose souhaiter que tous pourront considérer, à la lecture de ce document qu'ils n'ont pas perdu leur temps !

Bernadette DEVICTOR

Présidente de la Conférence Nationale de Santé et de la CRSA Rhône Alpes

Présidente du CISS Rhône Alpes

Table des matières

Remerciements.....	4
Pourquoi le service public territorial de santé est- il une réforme nécessaire ?	8
Synthèse.....	10
Le service public territorial de santé (SPTS).....	17
1.APPORTS ATTENDUS ET DEFINITION DU SPTS.....	17
<i>1.1 Définition du SPTS.....</i>	<i>17</i>
1.1.1 Le SPTS a pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins de la population	17
1.1.2 Le SPTS a les attributs du service public	17
1.1.3 Les exigences liées au SPTS : qualité et pertinence	19
1.1.4 Le SPTS se développe selon une approche populationnelle territoriale.....	19
1.1.5 Le SPTS s'élabore dans le cadre d'un processus concerté à partir d'un diagnostic territorial partagé	22
1.1.6 Le SPTS s'inscrit dans une démarche contractuelle	24
1.1.7 Le SPTS s'appuie sur une gouvernance clairement définie dans laquelle l'ARS joue un rôle de premier plan.....	25
1.1.8 La dynamique qualité est inscrite dans le SPTS	29
1.1.9 Le SPTS contribue au développement de la démocratie en santé.....	30
<i>1.2 Les leviers du développement du SPTS en lien avec les chantiers en cours.....</i>	<i>31</i>
1.2.1 L'intérêt à agir pour les professionnels.....	31
1.2.2 La modélisation des financements.....	31
1.2.3 Le rôle des ARS.....	32
1.2.4 Les outils à développer	33
<i>1.3 Les apports attendus du SPTS.....</i>	<i>34</i>
1.3.1 Réduction des inégalités de santé	34
1.3.2 Atteinte d'objectifs de santé publique	34
1.3.3 Territorialisation en proximité de la politique de santé	34
1.3.4 Dynamique qualité au niveau du territoire, gains en efficience.....	35
1.3.5 Lisibilité du système de santé, visibilité des parcours accessibles	35
1.3.6 Promotion et sécurisation des organisations professionnelles	36
2. QUELLE OPPORTUNITE POUR LE SPTS ?	36
<i>2.1 Les opportunités de développement du projet SPTS sont fortes</i>	<i>36</i>
2.1.1 Le SPTS vient répondre aux attentes prioritaires des usagers	36
2.1.2 Le SPTS vient répondre aux fortes attentes des professionnels ; les acteurs sont prêts à ces nouvelles formes de travail.....	37
2.1.3 Les outils nécessaires sont en cours de développement.....	37
2.1.4 La rareté doit conduire à l'optimisation des ressources.....	37
Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier	5

2.1.5 Les ARS sont prêtes.....	37
2.2 <i>Les risques liés au projet SPTS</i>	38
2.2.1 Mauvaise compréhension de la dénomination SPTS.....	38
2.2.2 Enlisement dans le meccano organisationnel	39
2.2.3 Non convergence des calendriers des réformes et des outils	39
2.3 <i>Les forces du système de santé au regard du projet SPTS</i>	39
2.3.1 La qualité	39
2.3.2 La démocratie en santé	40
2.3.3 Les acquis organisationnels	40
2.4 <i>Les faiblesses du système de santé au regard du projet SPTS</i>	40
2.4.1 Démographie médicale	40
2.4.2 Manque d'organisation du premier recours	41
2.4.3 Dispersion des ressources financières et de la gouvernance.....	41
2.4.4 Modes de financement favorisant la concurrence entre acteurs	41
2.4.5 Déficit de compétences en management de projet au sein des ARS	41
3. RECOMMANDATIONS DE DEPLOIEMENT POUR LE SPTS.....	42
3.1 <i>Le SPTS a sa place au cœur de la stratégie nationale de santé et dans la loi de santé de 2014</i>	42
3.2 <i>Il est recommandé de retenir un déploiement volontariste du SPTS sur des thématiques et des territoires prioritaires</i>	44
Le service public hospitalier	45
1. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER RENOVE.....	45
1.1 La réponse aux besoins et attentes des usagers.....	45
1.2 L'inscription dans le contexte européen	46
1.2.1 L'évolution de la législation française.....	46
1.2.2 Les règles communautaires.....	46
1.3 Des principes ou obligations de service public à respecter sur l'ensemble de l'activité	48
1.3.1 Neutralité	48
1.3.2 Egalité d'accès aux soins	48
1.3.3 Continuité	49
1.3.4 Adaptabilité.....	50
1.4 Des règles complémentaires à observer	50
1.5 Le service public hospitalier à réintroduire en bloc	51
1.6 Les acteurs du SPH.....	52
1.7 Les missions de formation, d'innovation et de recherche incluses dans les activités génériques.....	52
2. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ACTEUR DU SPTS	53

Annexes	55
A1. MEMBRES DU GROUPE PLENIER.....	55
A2. DEROULEMENT DES TRAVAUX.....	57
A2.1 Le calendrier des plénières et ateliers :	57
A2.2 Les comptes rendus des plénières et ateliers :.....	58
A2.2.1 Compte-rendu de la plénière du 18 septembre 2013 : Lancement.....	58
A2.2.2 Compte-rendu de l’atelier : Offre de proximité du 3 octobre 2013	66
A2.2.3 Compte-rendu de l’atelier : Personnes en perte d’autonomie du 10 octobre 2013	73
A2.2.4 Compte-rendu de l’atelier : Maladie chroniques dont Santé mentale du 16 octobre 2013	79
A2.2.5 Compte-rendu de l’atelier : Soins non programmés et Urgences 23 octobre 2013.....	86
A2.2.6 Compte-rendu de la plénière du 6 novembre 2013 : SPTS.....	92
A2.2.7 Compte-rendu de l’atelier : SPH du 14 novembre 2013.....	99
A2.2.8 Compte-rendu de l’atelier : Prévention du 20 novembre 2013	108
A2.2.9 Compte-rendu de l’atelier : Précarité du 27 novembre 2013	114
A2.2.10 Compte-rendu de la plénière du 17 décembre 2013	119
A3. RENCONTRES & ENTRETIENS	127
A4. CONTRIBUTIONS ECRITES	127
A4.1 Contribution écrite de l’ADESM	128
A4.2 Contribution écrite de l’ANEMF	134
A4.3 Contribution écrite du Centre de Santé Hospitalo-Universitaire APHM :.....	136
A4.4 Contribution écrite du Dr MULLER.....	142
A4.5 Contribution écrite de la FFMPS	144
A4.6 Contribution écrite de la FEHAP	150
A4.7 Contribution écrite de la FHP	158
A4.8 Contribution écrite de la FNCS.....	169
A4.9 Contribution écrite de la FNEHAD	177
A4.10 Contribution écrite du Professeur Pierre GIBELIN, Personnalité Qualifiée.....	180
A4.11 Contribution écrite du SNIIL	182
A4.12 Contribution écrite du SNMPMI.....	184
A4.13 Contribution écrite de la fédération SOS Médecins France :.....	190
A4.14 Contribution écrite de l’UNAFAM.....	192
A4.15 Contribution écrite d’UNICANCER:.....	196
A4.16 Contribution écrite de l’UNIOPSS et de la FNARS	203
A4.17 Contribution écrite de l’UNRS	204

Pourquoi le service public territorial de santé est-il une réforme nécessaire ?

La réponse se trouve dans les difficultés rencontrées par les usagers et les professionnels, difficultés qui contribuent, notamment, à l'accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les situations vécues par les usagers font souvent apparaître :

- Un défaut de compréhension du système de santé : qui fait quoi ? où ? selon quelles conditions tarifaires ? avec quelles garanties de qualité du service rendu ?
- Un mésusage du système de santé car dans l'ignorance ou l'incompréhension du rôle des uns et des autres, ou en l'absence de disponibilité d'une offre adaptée, il peut être rassurant d'aller toujours vers celui « qui fait le plus, qui est censé être le plus compétent » ;
- Des ruptures dans les processus d'accompagnement ou de prise en charge soit parce que l'utilisateur est livré à lui-même pour enclencher la phase suivante de son parcours (par exemple, prendre un rendez-vous chez un spécialiste souvent peu disponible), soit parce que le passage de relais entre les équipes ou les professionnels est non prévu ou déficient ; ainsi en sortie d'hôpital, c'est trop souvent le patient lui-même ou son aidant qui devra activer les intervenants nécessaires ;
- Le ressenti par les usagers que le parcours qui leur a été proposé l'a été par défaut, du fait de la difficulté qui est la leur à percevoir les alternatives et les critères de choix ;
- Le fait qu'encore trop de personnes restent en dehors du système de santé soit parce qu'elles ne sont pas en demande (personnes en situation de précarité ou âgées ou souffrant de troubles ou maladies psychiques, ...), soit parce qu'elles n'accèdent pas à leurs droits, ou qu'elles y renoncent du fait de la charge financière réelle ou anticipée.

Du côté des professionnels, il ressort une méconnaissance mutuelle de leurs compétences, de leurs champs d'action, d'où une réelle difficulté à orienter les usagers au mieux de leurs besoins, à faire confiance aux éléments d'information ou de diagnostic qui leur sont fournis par d'autres professionnels. Ils ont également des difficultés à entrer en contact les uns avec les autres faute de disponibilité. De plus, ils sont encore trop souvent attachés à la qualité de leurs seules prestations avec une préoccupation insuffisante de l'aval de celles-ci ou des conditions de vie de la personne auprès de laquelle ils interviennent.

Pourtant, de nombreuses réformes ont été engagées, mais elles butent sur le déficit d'information des usagers et des professionnels, sur l'illisibilité d'un système de santé qui résulte de l'addition de dispositifs, sur le déficit de coordination des professionnels sur le terrain et sur leur mode de rémunération. Ainsi, peut-on citer l'exemple d'un directeur d'EHPAD qui affirme *participer effectivement aux réunions des filières gérontologiques, mais que cela ne change rien à sa pratique* en matière de choix des personnes qu'il accueille dans son établissement (ce qui veut

dire qu'il n'est pas intéressé à trouver la réponse adaptée à la demande pour certains usagers, en particulier ceux en situation complexe).

Pour surmonter ces difficultés, il faut impulser un vrai changement culturel, une réelle modification des pratiques, qui conduisent les professionnels à travailler non plus individuellement mais en coopération, dans le partage de valeurs communes, dans une approche soucieuse d'apporter les réponses aux besoins des personnes, réponses adaptées et respectueuses de leurs choix, sur leur territoire de proximité, dans une dynamique de qualité toujours croissante. C'est la raison d'être de la proposition de réforme « service public territorial de santé », au sein duquel le service public hospitalier aura son rôle à jouer.

Synthèse

A. Service public territorial de santé

Le projet de *service public territorial de santé (SPTS)* rencontre l'assentiment de tous les acteurs (même si la dénomination et les modalités de déploiement du SPTS sont sujettes à appréciations diverses), car il vient répondre aux attentes fortement exprimées par les usagers et les professionnels. Il permet de développer à la fois un *choc de coopération* au sein de notre système de santé (ainsi qu'avec les autres secteurs dont, prioritairement, le social), et un *choc de responsabilisation* des acteurs de santé. Ces derniers apparaissent tous prêts pour s'engager dans de nouvelles formes d'organisation si les règles sont stabilisées et clairement définies contractuellement avec et entre eux.

Il y a une forte opportunité à déployer le SPTS selon les recommandations suivantes :

- **Retenir la dénomination de service public territorial de santé (SPTS)** qui correspond à la démarche de promotion des attributs du service public attendue par tous les usagers, et souhaitée très largement par les professionnels, ceci ne correspondant en rien à une étatisation de la santé. A défaut, retenir la dénomination de *service territorial de santé publique*, cette dernière proposition reflétant bien une approche collective de la santé et proposant une extension de la notion de santé publique.
- **Définir le service public territorial de santé comme étant l'offre de service, portant les principes du service public** - et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité - résultant d'une *organisation contractuelle* entre les « *offreurs en santé* » (sanitaire, médico-social et social) du territoire sous la régulation de l'ARS. Le territoire est ici un territoire de projet, il doit être défini en concertation avec les acteurs et les usagers. *Le contrat territorial de santé* vient prolonger la notion de contrat local de santé (sans pour autant rendre caduques les contrats locaux existants), car il engage simultanément les financeurs, les régulateurs et les offreurs en santé dans la réalisation des objectifs qu'ils se sont fixés.
Le SPTS ne recouvre pas nécessairement d'emblée l'ensemble des activités de santé sur un territoire. Il se développe, en cohérence avec les PRS, sur des thématiques spécifiques en fonction des besoins identifiés à partir d'un *diagnostic territorial partagé*.
Les acteurs de santé s'organisent selon une approche en *responsabilité populationnelle* c'est-à-dire dans la préoccupation que chaque personne sur le territoire de proximité trouve a minima une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Mettre en place une gouvernance appropriée** dans le cadre des *conseils territoriaux de santé*, à vocation stratégique, sous pilotage ARS, rassemblant tous les financeurs du territoire

et tous les représentants des acteurs en santé, dont les usagers. Ces conseils territoriaux de santé, instances délibératives, se substituent aux actuelles conférences de territoire, instances consultatives (et généralement situées à une échelle de territoire trop étendue). Un **comité territorial de relation avec les usagers**, commission du conseil territorial de santé, aura en charge la dynamique concernant la qualité de l'offre en santé sur le territoire. *Le conseil local de santé*, situé à un niveau géographique plus fin, défini selon les besoins du territoire, à vocation opérationnelle, rassemblera les acteurs, dont les usagers, et intégrera le conseil local de santé mentale lorsqu'il existe.

- **Inscrire dans la loi de santé 2014** la définition - socle du SPTS et ses principes de base (diagnostic partagé, démarche ascendante, contrat territorial précisant les modalités de mise en œuvre du projet territorial, conseil territorial de santé, comité territorial de relation avec les usagers).
- **Préciser dans la feuille de route de la stratégie nationale de santé** les modalités de déploiement du SPTS dans les territoires, à partir de la réalisation de **diagnostics partagés** en cohérence avec les **priorités de santé publique et les PRS** (plans régionaux de santé).
- **Envisager une montée en charge particulièrement volontariste** du SPTS dans le domaine de la psychiatrie / santé mentale et de la prévention.
- **Mettre impérativement en place les conditions d'accès aux données territorialisées** nécessaires au diagnostic et au suivi de la mise en œuvre du SPTS.
- **Modéliser les financements nécessaires** au développement du SPTS en assurant a minima la mise en synergie des divers financements pour les acteurs dans le territoire.

B. Service Public hospitalier

Le rétablissement du Service Public Hospitalier (SPH) dans la loi a été annoncé par Madame la Ministre lors de la remise du rapport « pacte de confiance à l'hôpital » le 4 mars 2013. Dans la ligne des conclusions de ce rapport, en tenant compte à la fois du contexte européen et des attentes des acteurs, il est proposé de :

- **Rétablir le service public hospitalier en bloc pour l'ensemble des activités de l'établissement**
- Affirmer que **le service public hospitalier se doit de respecter les principes du service public** : continuité, adaptabilité, égalité et donc accessibilité territoriale et financière, neutralité.

- Rappeler que **les acteurs du SPH ont des règles à observer** sur l'ensemble de leurs activités notamment, participation des usagers aux instances de gouvernance, maîtrise des délais d'attente, transparence des comptes.

- Déclarer que **les acteurs du service public hospitalier** sont : de principe, les établissements publics ; les établissements privés à but non lucratif (ESPIC-PSPH, centres de lutte contre le cancer) qui respectent toutes les obligations du SPH sauf s'ils ne souhaitent pas en faire partie ; les établissements privés commerciaux, respectant pour l'ensemble de leur activité les obligations du service public et les règles énoncées, et dont la demande de participer aura été validée.

- Faire disparaître **les 14 missions de service public** introduites par la loi HPST, les missions de formation, d'innovation et de recherche étant incluses dans les activités génériques des établissements de santé.

- **Introduire une obligation de coopération à plusieurs dimensions pour les acteurs du service public hospitalier** : coopération (mutualisation des compétences, optimisation des équipements sanitaires et des plateaux techniques) entre les établissements hospitaliers d'un même territoire ou au-delà selon les besoins d'orientation du patient ; coopération avec les acteurs de santé des secteurs sanitaire, médico-social et social au sein des SPTS.

Préambule

- Le projet de service public territorial de santé est apparu dans le cadre des travaux préparatoires au rapport d'Edouard COUTY intitulé « Pacte de confiance à l'hôpital ». Le groupe consacré au « service public hospitalier dans le système de santé », présidé par B. DEVICTOR, a fait émerger **l'idée d'un service public hospitalier ouvert sur son environnement, participant à un service public territorial de santé.**

Lors de la remise du rapport « pacte de confiance à l'hôpital », Madame Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, a pris comme premier engagement celui de faire « aboutir la réflexion autour du service public territorial de santé pour l'inscrire dans la loi ».

Dans le rapport du comité des sages présidé par M. Alain CORDIER, intitulé « projet global pour la stratégie nationale de santé », figurent six recommandations reliées directement au service public territorial de santé :

- Favoriser les équipes de soins de santé primaires
- Garantir une coordination des professionnels de santé auprès des malades chroniques les plus lourds
- Multiplier les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux
- Créer un service public de l'information en santé
- Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital
- Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé

Enfin, la stratégie nationale de santé présentée par la ministre le 23 septembre 2013 inscrit parmi ses objectifs le développement du service public territorial de santé.

- La réflexion autour du service public territorial de santé (SPTS) s'inscrit dans un contexte où des enjeux majeurs de santé publique sont à prendre en considération de manière prioritaire.

Citons tout d'abord **la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** : en effet, l'amélioration de l'espérance de vie et de l'état de santé de la population en valeur moyenne s'accompagne d'une augmentation des inégalités.

Citons également **l'amélioration de la réponse aux besoins de santé des personnes** : notre système de santé cloisonné, dont les acteurs agissent de façon souvent individuelle, n'est pas adapté aux nouvelles approches que nécessitent le développement de la prévalence des maladies chroniques et l'allongement de la durée de vie. Il a été construit pour répondre aux demandes de soins, beaucoup moins pour se préoccuper des besoins de santé des populations.

- De plus, la mise en œuvre de la loi HPST montre la nécessité d'aller vers une meilleure **adaptation de l'offre en santé aux réalités des territoires de proximité**, vers une approche réellement intersectorielle de la santé incluant un lien plus étroit entre les secteurs social, médico-social et sanitaire.
- C'est conscient de ces constats et fort de la lettre de mission, que **le groupe SPTS, composé de représentants de tous les acteurs de santé**, s'est mis au travail en retenant une **approche progressive**, s'appuyant sur les premiers travaux du « Pacte de confiance ». Après avoir énoncé les principes du SPTS, les implications pratiques de sa mise en place ont été explorés dans le cadre d'ateliers thématiques (offre de proximité, personnes en perte d'autonomie - personnes en situation de handicap, personnes âgées -, maladies chroniques - dont santé mentale -, soins non programmés et urgences, service public hospitalier (SPH), prévention, précarité). Enfin, la phase de synthèse a permis de consolider les fondamentaux à partir desquels concevoir le SPTS.
- Le groupe plénier composé d'une centaine de personnes, s'est réuni à trois reprises. Les ateliers ont réuni un total de 200 à 250 personnes (voir en annexes 1 et 2, la composition du groupe et les ordres du jour des diverses réunions).

Les principes qui ont guidé la réflexion collective ont été essentiellement de :

- ***Faire confiance aux acteurs***, leur laisser la marge de manœuvre nécessaire pour le développement d'initiatives en rapport avec la spécificité de chaque territoire, tout en tenant compte du rôle majeur des ARS et des impulsions politiques nationales en termes d'objectifs à atteindre,
- ***Construire sur les acquis***, le SPTS venant s'inscrire dans un environnement où de nombreuses expérimentations ont déjà eu lieu, où de nombreux acteurs s'efforcent déjà d'améliorer le service rendu aux usagers. Il ne s'agit pas de faire comme si rien de tout cela n'existait, mais bien au contraire d'en tenir compte pour donner une nouvelle dimension au déploiement de ces initiatives,
- ***Ne pas ajouter à la complexité*** mais plutôt viser la mise en cohérence, la recherche de principes fédérateurs,
- ***Développer une approche pragmatique*** afin de s'assurer de la faisabilité opérationnelle des recommandations formulées,
- ***Ne pas vouloir résoudre tous les problèmes du système de santé au travers du SPTS.*** C'est sans doute le principe le plus difficile à appliquer, tant les différents partenaires de la réflexion, et la rapporteure elle-même, auraient été heureux de trouver **la** « solution miracle ». Néanmoins, il faut souligner que le SPTS ne pourra réellement se développer que si tout un ensemble de difficultés majeures (difficultés d'accès aux soins ou à l'accompagnement médico-social sur certains territoires, niveau de reste à charge pour les usagers,) sont effectivement prises parallèlement à bras - le - corps ; nous y reviendrons.

Position de la rapporteure :

Il convient de préciser que ce rapport a été écrit avec le souci constant de tenir compte des différences d'approche et de restituer l'esprit dans lequel le groupe a travaillé. Il s'attache à présenter les conclusions des travaux, en soulignant les éléments de consensus tout en présentant les points faisant l'objet de divergences d'analyse. Les contributions des membres sont jointes en annexe. Pour autant, sa rédaction n'a pu faire totalement abstraction du prisme à travers lequel une représentante des usagers, chargée de conduire les débats, perçoit, et conçoit, le système de santé : **l'enjeu, pour un usager, est que le système de santé soit appréhendé comme un bien commun, et qu' il réponde, dans l'intérêt général, et donc l'intérêt-même de chacun, de manière satisfaisante, aux besoins de santé de tous, quelles que soient leurs conditions d'existence (géographiques, sociales, économiques, cognitives, culturelles, en matière d'autonomie, ...)**

Santé ? Dans ce rapport, le mot « **santé** » est à prendre au sens large en incluant donc les problématiques de soins, de prévention, d'accompagnement médico-social, sans oublier le lien avec le domaine social. Le terme « **sanitaire** » renvoie essentiellement aux soins ; c'est pourquoi il est préféré dans ce document l'expression « **démocratie en santé** » à celle de « **démocratie sanitaire** ».

Le service public territorial de santé (SPTS)

1. APPORTS ATTENDUS ET DEFINITION DU SPTS

1.1 Définition du SPTS

Le service public territorial de santé est l'offre de service, portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les « **offreurs en santé** » (sanitaire –terme qui inclut la médecine de ville-, médico-social et social) du territoire, sous la régulation de l'ARS.

Le SPTS ne recouvre pas nécessairement, d'emblée, l'ensemble des activités de santé sur un territoire. Il se développe autour de thématiques spécifiques, en fonction de besoins identifiés, dans le cadre d'un diagnostic territorial partagé.

Les acteurs de santé s'organisent dans une approche fondée sur le principe de « **responsabilité populationnelle** » c'est-à-dire dans la préoccupation que toute personne trouve a minima sur son territoire de proximité une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

1.1.1 Le SPTS a pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins de la population

Le SPTS ne vise pas seulement la réponse à la demande des personnes du territoire, de nombreux usagers n'étant pas en demande (notamment personnes en situation de précarité, personnes âgées, personnes atteintes de maladies psychiatriques, ...).

Le SPTS vise à mieux répondre aux besoins de santé sur un territoire et à permettre à tous d'accéder à l'offre en santé dans de bonnes conditions de qualité.

L'amélioration du service rendu à la population doit contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre de la poursuite d'objectifs de santé publique définis soit au niveau du territoire à partir des besoins spécifiques de celui-ci, soit au niveau de la région dans le cadre du Plan régional de santé (PRS), soit au niveau national dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

Ainsi peut - on concevoir, par exemple, un service public territorial de santé engagé selon les territoires et leurs spécificités en matière de prévention, ou d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, ou d'accès aux soins non programmés et aux urgences, ou d'amélioration des parcours des personnes âgées, voire un service public territorial de santé regroupant conjointement plusieurs de ces thématiques.

1.1.2 Le SPTS a les attributs du service public

Il y a lieu tout d'abord de rappeler que **le fait de contribuer à l'offre d'un service ayant les caractéristiques d'un service public n'implique pas de facto d'être un acteur public**. Ainsi, dans le domaine hospitalier, les ESPIC (avant la loi HPST, les établissements PSPH), et quelques

établissements privés à but lucratif, contribuent à l'offre du service public hospitalier sans être pour autant des acteurs publics. De la même façon, des acteurs libéraux peuvent contribuer au service public territorial de santé sans être ou devenir pour autant des agents de l'Etat ; dans de nombreux autres domaines (distribution de l'eau, transports, ...), des acteurs privés sont les « **effecteurs du service public** ».

- **Le SPTS a les attributs du service public : égalité d'accès reposant sur une accessibilité universelle** - géographique, pour tous, quels que soient les incapacités ou handicaps (physique, sensoriel, cognitif, ...), financière tout au long du parcours (traduite a minima en termes de reste à charge accessible pour l'usager) – ainsi que les attributs de **continuité ; neutralité/non-discrimination ; adaptabilité**.
- **L'accessibilité financière** est un élément sur lequel les attentes se focalisent tant de la part des usagers que des professionnels respectant des tarifs accessibles. Dans la feuille de route de la Stratégie nationale de santé présentée en septembre 2013 par Madame Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, il est écrit : « *Il faut lever tous les obstacles financiers à l'accès aux soins. Nombre de nos concitoyens rencontrent des difficultés d'accès à certains services de santé et peuvent être conduits à renoncer à des soins pour des raisons financières en raison du reste à charge* ».

En l'espèce, l'annonce, dans le cadre de cette même stratégie nationale de santé du tiers - payant généralisé pour 2017, va utilement contribuer à améliorer l'accessibilité tarifaire des parcours de santé. Le rapport de la sénatrice Madame Dominique ARCHIMBAUD précise qu'**un patient intégrant un parcours en secteur 1 doit pouvoir le poursuivre en secteur 1**.

Néanmoins, les pratiques de dépassements d'honoraires, majoritairement le fait des spécialistes, puisque les généralistes sont en secteur 1 pour 95 % d'entre eux, restent une réalité tant en ville qu'à l'hôpital (lorsque ce dernier est un établissement public avec des praticiens hospitaliers disposant d'une activité libérale). Cette question a été très présente au cours des débats. Les effets de la mise en œuvre de l'avenant 8 devront être suivis de près¹. *Dans cette perspective, le partage de données au sujet de l'offre en tarifs opposables devra être assuré de manière précise, au travers de tableaux de bord partagés notamment avec les CRSA*. L'errance des usagers entre la consultation du généraliste et la consultation du spécialiste trouve une de ses origines dans ce maquis tarifaire.

En ce qui concerne l'accompagnement médico-social, tant l'expérimentation PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) qui prévoit une prise en charge par l'assurance maladie du reste à charge pendant 7 jours pour l'accompagnement à domicile ou pendant 30 jours pour l'hébergement temporaire (sauf forfait hospitalier), que l'annonce d'une future loi de réforme du financement de la prise en charge de la dépendance, vont dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité tarifaire pour tous. Le projet de service public d'aide à domicile évoqué dans le cadre de la concertation autour de la loi d'« adaptation de la société française au vieillissement » contribuera également à cette accessibilité tarifaire.

Dans l'attente de ces nouvelles lois et dispositions réglementaires, les acteurs professionnels participant au SPTS devront s'engager à la plus grande vigilance pour s'assurer que le reste à

¹ voire approfondis: la FEHAP propose le principe, sinon la cible, d'un « zéro reste à charge après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaire ». On retrouve ce principe dans une des lignes directrices du Plan Cancer III, à savoir la garantie d'une offre en secteur opposable pour la chirurgie réparatrice dans chaque région

charge sera accessible pour les usagers. Ceci devra également faire l'objet de suivi dans la mise en œuvre du SPTS par les instances de gouvernance qui seront mises en place (voir §1.1.7).

La continuité du SPTS s'entend comme le fonctionnement permanent et/ou régulier des services ; il s'agit à la fois d'une continuité horaire, d'une continuité territoriale, et d'une continuité le long du parcours de santé, correspondant à la coordination des différents intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux : à titre d'exemple, la continuité horaire peut correspondre à la mise en place de dispositifs d'accès aux soins non - programmés en journée ; la continuité du parcours renvoie au passage de relais entre la ville et l'hôpital ;

1.1.3 Les exigences liées au SPTS : qualité et pertinence

Le SPTS s'inscrit dans l'amélioration du service rendu à l'utilisateur. Qualité et pertinence sont des exigences inscrites dans sa carte génétique, et devront faire l'objet en continu de suivi et d'évaluation.

Comme le souligne Madame la Professeure HARDY-BAILEY ², « la coopération se construit dans l'amont de la rencontre avec le patient (le professionnel doit se déplacer de la relation singulière dans laquelle soignant et soigné se retrouvent, à l'amont de cette rencontre et à son contexte d'analyse spécifique) et elle impose aux professionnels de la penser à partir des savoirs acquis sur les soins (les professionnels doivent s'entendre sur le meilleur soin et la meilleure organisation là où la discipline elle-même n'offre pas de guides).

Ce déplacement des professionnels constitue un réel changement culturel. En effet, il s'agit de mettre au travail des soignants rompus à l'exercice singulier, sur un amont de cet exercice qui est de niveau organisationnel et de les amener à questionner leurs pratiques en se confrontant à d'autres modes d'exercice que le leur et à d'autres façons de répondre que la leur. Bref à créer un espace dit de qualité. »

1.1.4 Le SPTS se développe selon une approche populationnelle territoriale

Le SPTS n'intervient pas directement au niveau de la coordination autour d'une personne (patient ou usager). Il vise à mettre en œuvre les coopérations nécessaires pour que cette coordination soit effective.

1.1.4.1 La responsabilité populationnelle

La notion de **responsabilité populationnelle** inscrite dans la définition du SPTS signifie que **les professionnels assument conjointement la responsabilité de la réponse aux besoins de santé de la population du territoire.**

Dans son discours du 4 mars 2013, Madame la Ministre Marisol TOURAINNE indiquait que « **Le service public territorial de santé, c'est en effet reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire.** L'objectif est simple : toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées. »

- Dans cet objectif, les professionnels s'organisent entre eux, sous la régulation de l'ARS, de sorte que nulle personne en **besoin d'offre en santé** (soins, accompagnement, prévention, accès aux

droits, ...) sur le territoire ne reste sans réponse adaptée ou a minima, sans une orientation vers la réponse adaptée.

Pour y parvenir, il y a deux axes d'action :

- **Accessibilité en tous points du territoire** : cela peut conduire à mettre en œuvre une certaine mutualisation des moyens et à organiser la subsidiarité des acteurs en cas de carence.
 - Exemple : organisation d'un service de prévention, accessible à tous en tous points du territoire, tel qu'il est développé par l'ARS Languedoc Roussillon
 - Exemple : offre de premier recours, organisée par l'hôpital, en subsidiarité des professionnels libéraux en cas de carence de ces derniers (exemple, la maison pluri-professionnelle de santé près de Roanne, ou les consultations avancées organisées dans les quartiers nord de Marseille autour du CHU)

L'accessibilité peut également être améliorée au travers de la responsabilité territoriale de certaines offres comme c'est le cas aujourd'hui pour l'HAD, les SSIAD ou la psychiatrie de service public sectorisée et qui pourrait être envisagée pour d'autres offres (dialyse hors centre, SESSAD, SAMSAH, ...).

- **L'orientation adaptée** : quel que soit le point de contact de la personne avec les professionnels de santé (prévention, soins, médico-social) ou du secteur social, la personne doit être correctement orientée en fonction de ses besoins et en fonction de l'acteur le mieux à même de répondre de façon pertinente à ceux-ci ; derrière ce principe d'orientation adaptée, se profile l'idée d'une « règle du jeu », d'une règle de répartition des interventions des acteurs dans un souci d'amélioration de la réponse à l'utilisateur et d'efficience.
 - Ainsi le réseau Santé Solidarité de Lille Métropole ou le réseau santé précarité (DIHAL) de Toulouse ont pour objectif de faire en sorte que tous les acteurs de santé se sentent concernés par le repérage des situations de précarité et l'orientation des personnes concernées vers les modalités d'accompagnement ou de prise en charge les plus adaptées.
- Ainsi, **le SPTS n'est pas la somme de réponses ponctuelles d'acteurs** à qui seraient assignés des objectifs individuels ; ce n'est pas non plus seulement une approche qui définirait par exemple un délai minimum d'accès à tel ou tel professionnel ou examen spécifique sur un territoire ; **c'est un projet collectif** qui doit permettre d'ajuster une réponse aux besoins des personnes en garantissant que le premier professionnel contacté (le point d'entrée quel qu'il soit) saura orienter au mieux le demandeur en fonction de ses besoins réels. Le SPTS sous-tend les idées d'enclenchement d'un processus, de mise en mouvement d'une chaîne d'acteurs, d'entrée de la personne en besoin d'offre de santé dans un circuit solidaire et maillé, garantissant dès le premier contact, et quel qu'il soit, l'orientation pertinente de cette personne, dans une perspective de prise en charge et d'accompagnement dans la globalité.

Madame la Professeure HARDY-BAYLE, formule l'approche du point de vue des acteurs en y introduisant la dynamique de qualité : il s'agit de « *rendre accessible à tous la meilleure réponse en organisant des réponses territoriales où chacun, selon ses contraintes d'exercice, peut trouver sa place et développer, sur tout le territoire, une logique de qualité permettant de répondre à l'adaptation permanente de l'organisation en fonction des savoirs actualisés sur les « meilleurs » soins en tenant compte des contraintes budgétaires pesant sur le système de santé* ».

1.1.4.2 L'approche territoriale : quels territoires ?

Les territoires considérés pour le déploiement du SPTS répondent aux caractéristiques suivantes :

- ce sont des territoires de proximité, de projet,
- ils sont adaptés à l'activité des acteurs,
- ils tiennent compte des parcours des usagers,
- ils sont définis avec les acteurs,
- ils ne sont pas nécessairement organisés autour de l'offre hospitalière.

Ainsi, il ne s'agit pas, sauf exception, des territoires tels qu'ils ont été définis lors de la mise en œuvre de la loi HPST. Plus de la moitié des ARS ont défini les départements comme territoires de santé, et ceux-ci se révèlent majoritairement trop étendus pour correspondre aux critères ci-dessus énoncés.

Les acteurs ont insisté pour que le découpage territorial ne soit pas défini a priori, mais bien en concertation avec eux.

Il peut y avoir **plusieurs niveaux de territoires** dépendant des activités concernées. De plus, il pourra être distingué **le territoire opérationnel, ou territoire de proximité, et le territoire stratégique, niveau d'élaboration des stratégies**, « supervisant », et soutenant, plusieurs territoires opérationnels.

Le territoire de proximité, selon la taille et la densité de population, peut correspondre à l'échelon d'un quartier, d'une commune ou d'une agglomération de communes.

Le territoire stratégique, selon la taille et la densité de population, peut correspondre à l'échelon du département ou du demi – département, mais d'autres contours sont envisageables. On retrouve ici un découpage territorial qui, de fait, se met en place dans les expérimentations PAERPA comme il en existe en région Pays de Loire. Il s'agit ici de territoires d'une dimension proche de ce qu'étaient les bassins hospitaliers, mais même si l'hôpital a un rôle fondamental à jouer, il n'est pas le seul facteur déterminant du découpage en territoires.

En tout état de cause, il y aura lieu d'éviter la multiplication des découpages territoriaux qui se traduirait par une perte d'efficacité et un nouveau cloisonnement des activités et des acteurs.

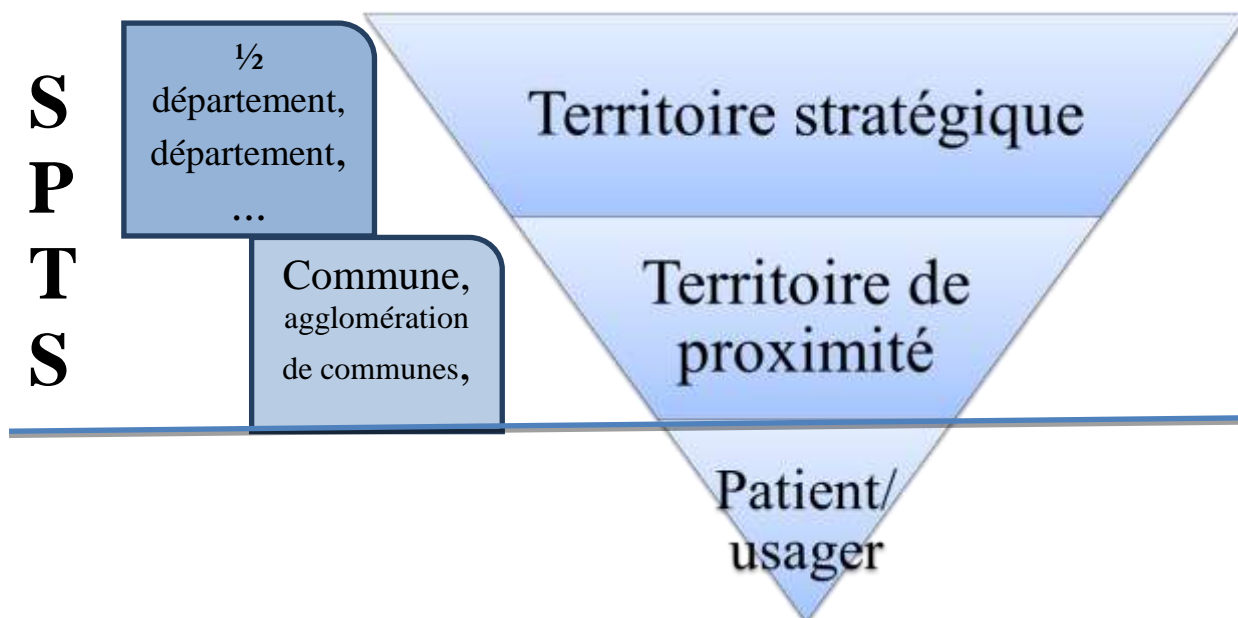
Ainsi, la nécessité de développer davantage les liens entre les acteurs du soin, du social et du médico-social avec les acteurs de la psychiatrie s'est très fréquemment imposée dans les échanges. Pour favoriser ces liens, le découpage géographique des secteurs de psychiatrie pourrait converger avec d'autres découpages liés aux services SPTS, ce qui compte étant prioritairement ce qui est développé en termes de service à la population, plutôt que les limites géographiques au sein desquelles ces services sont développés.

De la même façon, il est indispensable pour la réussite du SPTS que les collectivités territoriales soient parties prenantes de la démarche tant comme financeurs que comme acteurs de santé. De ce fait, la convergence des territoires SPTS avec les territoires administratifs doit être inscrite dans la réflexion tout en gardant la souplesse nécessaire.

Les ARS, une fois accompli leur travail de planification (PRS et ses schémas et programmes) se sont déjà investies dans un découpage en territoires de proximité. C'est aussi ce qui a conduit nombre d'acteurs à souligner l'importance de la concertation autour du découpage territorial.

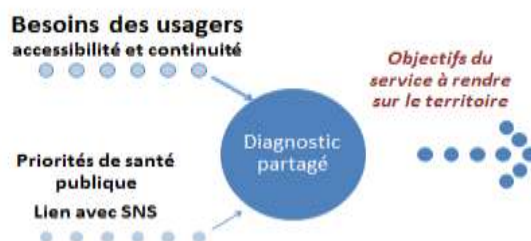
La loi de santé 2014 pourrait ainsi rappeler la nécessaire définition des territoires de proximité en lien avec les acteurs de terrain et donner un cap en termes de « convergence » des découpages territoriaux (notamment en ce qui concerne les territoires administratifs) afin de permettre la rencontre de tous les acteurs (soins, psychiatrie et santé mentale, médico-social, social, ...).

Figure 1 : Niveau de positionnement du SPTS



1.1.5 Le SPTS s'élabore dans le cadre d'un processus concerté à partir d'un diagnostic territorial partagé

Figure 2 : Première étape : le diagnostic partagé



- La concertation entre les acteurs et avec les usagers (lien avec la démocratie en santé), en lien avec les ARS, est la base du processus de construction du SPTS.
- La concertation doit s'installer à partir d'un *diagnostic territorial partagé reposant en particulier sur une analyse des besoins des usagers, du niveau de service offert, de l'organisation de l'offre, de la charge des professionnels.*

- *L'analyse des besoins* se fera prioritairement au regard des enjeux prioritaires de santé publique définis tant au niveau national - stratégie nationale de santé -, qu'au niveau régional – plan régional de santé – qu'à partir des spécificités du territoire. Les plans et programmes étant bien trop souvent conçus à partir de la seule analyse de l'offre, **l'analyse des besoins est une démarche encore trop peu fréquente**. Mais elle prend d'ores et déjà sa place dans le cadre des Ateliers Santé - Ville (ASV) et elle a souvent été développée pour la conception des PRAPS (Programme Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins).

De leur côté, les expérimentations PAERPA imposent ce diagnostic initial tant en ce qui concerne la cartographie de l'offre que la consommation de soins.

Toutefois, l'élaboration des premiers PRS a souligné le manque de connaissance des besoins dans le domaine sanitaire, mais plus encore, dans le domaine médico-social.

Des démarches de diagnostic des besoins de la population sont généralement développées dans le cadre des ateliers santé – ville et ont été récemment établis pour l'élaboration de contrats locaux de santé. Certains observatoires régionaux de la santé ont acquis un vrai savoir-faire en la matière.

Plusieurs ARS ont procédé à ce diagnostic sur certains territoires en réalisant une enquête tant auprès des professionnels que de la population. Les résultats obtenus ont été riches d'enseignement et les mesures à prendre ont assez aisément rencontré le consensus.

➤ L'ANAP (Agence nationale pour l'amélioration de la performance) travaille actuellement sur le diagnostic territorial à partir des besoins, dans le cadre d'expérimentations dans 4 régions engagées dans les expérimentations PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie). La méthodologie SPTS pourra utilement s'appuyer sur ces travaux.

- *L'analyse du niveau de service* se fera en particulier selon les caractéristiques de continuité - horaire et tout au long du parcours – et d'accessibilité selon ses diverses dimensions. La permanence des soins fera l'objet d'une attention particulière ; elle doit être organisée de façon à mobiliser le bon niveau de compétences et préserver le recours aux urgences hospitalières pour les urgences vitales.
- *L'analyse de l'offre et de son organisation* permettra d'identifier les segments d'activité sur lesquels il y a abondance (et parfois même redondance) et ceux sur lesquels des besoins restent insatisfaits. Elle permettra également de recenser les divers modes de coopération et d'organisation mis en place sur le territoire tant au sein de chacun des secteurs (sanitaire, médico-social, prévention) qu'en inter -secteurs (liens avec la dimension sociale, avec la santé au travail, la santé environnementale, ...). En effet, le SPTS n'a pas vocation à faire table rase des coopérations existantes, mais à les organiser au niveau du territoire dans la perspective d'**une offre de services accessible et continue, privilégiant l'approche globale de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne**. Le recensement des compétences en coordination existant sur le territoire (par exemple, les réseaux de santé, les structures d'HAD, de SSIAD,...) trouvera sa place dans le diagnostic afin de favoriser le développement du SPTS.

D'une façon générale, *le diagnostic doit pouvoir s'appuyer sur les données de santé du territoire* ; l'accès aux données de santé, détenues notamment par l'Assurance maladie, est une nécessité. L'observatoire de la santé des Lyonnais réalisé en partenariat entre la ville de Lyon, la CPAM et l'ARS est un exemple particulièrement intéressant de ce qui peut être réalisé et observé.

➔ L'accès partagé aux données, inscrit comme chantier SNS, doit effectivement aboutir pour permettre non seulement le diagnostic initial mais aussi le suivi de la mise en œuvre du SPTS.

- **La réalisation du diagnostic partagé permet de définir la (ou les) thématiques sur laquelle (lesquelles) le SPTS doit se développer prioritairement sur le territoire.** Il s'agira par exemple de la prise en charge des soins urgents ou non programmés, de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes en situation de troubles ou présentant une maladie mentale de l'accès à la prévention pour tous, de l'accompagnement vers les soins des personnes en situation de précarité,

La réflexion de l'ARS Languedoc-Roussillon est partie d'un constat général: au sein de la région, il existe une multiplicité d'acteurs, avec une couverture très inégale des actions de prévention. Plusieurs enjeux ont ainsi été identifiés : mieux répondre aux besoins, augmenter le niveau de qualité des actions, couvrir tout le territoire et réduire les inégalités sociales et territoriales par le biais d'une offre structurée sur le territoire. L'ARS a développé la notion de « *panier de services, à garantir à toute la population. C'est un ensemble de services incluant les soins médicaux de base et la prévention organisée (prise en charge des addictions, dépistage du cancer, santé mentale des jeunes, Nutrition, Vaccination, Contraception, Tuberculose, HIV/Hépatite).* Le panier de services a permis l'identification de thématiques « *support* » (éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire, soins de premier recours) et de thématiques « *transversales* » (PRAPS, Périnatalité, santé environnement). *Ce projet est porté de manière « inter institutionnelle », le lien est établi avec les collectivités locales.*

1.1.6 Le SPTS s'inscrit dans une démarche contractuelle

Figure 3 : le SPTS se traduit par un contrat territorial de santé



- Le diagnostic partagé conduit à la formalisation d'un projet pour le territoire, construit à partir des besoins identifiés dans le territoire et en cohérence avec le PRS ; ce projet territorial, qui doit être en cohérence avec le PRS, est formalisé dans le cadre d'un **contrat territorial de santé** cosigné par les

acteurs concernés et les financeurs. Ce contrat devra trouver sa traduction dans les CPOM (recherche de cohérence).

➤ **Le contrat territorial de santé décrit :**

- Les objectifs de santé publique poursuivis,
 - Les engagements des acteurs en matière de service rendu et de ses attributs : continuité, accessibilité (géographique, tarifaire, en droits, pour tous), qualité, pertinence,
 - La traduction opérationnelle de la responsabilité populationnelle, décrivant les rôles et responsabilités assignés à chaque acteur, tout au long du parcours de l'utilisateur, en matière d'information, d'orientation, d'accompagnement ou de prise en charge,
 - La « dynamique qualité » mise en place et, en particulier, les modalités de suivi et d'évaluation et le lien avec le comité territorial de relation avec les usagers,
 - Les modalités d'organisation pour l'atteinte de ces objectifs ainsi que les modalités de gouvernance. Le projet pourra conduire les acteurs impliqués à se doter d'une structure juridique ad hoc si le besoin en est ressenti. L'hypothèse est que la réussite de l'offre de service SPTS repose sur la mise en œuvre d'une organisation coordonnée des professionnels de santé, mais celle-ci peut prendre diverses formes ; elle doit trouver une traduction opérationnelle au travers du contrat,
 - Les moyens matériels et financiers mobilisés par l'ARS et les autres financeurs.
- En fonction du **découpage territorial** retenu, le contrat territorial de santé correspond à un ou plusieurs projets SPTS dans des territoires de proximité. On peut considérer qu'avec une montée en charge progressive, le contrat territorial n'inclut au début qu'un projet SPTS d'un territoire de proximité et que peu à peu, d'autres projets de territoire de proximité viennent enrichir le contrat territorial comme autant de volets de celui-ci soit pour décliner des mises en œuvre opérationnelles d'un seul et même thème (par exemple, accès aux soins non programmés) soit pour améliorer l'offre de service sur des thématiques différentes.
- **Le contrat territorial de santé s'appuie sur les acquis et vient les consolider** qu'il s'agisse par exemple, des ateliers santé - ville (ASV) ou des contrats locaux de santé. En effet, les contrats locaux de santé deviennent alors des contrats territoriaux de santé en incluant l'engagement réciproque des acteurs à la mise en œuvre des orientations du contrat. Cet engagement réciproque et équilibré des acteurs et des financeurs est un gage de pérennisation des actions. ***Il est recommandé que les contrats locaux évoluent vers des contrats territoriaux de santé, incluant de ce fait un engagement contractuel des acteurs de terrain, d'une part, des ARS et des financeurs dont les collectivités territoriales, d'autre part.*** Le travail réalisé par les ARS dans le cadre de ces contrats est une première étape vers les futurs contrats territoriaux de santé.

1.1.7 Le SPTS s'appuie sur une gouvernance clairement définie dans laquelle l'ARS joue un rôle de premier plan

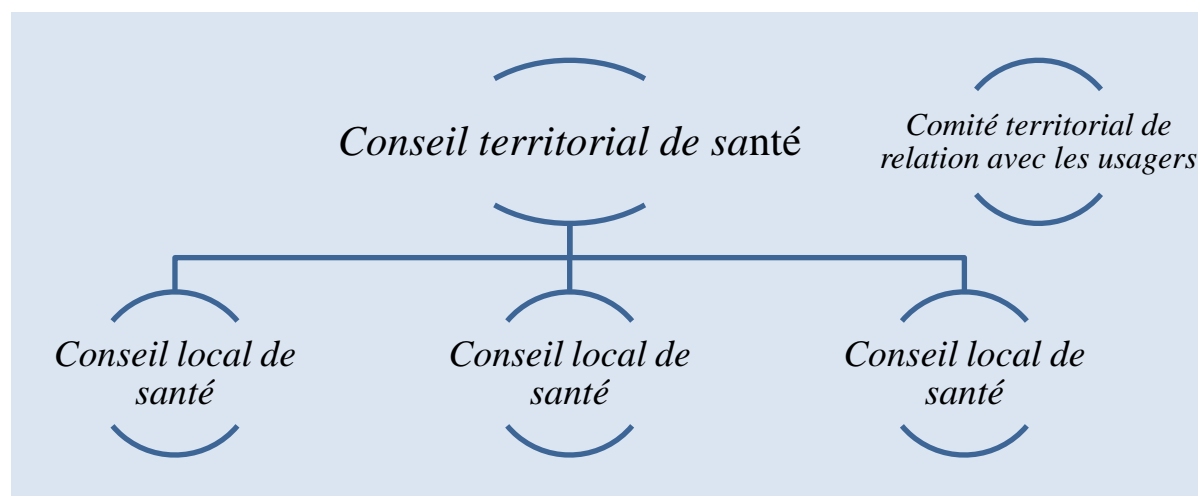
- La **gouvernance** du SPTS doit être définie dès l'origine de la création du SPTS, car elle apparaît aux acteurs comme une garantie de bonne réalisation et de pérennisation de l'offre de services.
- Il y a lieu d'identifier ce qui relève d'un pilotage opérationnel et ce qui relève d'une gouvernance stratégique.* Ceci conduit à concevoir une gouvernance à deux niveaux, à laquelle les esprits sont déjà

préparés, s’inspirant de ce qui a été proposé pour les personnes âgées dans les dispositifs MAIA³ et certaines expérimentations PAERPA ou d’autres dispositifs comme les inter-filières géronto-gériatriques en Rhône-Alpes. En fonction de la dimension du territoire, le pilotage stratégique peut soutenir plusieurs lieux de pilotage opérationnels ; le pilotage à deux niveaux n’est donc pas dupliqué sur chaque territoire de proximité. Ce qui est apparu important, c’est d’identifier **un espace de concertation entre les financeurs et la représentation des acteurs, nommé le conseil territorial de santé**, et un second espace qui soit le **lieu de concertation opérationnelle où se retrouvent tous les acteurs impliqués** dans le SPTS, donc y compris les usagers, en présence de l’ARS et des élus : le conseil local de santé.

- **Le conseil territorial de santé** rassemble tous les financeurs du territoire et les représentants des acteurs et des usagers dans une approche décloisonnée, sanitaire / médico-social/ social et intersectorielle. En effet, le principe même du SPTS est la concertation ; il n’y a pas d’un côté, des financeurs qui décident et de l’autre, des acteurs qui exécutent ; **le principe retenu est celui de la co-construction des politiques et des organisations territoriales.**

Parmi les financeurs, il faut citer l’Etat dans ses diverses représentations (ARS mais aussi DRJSCS et DDCS), et l’Assurance Maladie, mais aussi les collectivités territoriales, les CCAS, les caisses de retraite, les mutuelles, ... tous ceux qui, d’une façon ou d’une autre, financent des actions de santé sur le territoire concerné.

Figure 4 la gouvernance du SPTS



Le conseil territorial de santé rassemble les représentants de tous les acteurs concernés par le SPTS, dont **obligatoirement les usagers**, dans une approche de décloisonnement et d’intersectorialité. Ainsi, par exemple, dans le cadre d’une démarche de prévention, les acteurs associatifs de la prévention, la PMI, la santé au travail, la santé scolaire seront sollicités au même titre que les représentants des secteurs sanitaire et médico-social.

Il n’est pas envisageable de répertorier ici l’ensemble des acteurs concernés (acteurs de premier recours, dont les centres de santé et les maisons de santé, établissements hospitaliers, sociaux et

Maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades Alzheimer, mesure 4 du plan Alzheimer

médico-sociaux....), mais il y a lieu de souligner la nécessaire participation des acteurs de la solidarité, notamment les associations de ce champ et les CCAS.

Le conseil territorial de santé, présidé par l'ARS, n'est pas un organe consultatif mais un organe décisionnel ; il a en particulier pour missions la validation des projets SPTS portés par les acteurs dans les territoires de proximité, leur traduction dans le contrat territorial de santé incluant le financement par les partenaires financeurs, le suivi de leur développement et mise en œuvre, leur évaluation et leur régulation.

Le conseil territorial de santé contribue à l'animation de la dynamique qualité au travers de sa commission, appelée *comité territorial de relation avec les usagers*. Ce comité dont la proposition de création a été formulée par la Conférence Nationale de Santé en février 2013, entend développer la représentation des usagers au niveau des territoires, leur donner la possibilité de contribuer à l'évolution de l'offre en santé notamment en traitant des plaintes, réclamations, dysfonctionnements formulés par les usagers du territoire quelle que soit l'étape de leur parcours de santé au cours de laquelle ils ont rencontré des difficultés⁴.

Les conseils territoriaux de santé se substituent aux conférences de territoire. Si certaines de ces dernières fonctionnent de manière satisfaisante, pour leur très grande majorité, de l'avis de tous les acteurs, elles n'ont pas réussi à trouver un positionnement depuis leur mise en place (*voir à ce sujet, l'avis de la CNS « bilan de la démocratie sanitaire », avril 2013*), incertaines qu'elles sont de leur rôle tant sur les versants consultatif qu'opérationnel.

Le conseil territorial de santé est clairement positionné au bénéfice de l'élaboration de la stratégie. Ce n'est pas qu'une instance consultative. Le lien avec la CRSA se fera au travers de l'envoi annuel d'un rapport d'activité.

La place de l'ARS au niveau du conseil territorial de santé est essentielle. Il est fortement attendu que l'agence en soit le pilote.

- **Le conseil local de santé** rassemble, au niveau du territoire de proximité, tous les acteurs impliqués dans le SPTS, sans oublier en particulier les collectivités territoriales en tant qu'acteurs de santé, les acteurs du domicile, les usagers, ... Les acteurs libéraux (médecins, infirmiers, ...), les différentes structures (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, établissements hospitaliers publics ou ESPIC, privés commerciaux, établissements sociaux et médico-sociaux), les structures fédératives ou coopératives (réseaux de santé), les représentants de la psychiatrie et pédo-psychiatrie de secteur, les acteurs du secteur social font partie de l'instance dont la composition *sera définie selon les thématiques du SPTS et l'organisation que les acteurs eux-mêmes, y compris les usagers, voudront retenir.*

C'est au sein du conseil local de santé que s'élabore le contrat territorial de santé qui devra ensuite être validé par le conseil territorial de santé ; c'est dans ce contrat que sont définies les modalités d'orientation des usagers, de partage d'informations, d'organisation coopérative des prises en charge et accompagnements, d'amélioration continue de la qualité pour garantir un service continu, accessible à tous, et soucieux de répondre aux besoins de santé de toute la population du territoire. **Le conseil local de santé définit le cadre de travail coopératif entre acteurs, de façon transversale, qui facilitera la coordination effective des acteurs tout au long du parcours de santé des personnes. Il**

⁴ Le rapport de Mme Compagnon, parle de la création d' Espace de Défense des Droits placé aux côtés des conseils locaux. Pour des raisons de faisabilité et de montée en charge, il a été placé ici au niveau des conseils territoriaux, ce qui n'interdit pas leur création au niveau des conseils locaux à chaque fois que cela peut paraître pertinent. Il est également essentiel que ce comité soit perçu par tous les acteurs comme contributif de la dynamique de qualité.

renforce la cohérence intersectorielle et entre les dispositifs des actions en santé, par le partage d'objectifs communs et la mutualisation des moyens.

Il relève du conseil local de santé de mettre en place les modalités simplifiées de repérage et d'orientation pour les usagers, ce que l'on peut appeler un **guichet unique**. Il importe que les usagers perçoivent clairement le bénéfice du SPTS *dès l'étape de l'information et de l'orientation*.

*Le conseil local de santé vient ainsi élargir le champ des initiatives antérieures et souvent remarquables comme le conseil local de santé mentale. Comme le souligne le Dr Muller, président de la conférence nationale des présidents de CME des CHS, les conseils locaux de santé "pourraient être initiés sur la base des conseils locaux de santé mentale qui peuvent en constituer par la suite une sous commission, évitant ainsi des effets de stigmatisation inhérents à l'identification d'une population spécifique. **Les problématiques individuelles n'ont pas à y être abordées ainsi que la transmission d'informations nominatives** ».*

M. Muller précise également : « En tant que plateforme de concertation, les conseils de santé permettent la définition de priorités locales en santé publique et la co-construction des projets en réponse aux problématiques locales et l'organisation d'une régulation entre les actions des partenaires qui y contribuent. Il paraît peu envisageable de mobiliser les acteurs concernés tantôt pour les questions de santé mentale, tantôt pour celles de santé publique, santé au travail, enfance adolescence et famille etc. La santé mentale est incluse dans un domaine plus vaste qu'est la santé publique. L'expérience a montré le risque d'essoufflement des CLSM d'une part et de la difficulté de disposer du temps d'élus à plusieurs reprises sur les thématiques de santé ».

Le conseil local de santé est un outil de partage de connaissance des problématiques de santé publique, d'orientation et de coopérations opérationnelles ; les échanges devront s'y faire dans le respect des règles juridiques relatives au partage d'informations.

L'installation est réalisée en concertation avec l'ARS. Là aussi, la demande de certains acteurs est que la présidence soit assurée par l'ARS ou qu'une co-présidence ARS/élus soit mise en place, afin de jouer un rôle régulateur des échanges et orientations. Mais régulation de la coordination des acteurs à l'échelle de la gouvernance stratégique, et pilotage de la coordination des parcours, à l'échelle opérationnelle, ne sont pas confondus : *le pilote doit être librement choisi parmi les acteurs*, il doit être reconnu par tous, il agit pour le compte de tous, il doit rendre compte à tous.

- La gouvernance au travers du conseil territorial et du conseil local de santé nécessite la connaissance de la réalité du territoire. Ceci passe par **la mise en commun par les détenteurs d'information (l'assurance maladie en particulier) des données de santé relatives au territoire**, à son activité dans le domaine de la santé (recours aux soins de ville et hospitaliers, hébergement médico-social, aide à domicile, activités des centres de santé, ...) (cf. § 1.2.4 sur les outils nécessaires).
- **Le rôle important des ARS** est souligné par tous, tant dans la phase de montage (rôle d'incitation, facilitation) que de suivi (accompagnement de la montée en charge, régulation) et évaluation.
 - ↳ La question reste ouverte du rôle dévolu à l'ARS lorsqu'il y a **carence de volonté** des acteurs à entrer dans une démarche SPTS ou s'il y a tout simplement **carence d'acteurs**.

En l'absence de volonté des acteurs, et devant les exigences de santé publique, plusieurs membres du groupe ont formulé le souhait de voir les ARS dotées d'un réel **pouvoir de réquisition allant au-delà d'un simple pouvoir d'impulsion et de structuration**. La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

évoque la notion de *servitude de service public* qui devrait s'imposer à tous les acteurs d'un territoire. La procédure d'appel à projets, évoquée par les ARS, peut permettre de surmonter cette carence de volonté des acteurs (*mais les appels à projets, auxquels seuls les institutions répondent le plus souvent, ne doivent pas se généraliser et venir remplacer la démarche ascendante de contractualisation entre les acteurs*). Les appels à projets devront respecter les caractéristiques du SPTS (diversité des acteurs, service ayant les attributs du service public en particulier continuité et accessibilité, gouvernance par les financeurs et les acteurs, ...).

Dans le cas de carence d'acteurs, le SPTS n'apporte pas par lui-même la réponse, mais il peut y contribuer dans la mesure où la phase de diagnostic, incluant un diagnostic de l'offre, peut permettre de conduire à une nouvelle répartition des rôles, un travail en subsidiarité venant pallier les déficits. C'est cette démarche qui est adoptée par l'ARS Languedoc Roussillon dans le cadre de son *projet de service public de prévention*. Par ailleurs, la mise en place d'un cadre de travail en coopération, au sein d'un territoire, fait partie des attentes exprimées par les jeunes médecins et peut donc contribuer à l'attractivité d'un territoire.

Il faut néanmoins souligner que nombre d'acteurs déplorent que la liberté d'installation des médecins libéraux conduise à une situation de carence sur certains territoires et s'interrogent de ce fait sur la faisabilité du SPTS sur ces territoires.

Tableau 1- la gouvernance du SPTS

	<i>Conseil territorial de santé</i>	<i>Conseil local de santé</i>
<i>Positionnement</i>	Stratégique	Opérationnel
<i>Missions</i>	Validation des projets locaux et des contrats associés Financement Régulation Suivi Evaluation Dynamique Qualité (CTRU)	Définition des modalités de - information et orientation des usagers (guichet unique) - organisation coopérative des accompagnements et prises en charge des usagers (articulations entre acteurs) - missions du pilote - partage d'informations - dynamique Qualité
<i>Présidence</i>	ARS	Coprésidence ARS / élus
<i>Pilotage de la coopération</i>		Pilote choisi par les acteurs

1.1.8 La dynamique qualité est inscrite dans le SPTS

La participation des usagers au suivi et à l'évaluation est indispensable.

Les indicateurs seront définis dans le cadre du contrat : **indicateurs de résultat** (= indicateurs de santé publique), **indicateurs de service rendu** (notamment sur le plan de la continuité, de l'accessibilité (reste à charge, délais), de l'égalité d'accès, de la satisfaction des usagers, ...), **indicateurs de qualité d'organisation** (dont la satisfaction des professionnels), **indicateurs d'efficience**, concernant notamment les parcours, et **indicateurs de pertinence**.

Par ailleurs, la lisibilité de l'offre fait partie de cette démarche qualité. Les acteurs devront s'efforcer de mettre en place les dispositifs en termes d'information et d'organisation, nécessaires à la bonne orientation des usagers et à la simplification des parcours au travers de **guichets uniques d'information et d'orientation**.

1.1.9 Le SPTS contribue au développement de la démocratie en santé

Le SPTS s'inscrit dans un processus continu de démocratie en santé :

- Le diagnostic initial conduisant à l'élaboration du projet est établi avec l'ensemble des parties prenantes, dont les usagers,
- La gouvernance du projet est instituée en associant les parties prenantes, dont les usagers, au sein des conseils locaux (opérationnels) et territoriaux (stratégiques), véritables instances de démocratie en santé, *lieux de co-construction et de mise en œuvre des politiques*,
- La dynamique - qualité inscrite au sein du SPTS est élaborée en lien avec **le comité territorial de relation avec les usagers** qui s'inscrira dans la structuration de représentation des usagers au niveau des territoires et dont la mission comportera a minima deux volets :

1 - l'examen des signalements, réclamations et plaintes formulées par les usagers du territoire et l'amélioration continue de la qualité ;

2 – la veille concernant la lisibilité de l'offre en santé sur le territoire, et la contribution à la mise à disposition de l'information nécessaire aux usagers, dans le cadre du **service public d'information en santé**, chantier ouvert de la stratégie nationale de santé.

L'impact du SPTS sur la démocratie en santé est résumé dans le tableau ci-dessous.

Il y est prévu la disparition des conférences de territoire au profit des conseils territoriaux de santé. Le conseil territorial de relation avec les usagers vient combler les manques en termes d'exercice des droits des usagers le long de leur parcours.

Tableau 2 – instances de démocratie en santé et SPTS

<i>Nature →</i> <i>↓ Niveau</i>	<i>Instances consultatives</i>	<i>Instances décisionnelles de pilotage des politiques</i>	<i>Instances de dynamique qualité, de respect des droits des usagers</i>
<i>Régional</i>	CRSA		
<i>Départemental</i>			
<i>Territoire</i>	(1)	Conseil territorial de santé (2)	Conseil territorial de relation avec les usagers CTRU (4)
<i>Local, zone de proximité</i>		Conseil local de santé (3)	

- (1) Disparition des conférences de territoire liées aux territoires de santé de HPST
- (2) La CRSA est destinataire du rapport annuel d'activité des conseils territoriaux de santé et des conseils locaux de santé,
- (3) Le conseil local de santé inclut le conseil local de santé mentale lorsqu'il existe
- (4) La CSDU de la CRSA est destinataire du rapport annuel d'activité du CTRU (au même titre que les CRUQPEC envoient leur rapport à la CRSA)

Remarque : les CDCA, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie dont la mise en place est prévue dans le cadre du projet de loi sur l'adaptation de la société française au vieillissement, devront trouver leur positionnement en cohérence avec ce nouveau paysage d'instances. En effet, ils semblent avoir un positionnement ambigu entre instances consultatives et instances décisionnelles. Par ailleurs une instance consultative ne devrait être présidée par l'institution auprès de laquelle elle formule ses avis.

1.2 Les leviers du développement du SPTS en lien avec les chantiers en cours

La question qui se pose d'emblée est celle de savoir quels sont les facteurs qui vont conduire les acteurs à s'inscrire dans ce nouveau contexte d'offre de services. Plusieurs leviers sont évoqués ci-dessous ; certains d'entre eux sont indispensables à la réussite de la réforme.

1.2.1 L'intérêt à agir pour les professionnels

L'attractivité du SPTS pour les professionnels a déjà été évoquée ; elle est loin d'être négligeable car le SPTS propose un cadre de travail en coopération avec des objectifs communs de santé publique, des échanges d'information, une volonté partagée d'améliorer le service rendu, dans un cadre éthique de valeurs partagées très fortes et mobilisables dans la démarche envisagée. Le SPTS vient remettre au premier plan les valeurs de **service à la population** et lutter contre les risques d'une individualisation excessive de l'exercice des professions de santé, et du sentiment d'esseulement qui en résulte. Ces valeurs et repères ont été fortement mis en avant par le groupe.

1.2.2 La modélisation des financements

En matière de financement, la réforme attendue se décline selon deux axes complémentaires :

- La reconnaissance du temps passé à la coopération,
- La sortie d'un mode de rémunération du tout à l'acte ou du tout T2A, levier essentiel au changement culturel que représente le SPTS.

La contribution de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) résume précisément la problématique. Il faut aller vers une « **mise en place d'un financement différent du paiement à l'acte** » pour dépasser la « **course à l'acte** » qui favorise la concentration des professionnels sur les mêmes territoires, et permettre également une prise en charge globale des usagers. Le mode de « rémunération à l'acte » a été construit pour un fonctionnement « libéral » isolé et pour une activité médicale curative dont l'objet principal est la « réparation ». Tout comme la «tarification à l'activité» à l'hôpital, ce système a montré ses limites et provoqué des effets pervers. Il suscite de plus en plus d'opposition car, en privilégiant uniquement l'acte de soins, il ne permet pas une démarche de prise en charge d'un « **parcours de santé** » intégrant à la fois les dimensions préventive et éducative, notamment dans le cas des pathologies chroniques. D'autant que celles-ci nécessitent souvent

l'intervention de plusieurs professionnels de santé, dont les modes de rémunération sont différents, certains ne correspondant pas à des actes sous nomenclature (psychologues, diététiciens, podologues). En outre, la rémunération à l'acte ne prend pas en compte les temps dévolus à la coordination entre professionnels, essentielle à la pratique d'équipe et à la sécurisation du parcours de santé. »

Il est attendu que l'engagement des professionnels dans une démarche SPTS soit reconnu et soutenu financièrement, en particulier en ce qui concerne leur investissement en **temps de coordination**. Ainsi, la participation au SPTS pourrait être inscrite dans la convention avec l'assurance maladie comme le soulignent les ARS qui prônent, au minimum, l'introduction des objectifs des SPTS inclus dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et plus largement une marge d'intervention pour elles dans des conventionnements régionaux.

Mais la seule reconnaissance du temps de coordination ne peut suffire ; les modalités de financement doivent vraiment agir comme une incitation à un changement de comportement.

La dispersion des financements sur un territoire a été fortement dénoncée. Et **si le SPTS doit être un outil au service du choc de coordination attendu dans les pratiques des professionnels, il doit l'être, également, du choc de coordination attendu de la part des financeurs**. Les conseils territoriaux et locaux seront là pour mettre en œuvre ces coordinations et permettre une orientation privilégiée sur les démarches de SPTS.

Au-delà de cette préconisation, des voix se sont élevées pour considérer que cette orientation et cette modélisation, des financements, ne seront pas suffisantes, et qu'il faudrait une réelle volonté de voir se développer les SPTS par l'apport de nouveaux financements significatifs.

Il a également été évoqué à plusieurs reprises l'expérimentation d'une sortie totale des modes traditionnels de financement sur un territoire. L'idée serait de définir un budget santé sur le territoire et de permettre aux acteurs sous régulation de l'ARS de définir les meilleures modalités de répartition des financements pour atteindre les objectifs fixés contractuellement.

Une autre proposition est d'intéresser les acteurs aux résultats atteints, comme cela est fait par exemple, dans le cadre du bon usage des antibiotiques. Ainsi la FNEHAD souligne que l'efficacité financière devrait être appréciée par la capacité des offreurs de soins à concilier accessibilité financière pour le patient (« reste à charge ») et respect d'une enveloppe de dépense prédéterminée. (FNEHAD).

Ces propositions d'expérimentation sont évoquées ici car elles traduisent **la perception partagée que le modèle actuel de rémunération a atteint ses limites et qu'il est nécessaire de prendre en compte la capacité d'innovation des acteurs et leurs modalités d'action pour s'engager vers des modes de financements radicalement différents**.

1.2.3 Le rôle des ARS

Le rôle des ARS est essentiel, l'ensemble des acteurs le souligne ; il est essentiel pour l'incitation à la création de SPTS, la mobilisation des acteurs, pour piloter la gouvernance stratégique et réguler la gouvernance opérationnelle en tant que de besoin.

L'implication active de l'ARS est perçue comme la garantie de la pérennisation du SPTS.

A ce sujet, l'Union Nationale des Réseaux de Santé rappelle que l'absence d'implication des pouvoirs publics en matière de gouvernance (rapport IGAS 2006) a été un facteur majeur de fragilisation des Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

initiatives coopératives transversales entre acteurs à l'échelle de territoires de projet représentés par les réseaux de santé, considérés et financés entre 2002 et 2007 comme une réponse au cloisonnement entre acteurs de santé et entre la ville et l'hôpital.

L'attente à l'égard de l'ARS suppose qu'elle soit plus proche du terrain, et notamment que ses délégations territoriales soient dotées d'une réelle capacité d'initiative, de marges de manoeuvre et de montage de projets avec les acteurs du territoire, ce qui leur permettrait de conserver ou de faire revenir des compétences en rapport avec les missions déléguées.

1.2.4 Les outils à développer

Plusieurs outils sont nécessaires au bon fonctionnement de la coopération des professionnels ; ces derniers insistent sur la convergence de ces différents chantiers, ils sont d'ailleurs pour la plupart inscrits dans la stratégie nationale de santé et font déjà l'objet de réflexions dans le cadre des expérimentations PAERPA :

- **un outil commun d'analyse des besoins de l'usager** selon les thématiques du SPTS, en lien avec les travaux de la HAS,
- **un dossier partagé** ; il est urgent de disposer des outils de partage d'information nécessaire et de les faire converger : DMP 2 (☞chantier SNS), DP dossier pharmaceutique, DLU dossier liaison urgence, VMS volet médical de synthèse, ce qui supposera également *d'avoir clarifié et harmonisé les modalités de consentement des usagers à ces partages d'information* comme le souligne la Conférence nationale de santé dans sa contribution à la consultation préalable sur le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population,
- **un annuaire des ressources du territoire** (offres de soins, services et accompagnement),
☞ Chantier SNS
- le PPS : plan personnalisé de santé (☞voir définition HAS juillet 2013),
- un référentiel d'intervention permettant aux usagers et aux professionnels du premier recours libéral de savoir comment mobiliser les capacités de résolution de problèmes de santé des structures d'HAD, de SSIAD, de SAMSAH, de SAAD et de SAP,⁵; ☞ Travaux HAS
- une plateforme de réservation des consultations spécialisées,
- un système d'information sur le territoire : la disponibilité de ce SI, véritable tableau de bord du territoire, est indispensable au SPTS dans sa phase diagnostic, de pilotage, de suivi et évaluation. La FNCS (fédération nationale des centres de santé) en fait une analyse précise : « Actuellement le plus souvent globalisés au niveau de la région, les tableaux de bords permettraient de disposer d'outils décisionnels utilisables au niveau local. Un contenu minimal commun devrait être défini pour tous les territoires puis alimentés annuellement par les institutions concernées ».

Il serait nécessaire de disposer des données de :

- démographies sanitaires : CNAM (SNIIRAM) et ordres,
- taux de CMU, AME ALD, invalidité,
- indicateurs de mortalité : espérance de vie, mortalité prématurée,
- données liées à la petite enfance, à la vaccination (Conseil général),
- taux de dépistage du cancer du sein ou du colon (association dépistage des cancers),
- suivi par le service de médecine scolaire (Education nationale),
- situations environnementales (DTD),
- données hospitalières du territoire (PMSI),
- recours aux soins (CNAM),

⁵ A ce sujet, voir la publication de la FEHAP sur les services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux de Novembre 2013, disponible sur leur site internet

- données relatives à l'accompagnement médico-social à domicile ou en établissement
- ...

A ces différents outils, il faut ajouter le développement des **formations multi-professionnelles**, véritable creuset des futures coopérations entre professionnels. Le rapport d'Alain CORDIER soulignait la nécessité de repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux⁶.

1.3 Les apports attendus du SPTS

Le SPTS s'inscrit comme un atout pour relever les défis auxquels notre système de santé est confronté et en particulier la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il vient également introduire une nouvelle dynamique d'amélioration de la réponse aux besoins de santé des usagers, d'organisation de l'offre au niveau des territoires de proximité, de démocratie en santé, de lisibilité, ...

1.3.1 Réduction des inégalités de santé

Le SPTS contribue à la réduction des inégalités sociales par le développement de l'approche en responsabilité populationnelle qui conduira à mobiliser les professionnels autour de la réponse aux besoins de santé de l'ensemble de la population du territoire, dans une démarche pro - active.

Le SPTS contribue à la réduction des inégalités territoriales de santé dans la mesure où il se développera prioritairement, à partir du diagnostic partagé, là où des manques dans l'offre de service, en particulier en matière de continuité et d'accessibilité, sont constatés.

1.3.2 Atteinte d'objectifs de santé publique

Le SPTS passe par la mobilisation des acteurs autour de l'atteinte d'objectifs communs au niveau du territoire en matière de santé publique (incluant les questions d'organisation tels que l'organisation de l'accès aux soins non programmés).

1.3.3 Territorialisation en proximité de la politique de santé

- **La loi HPST de 2009 a organisé la régionalisation de la politique de santé dans une approche descendante**, selon la volonté des parlementaires qui ont choisi de mettre en place une déclinaison en région de la politique nationale de santé.

Cette déclinaison n'a pas, pour autant, empêché les adaptations régionales. La diversité des plans régionaux de santé (PRS) est là pour en témoigner.

Mais **il faut associer une territorialisation ascendante à cette régionalisation descendante** de la politique de santé, c'est-à-dire construire les offres de services de façon opérationnelle dans les territoires à partir des besoins des usagers et des organisations élaborées par les professionnels, dans une recherche d'adhésion des différentes parties prenantes, toujours plus efficace et réactive que les instructions nationales produites sur un mode *ex cathedra*. Tous les acteurs, y compris les ARS, sont conscients de la nécessité de l'approche organisationnelle au niveau des territoires de proximité, seule en mesure d'apporter une réponse adaptée aux besoins spécifiques de la population du territoire.

- **La loi HPST a promu le décloisonnement entre le sanitaire et le médicosocial.**

⁶ Un projet global pour la stratégie nationale de santé, rapport du comité des sages présidé par Alain CORDIER
Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

Ce décloisonnement ne s'opère pas aisément et de plus, les craintes liées à une mise à distance du social se sont révélées fondées. Par ailleurs, les ARS sont chargées d'une approche intersectorielle de la santé au niveau régional, mais celle-ci se heurte à un réel cloisonnement des décisions entre les différentes directions régionales des services de l'Etat, (sans parler des clivages nationaux entre administrations centrales (DGOS, DGCS, DSS, DGS) et avec l'Assurance Maladie).

Au niveau d'un territoire de proximité, **le rassemblement au sein du conseil local et territorial de santé doit permettre de surmonter ces cloisonnements institutionnels** (Education nationale et médecine scolaire, DIRECTE, PMI,...). C'est la conviction partagée par les acteurs de terrain, sous réserve que les directions nationales acceptent de laisser jouer le jeu du décloisonnement à une échelle locale et envisagent de donner l'exemple dans le cadre de leur propre réorganisation, pour des gestions de projet conçus et portés dans la transversalité.

Le SPTS peut ainsi être le ferment d'un réel décloisonnement intersectoriel et interministériel à partir des projets des territoires.

1.3.4 Dynamique qualité au niveau du territoire, gains en efficience

La dynamique de qualité est inscrite dans la construction du SPTS, les indicateurs de suivi devront être présents dans le contrat.

La répartition des rôles, l'optimisation des ressources du territoire, l'approche en coordination sont des facteurs concourant à l'amélioration de l'efficience de l'offre en santé dans le territoire. Ainsi, l'objectif est de contribuer à limiter les redondances d'actes et de consultations, les recours non fondés aux urgences, les hospitalisations itératives ou indues par un soutien de proximité apporté aux professionnels sociaux et médico-sociaux pour la gestion des parcours de santé, tous objectifs dont la poursuite devra faire l'objet d'un suivi régulier.

1.3.5 Lisibilité du système de santé, visibilité des parcours accessibles

Le SPTS est pensé comme un principe fédérateur qui doit permettre, sous réserve qu'elles respectent les attributs d'offre de service partagée entre acteurs, la migration des organisations existantes vers ce principe commun.

Ainsi, les modes coopératifs actuels (réseaux de santé, filières gérontologiques) ou à venir (expérimentations PAERPA), les services d'appui basés sur le décloisonnement (réseaux de santé, dispositifs MAIA), et un certain nombre d'autres organisations, pourraient devenir des supports pour l'offre SPTS **sous réserve de prise en compte de l'ensemble des principes de celui-ci et notamment :**

- 1) les caractéristiques du service offert en matière de continuité et d'accessibilité sous tous ses aspects ;**
- 2) la gouvernance partagée ;**
- 3) la mise en œuvre de nouveaux modes opératoires entre acteurs assurant tout autant transversalité et subsidiarité selon les besoins. L'idée est ici de tenir compte des coopérations existantes et de les faire évoluer vers des supports d'offres SPTS en promouvant les valeurs qui y sont associées.**

De la même façon, l'activité de psychiatrie /santé mentale, sa sectorisation sous réserve qu'elle s'ouvre aux autres acteurs que les seuls hospitaliers, ses conseils locaux de santé mentale, ... peuvent se couler dans le moule du SPTS qui d'ailleurs s'inspire pour partie de son organisation historique (responsabilité populationnelle, conseil local, ...).

L'idée est à la fois de donner de la lisibilité aux services et expérimentations en cours de développement et, en même temps, de se prémunir contre une floraison de développements thématiques avec leurs dispositifs spécifiques à tous les niveaux géographiques.

Partant du constat que le consensus s'établit sur la nécessité d'une approche par le service rendu et reposant sur des organisations de proximité, il est apparu pertinent de fixer, au travers du SPTS, le cadre général au sein duquel ces organisations de proximité pourront se développer.

1.3.6 Promotion et sécurisation des organisations professionnelles

Les professionnels n'ont pas attendu l'émergence du concept de service public territorial de santé pour développer des modes d'organisation en coopération (conventions de coopération, réseaux de santé, filières thématiques, maisons de santé pluridisciplinaires, et autres modes notamment dans le cadre des ENMR, ...).

Au cours des ateliers liés à cette mission, il a été montré que nombre des cas présentés ont reposé au démarrage sur la volonté de quelques acteurs pour changer les choses, améliorer le service, la communication entre eux, ... Ce volontarisme a supposé de leur part un fort investissement en temps et en énergie. L'incertitude sur le devenir de leur organisation dans le cadre d'un régime expérimental, les a conduits à formuler très clairement une demande de « sécurisation » de ces modes organisationnels innovants. **La reconnaissance au travers du contrat territorial et l'inscription dans le PRS du projet territorial sont les réponses attendues pour permettre le développement de nouvelles coopérations.**

Le SPTS porte en lui les principes de mutualisation et de subsidiarité pour optimiser les ressources sur un territoire. Au-delà de la sécurisation des organisations, il y aura lieu de poursuivre la **sécurisation des interventions des professionnels** dans le cadre des modalités qui auront été validées par les ARS et le conseil territorial de santé au travers des contrats territoriaux de santé.

2. QUELLE OPPORTUNITE POUR LE SPTS ?

Il s'agit ici de l'examen du projet SPTS sous l'angle des risques potentiels à éviter et des opportunités à saisir. Il s'agit également d'analyser les forces du système de santé sur lesquelles s'appuyer tout en étant conscient des faiblesses sur lesquelles il faut agir pour éviter qu'elles ne deviennent bloquantes.

2.1 Les opportunités de développement du projet SPTS sont fortes

2.1.1 Le SPTS vient répondre aux attentes prioritaires des usagers

Cela a déjà été évoqué, les attentes des usagers sont formulées autour de priorités que sont l'accessibilité géographique, financière et pour tous, la continuité de l'offre en santé afin qu'ils ne soient pas livrés à eux-mêmes au cours de leurs parcours. La lisibilité, la simplification du système de santé sont aussi des demandes très fortement exprimées. Le SPTS s'inscrit par définition en réponse à ces attentes.

2.1.2 Le SPTS vient répondre aux fortes attentes des professionnels ; les acteurs sont prêts à ces nouvelles formes de travail

Les acteurs savent pertinemment que c'est vers cette coopération au niveau du territoire de proximité qu'il faut aller, car elle offre simultanément une perspective d'amélioration du service rendu, d'optimisation des ressources et d'appui sur les coopérations existantes; ils sont prêts, leur prise de position au cours de cette mission en témoigne.

Les directeurs généraux d'ARS reçoivent régulièrement des messages en ce sens en provenance du terrain et plusieurs d'entre eux ont souhaité qu'il soit fait explicitement état de cette situation dans le présent rapport.

2.1.3 Les outils nécessaires sont en cours de développement

Les outils nécessaires au déploiement des SPTS dans les territoires sont en cours de développement ; ils sont inscrits dans les orientations de la SNS (service public d'information, dossier partagé, répertoire des ressources, ...). Il reste à assurer la convergence des calendriers.

Mais il y a sans doute lieu aussi de reconsidérer le droit des GCS et des GCSMS issu de la loi HPST et de l'Ordonnance de coordination de Février 2010, droit qui agit souvent comme un repoussoir pour les composantes libérales ou privées non lucratives et de statut commercial, tant sanitaires que médico-sociales, dès lors qu'un partenaire public doit aussi être impliqué dans la coopération, ce qui fait craindre aux uns la nationalisation, et aux autres la privatisation : sans doute les dynamiques de coopération, d'une part, et de fusion-absorption d'autre part, doivent être plus clairement distinguées pour éviter des ambiguïtés bloquantes.

2.1.4 La rareté doit conduire à l'optimisation des ressources

Il peut paraître curieux de faire figurer la rareté des ressources (humaines et financières) parmi les opportunités. Néanmoins, chacun sait que c'est un facteur incitatif à l'évolution, car les positions acquises inamovibles ne sont plus tenables dans un contexte de tension où les plus vulnérables paient le prix le plus lourd.

Développer le SPTS, passe nécessairement par la recherche d'optimisation des ressources existantes et de suppression des doublons sur un territoire. Cet effort devra bien sûr être valorisé ; il y a un véritable enjeu à orienter les financements publics vers des organisations « vertueuses ».

2.1.5 Les ARS sont prêtes

Après avoir mis en place les territoires de santé, les plans, programmes et schémas prévus par la loi HPST, les ARS se sont engagées dans le travail sur les zones de proximité car c'est à cet échelon qu'il faut trouver la réponse aux besoins des usagers et s'attacher à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

Ainsi, par exemple,

- L'ARS Rhône Alpes développe les contrats de modernisation de l'offre de soins,
- L'ARS Bourgogne a procédé au découpage en zones de proximité, défini les priorités sur un certain nombre de territoires et engagé la responsabilisation des acteurs sur ces priorités,
- L'ARS Ile de France développe actuellement les CPOM territoriaux à partir d'un diagnostic du territoire.

Le constat qui en résulte est l'émergence d'une dynamique des ARS dans les directions suivantes :

- La création d'**un environnement de coopération** régulier entre professionnels,
- Le développement d'**une culture commune et de partage** de constats, des atouts et des difficultés des parcours notamment ceux des personnes âgées, vulnérables ou précaires sur un territoire,
- La mise en place de groupes de travail réguliers, chacun centré sur une problématique de la prise en charge, sanitaire et médico-sociale, qui peuvent être : le parcours de la personne âgée, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, les stratégies alternatives de recours par défaut aux urgences, l'accès aux soins en filière, le suivi médical et l'accompagnement à domicile, la prise en charge en structures d'hébergement,...

Les ARS sont prêtes ; quelques - unes d'entre elles exprimant néanmoins des craintes : celles de se voir contraintes dans une approche prédéterminée, et de devoir laisser trop de marge de manœuvre aux acteurs, en fin de compte, de perdre de leur marge d'initiative ou de contrôle.

La crainte inverse des acteurs est de ne plus disposer de véritables interlocuteurs de proximité au sein des ARS, faute pour celles-ci d'avoir véritablement investi les délégations territoriales de marges de manœuvre et de responsabilités suffisantes.

La posture de régulation d'une ARS prend tout son sens dans le cadre des SPTS.

2.2 Les risques liés au projet SPTS

Trois risques, au moins, inhérents à la démarche SPTS, sont envisageables : le rejet par les acteurs libéraux, l'enlisement dans le meccano organisationnel, le décalage dans les calendriers.

2.2.1 Mauvaise compréhension de la dénomination SPTS

Certains acteurs libéraux (médecins, infirmiers, ...) ont fait part de leur inquiétude et manifesté parfois un rejet de la dénomination « service public territorial de santé ».

Pour autant, **l'abandon de la dénomination de « service public » est perçu par l'ensemble des autres acteurs comme une perte réelle d'ambition** au regard du projet. Le projet SPTS apparaît à leur yeux être fédérateur car **il promeut les valeurs pour lesquelles les professionnels se mobilisent pour améliorer le service rendu aux usagers et renvoie à un ensemble d'exigences consensuelles**, au point même, que la fédération de l'hospitalisation privée a clairement pris position en faveur d'un projet de création de service public territorialisé.

L'abandon de la dénomination traduirait la primauté donnée à des questions de statut, alors que la raison même de la démarche est de partir des besoins des usagers et non des positionnements spécifiques des professionnels. Par ailleurs, chacun sait que la participation à un service public qu'il soit de santé ou d'un autre domaine, n'implique nullement que les opérateurs soient de statut public. De plus, cette dénomination n'implique pas qu'il y ait toujours la présence d'un hôpital public, ni que l'hôpital public ou toute autre institution publique ait un rôle de pilotage ou de coordination qui lui soit nécessairement réservé.

L'alternative à la dénomination de « service public territorial de santé » serait celle de « service territorial de santé publique » qui fait référence à une approche collective de la santé, approche

promue par le SPTS. Cela aurait l'avantage de conduire à une extension de la notion de santé publique (jusqu'ici réservée à la prévention, la promotion de la santé, la veille sanitaire, ..) pour couvrir plus largement les problématiques de santé des populations.

2.2.2 Enlissement dans le meccano organisationnel

L'objet de la réforme SPTS est l'amélioration du service rendu à l'utilisateur s'appuyant sur un engagement des professionnels et non la promotion directe de telle ou telle forme d'organisation des professionnels. C'est pourquoi il faut associer à la réforme SPTS la promotion des attributs de continuité, d'accessibilité, d'égalité, et de non-discrimination en matière de service au bénéfice la population, ainsi que de gouvernance partagée et de pilotage opérationnel défini de manière consensuelle par l'ensemble des acteurs de santé.

Les recommandations formulées dans ce rapport en matière de processus d'élaboration du service résultent de l'analyse faite à la fois par les membres du groupe et la rapporteure, à partir des expériences antérieures ou des expérimentations en cours.

Les processus recommandés : diagnostic partagé, projet territorial, contrat territorial, peuvent paraître exigeants mais ils sont la garantie d'un réel échange assorti d'un partage et d'une coopération entre les professionnels et un support pour la pérennisation du service.

C'est dans l'esprit de fournir des guides d'opérationnalité, aux acteurs, aux ARS, que ces composantes du SPTS ont été analysées et sont ici proposées. Ces recommandations *opérationnelles doivent rester au service de l'objectif poursuivi, l'amélioration du service.*

2.2.3 Non convergence des calendriers des réformes et des outils

Pour se développer, le SPTS a besoin de nombreux outils (tableau de bord du territoire, dossier patient partagé, partage de données de santé,) et de réformes importantes (modalités de rémunération, en particulier). La convergence des calendriers de l'ensemble de ces réformes inscrites dans la stratégie nationale de santé est une nécessité. Le défaut de convergence serait un empêchement au développement des SPTS.

2.3 Les forces du système de santé au regard du projet SPTS

Le système de santé français est en mesure d'engager cette réforme d'ampleur car il dispose d'atouts non négligeables.

2.3.1 La qualité

Certes le niveau de qualité de l'offre en santé est à améliorer en permanence, tant le coût de l'absence de qualité pour les personnes et pour la société est prohibitif.

La réforme SPTS s'inscrit dans un contexte où les principes de la démarche qualité ont déjà largement diffusés, en particulier grâce à la HAS qui est présente dans tous les champs par ses recommandations et références (tant en médecine de ville que dans le secteur hospitalier, mais aussi dans le secteur social et médico-social par le truchement des professionnels de santé libéraux), et la grande majorité

des esprits est donc préparée à une démarche collective d'amélioration de la qualité de l'offre en santé. Il n'en demeure pas moins qu'une démarche plus rapprochée des travaux de l'HAS et de l'ANESM serait un appui précieux pour la dynamique du SPTS.

2.3.2 La démocratie en santé

La démocratie en santé est un autre acquis sur lequel le SPTS peut s'appuyer.

Si certains pays retiennent l'acception de la démocratie en santé comme étant la participation individuelle ou collective des usagers aux décisions qui les concernent, en France, la démocratie en santé recouvre aussi la notion de participation de tous les acteurs, dont les usagers, à l'élaboration des politiques publiques. Les nombreuses instances existantes dont la Conférence nationale de santé, les CRSA, les conférences de territoires, ... sont là pour montrer l'intérêt de disposer d'espaces permettant la confrontation des points de vue et l'élaboration de consensus au-delà des intérêts particuliers, sous réserve que ces instances aient une vision claire et les moyens de leur mission.

L'habitude du dialogue entre professionnels, et entre professionnels et usagers est acquise. Le SPTS vient s'appuyer sur cet acquis pour aller au-delà et parvenir à des décisions partagées en matière de pilotage de l'offre de services. C'est un nouvelle étape de la démocratie en santé qui peut s'engager.

2.3.3 Les acquis organisationnels

Le système de santé français est riche en démarches organisationnelles, trop riche même puisque l'on parle de « maquis organisationnel ».

Néanmoins certains acquis existent et en particulier, les ARS, dont la légitimité n'est pas contestée, même si les attentes à leur égard sont encore fortes, en particulier en terme de présence plus active sur les territoires en proximité des acteurs, avec une plus forte délégation vers leurs structures territoriales.

Il faut également évoquer les compétences acquises en matière de coordination que l'on trouve notamment au sein des réseaux ou de certains services d'HAD (hospitalisation à domicile), de dialyse hors centre, de SSIAD et de SAMSAH, compétences sur lesquelles le SPTS pourra utilement s'appuyer.

2.4 Les faiblesses du système de santé au regard du projet SPTS

Ces faiblesses ont été de nombreuses fois évoquées par les participants comme étant des facteurs de fragilisation de la démarche SPTS.

2.4.1 Démographie médicale

Le **premier obstacle** soulevé par les ARS au développement du SPTS a été celui de **l'absence de professionnels du premier recours** sur certains territoires. Il s'agit là d'une faiblesse réelle de notre système de santé qui ne trouve pas directement sa solution dans le SPTS, mais que d'autres réformes déjà engagées et en particulier celle du « Pacte territoire santé » s'efforcent de surmonter.

Le SPTS vient soutenir la démarche visant à favoriser l'exercice des professionnels de premier recours dans les zones sous-dotées par la promotion qu'il opère des modes de travail en coopération, permettant de sortir de l'isolement de l'exercice individualisé. Cet isolement fait partie des éléments mis en avant par les jeunes médecins pour refuser une installation dans ces zones sous-dotées. Par ailleurs, le SPTS, par une approche fondée sur le diagnostic des besoins, puis de l'offre, peut conduire

à mettre en place des offres en subsidiarité, ne serait-ce que de façon temporaire, et permettre ainsi de fournir une réponse aux besoins des usagers.

2.4.2 Manque d'organisation du premier recours

Seuls 12% des médecins généralistes en France, travaillent au sein de structures de groupe en groupes pluri-professionnels, pluridisciplinaires, ou mono-disciplinaires. **La réalité du terrain est donc aujourd'hui celle de l'isolement et de l'individualisation de l'offre en santé.** Par ailleurs, ces médecins ont souvent des durées hebdomadaires de travail qui ne leur laissent guère de temps pour participer aux concertations et aux organisations coopératives. C'est ce que mettent en avant à la fois le syndicat MG France et la Fédération Française des Maisons Pluridisciplinaires de Santé dont les analyses convergent sur le fait que c'est le regroupement des professionnels de santé libéraux qui leur permettra de dégager le temps nécessaire aux concertations et à la participation aux projets de santé publique sur le territoire.

Il apparaît clairement que le SPTS se développera d'autant mieux que le mouvement d'organisation des soins primaires et d'une façon générale, la « révolution du premier recours », telle qu'inscrite dans la stratégie nationale de santé, prendra de l'ampleur.

2.4.3 Dispersion des ressources financières et de la gouvernance

Le système de santé français souffre d'une grande dispersion des sources de financement, ce qui conduit à ce qu'il y ait, sur un même territoire, financement de projets de santé par l'Etat, l'Assurance Maladie, les caisses de retraite, les mutuelles, les collectivités territoriales, ... sans qu'il y ait toujours concertation entre ces financeurs. Dans une période budgétaire contrainte, il importe que les financeurs se concertent autour d'un projet commun sur les territoires. C'est ce qui est recommandé au sein du conseil territorial de santé, et dans l'élaboration des contrats territoriaux de santé qui viennent prolonger les démarches déjà entreprises par les ARS dans le cadre des contrats locaux de santé.

La mise en œuvre du SPTS doit s'accompagner d'une modélisation des financements a minima par une mise en synergie des financements existants.

2.4.4 Modes de financement favorisant la concurrence entre acteurs

De nombreux rapports ont déjà établi le rôle que jouent la T2A et la rémunération à l'acte dans les comportements concurrentiels des acteurs de santé.

Le SPTS et l'approche parcours vont à contre - courant de ces modes de financement en prônant la coopération entre les acteurs. Les démarches engagées pour sortir du « tout - paiement à l'acte » (par exemple, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) mise en place par l'assurance maladie), la reconnaissance du temps investi par les professionnels dans la coordination (par exemple la rémunération du Plan Personnalisé de Soins dans le cadre de PAERPA) et la révision du mode de rémunération des hôpitaux engagée dans le cadre du CORETAH sont des orientations favorables, mais il faudra aller plus loin.

En particulier, comme le dit un acteur expérimenté du système ayant exercé des responsabilités régionales : « *Sur la médecine de ville, le DG-ARS est placé sur un pont pour regarder un fleuve duquel il ne peut influencer ni sur la largeur, ni sur le débit* ». Il serait souhaitable de réfléchir à l'évolution d'accords conventionnels apportant des marges de manœuvre d'adaptation régionale.

2.4.5 Déficit de compétences en management de projet au sein des ARS

Une autre faiblesse à évoquer est celle de **la rareté des ressources internes aux ARS en matière d'accompagnement de projets qu'il s'agisse du siège ou des délégations territoriales.** Or, c'est vraiment ces compétences qu'il faut développer à très court terme pour permettre aux ARS de jouer le

rôle attendu d'elles en matière d'incitation et d'accompagnement des projets, de régulation à chaque fois que nécessaire. Une politique de formation en la matière, accompagnée le cas échéant d'un appel à compétences externes sera à mettre en place.

3. RECOMMANDATIONS DE DEPLOIEMENT POUR LE SPTS

3.1 *Le SPTS a sa place au cœur de la stratégie nationale de santé et dans la loi de santé de 2014*

Le SPTS vient traduire *une évolution attendue en matière de politique de santé, à savoir une définition au plus proche de la réalité de terrain en partenariat avec les professionnels et les usagers.*

La loi HPST a précisé les cadres national et régional de définition de la politique de santé. Au travers du SPTS, la loi de santé de 2014 viendra mettre l'accent sur la nécessaire élaboration de politiques territoriales de proximité contribuant à la politique régionale en partant des besoins des usagers sur les territoires. *C'est un message politique fort, qui met l'accent sur l'amélioration du service rendu à l'utilisateur*, sur la réponse à ses attentes en particulier en matière de continuité et d'accessibilité, au travers de la promotion des valeurs du service public ainsi que sur le développement de la démocratie en santé.

Le SPTS, c'est aussi une façon d'affirmer que l'offre en santé est le fait des acteurs et non des institutions ; à ces dernières, il revient un rôle d'orientation, de planification, d'incitation voire parfois d'injonction, d'accompagnement et de régulation.

Le SPTS s'inscrit dans *le choc de coordination* qu'appelle de ses vœux la Conférence Nationale de Santé. Il permet de fixer le cadre dans lequel vont pouvoir se déployer les coordinations *auprès et avec* le patient, l'utilisateur ou la personne en besoin d'accompagnement.

Le SPTS est porteur de changements majeurs des pratiques des professionnels car il s'appuie sur une approche contractuelle entre les acteurs qui assument conjointement la responsabilité de la réponse aux besoins de santé de la population. Il s'agit là d'inscrire très clairement une volonté partagée de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé par la **préoccupation partagée de ne laisser personne en dehors de l'accès aux services de santé** (soins, accompagnement, prévention, promotion de la santé, ...) **dans une approche concertée avec les acteurs du secteur social**. Il s'agit de **surmonter l'approche individualiste de la santé**. L'inscription dans la loi de ces changements majeurs paraît tout à fait justifiée, car c'est un réel *choc de responsabilisation* qu'il s'agit de provoquer.

Le SPTS a aussi pour objectif de contribuer à la *clarification* de notre système de santé. Il doit permettre de **faire converger, sur un cahier des charges commun, les initiatives actuellement développées** selon divers modèles (concernant les personnes âgées, par exemple : réseaux de santé gérontologiques, dispositifs MAIA, CLIC, filières gérontologiques, expérimentations PAERPA) en rappelant les objectifs premiers de la réorganisation de l'offre en santé, à savoir l'amélioration du service à l'utilisateur, et en capitalisant à partir des acquis des dispositifs existants au regard des principes du SPTS.

Il doit également **proposer un cadre pour les initiatives futures**. Le SPTS joue ainsi un rôle de prévention par rapport au foisonnement d'initiatives aux dénominations et constructions variées venant complexifier le système de santé.

Le double objectif de fixation de cadre tout en laissant la marge de manœuvre nécessaire aux ARS et aux acteurs, conduit à recommander une définition socle du SPTS dans la loi et de fixer le cap de déploiement à atteindre dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Plusieurs membres du groupe ont exprimé une préférence pour la mise en œuvre d'expérimentations. Pour autant, l'attente très forte des acteurs en direction d'une sécurisation des coopérations conduit à préférer une approche par une loi - socle, accompagnée d'objectifs de déploiement et d'une évaluation après trois ou quatre années, cette évaluation pouvant conduire à améliorer certaines des modalités du SPTS comme le financement ou la gouvernance.

Pour la montée en charge, la loi pourrait comporter :

- la définition du SPTS : caractéristiques du service, approche ascendante contractuelle entre opérateurs en responsabilité populationnelle,
- le principe d'une gouvernance stratégique associant financeurs et acteurs dont les usagers,
- le lien avec la dynamique qualité et les modalités de relations avec les usagers du territoire,
- le droit d'accès aux données de santé du territoire, compte tenu de l'importance qu'il revêt pour la réalisation du diagnostic partagé et le suivi de la mise en œuvre.

La loi serait accompagnée des textes et référentiels ad hoc, en particulier ceux définissant à l'intention des acteurs locaux, le cadre d'implantation et d'organisation du SPTS, notamment:

- les attentes du niveau national en retour de la mise en place du SPTS,
- le rôle attendu de la part des ARS, en termes d'animation territoriale,
- d'éventuelles clarifications relatives à la terminologie : ce que recouvrent, à titre d'exemple, les termes « territorial » de Conseil Territorial de Santé (CTS) ou « local » de Conseil Local de Santé,
- ce qui est attendu d'un contrat territorial de santé,
- la définition et la composition des CTS (et des indications pour les CLS), tenant compte de la nécessaire composition intersectorielle du CTS,
- les modalités de réalisation des diagnostics partagés,
- la composition et les attributions du Comité Territorial de Relation avec les Usagers (CTRU)

En première approche, il est envisagé qu'au niveau régional la responsabilité des ARS, en lien avec les acteurs, porte prioritairement sur :

- le découpage territorial et local tenant compte des parcours des usagers et des modalités de travail des professionnels,
- la priorisation des territoires et des thématiques,
- la réalisation des diagnostics partagés permettant l'élaboration des projets territoriaux de santé,
- la composition effective des CTS et CLS tenant compte des thématiques abordées,
- la mise en place des CTRU,
- l'inscription dans les PRS des projets, issus des diagnostics partagés, ayant conduit aux contrats territoriaux de santé.

3.2 Il est recommandé de retenir un déploiement volontariste du SPTS sur des thématiques et des territoires prioritaires

Une fois la définition du SPTS inscrite dans la loi, il revient aux pouvoirs publics d'en définir **les modalités de montée en charge** et les mesures d'accompagnement. En effet, le SPTS est un processus de changement qui doit permettre les évolutions culturelles et le renouveau des pratiques professionnelles nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans la stratégie nationale de santé.

Ces modalités ont fait l'objet de débats au sein du groupe, tant les attentes exprimées à l'égard du SPTS sont fortes. Certains souhaiteraient une approche déterminée de couverture systématique du territoire. D'autres évoquent la priorisation des territoires, en particulier ceux liés à la politique de la ville. Les craintes de voir marginalisée la démarche SPTS (manque de portage politique, manque de financement, ...) ont été fortement exprimées.

Au regard de la démarche consubstantielle au SPTS, à savoir une démarche ascendante partant des besoins des usagers, les priorités de déploiement de SPTS, thèmes et territoires, devraient être définies à partir des diagnostics réalisés.

Pour autant, certaines thématiques, en lien avec la Stratégie Nationale de Santé devraient conduire à un déploiement volontariste sur des thématiques prioritaires.

Ainsi, le SPTS présente une très forte opportunité de rapprochement des acteurs de la psychiatrie / santé mentale avec les autres acteurs de la santé et du social : *la prise en compte du SPTS dans l'organisation de la psychiatrie / santé mentale sur tous les territoires pourrait donc être inscrite dès la loi – socle.*

Egalement, la prévention, axe numéro 1 de la stratégie nationale de santé, pourrait faire l'objet d'une démarche systématisée de diagnostic d'accès à la prévention sur tous les territoires et de déploiement de SPTS partout où cela sera nécessaire.

Enfin, il faut insister encore sur le fait que le changement fondamental des pratiques que cherche à impulser le SPTS ne pourra se faire que si les leviers de son déploiement sont effectivement actionnés et en particulier, la **mise en œuvre de nouvelles modalités de financements, de gouvernance et de pilotage, incitant réellement au travail en coopération et lui permettant de prendre corps.**

Le service public hospitalier

1. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER RENOVE

Le 4 mars 2013, lors de la remise du rapport d'Edouard COUTY intitulé « Pacte de confiance à l'hôpital », la Ministre des Affaires sociales et de la santé, Madame Marisol TOURAINE, déclarait :

« **Je souhaite réintroduire le service public hospitalier dans la loi** pour consacrer la spécificité des missions de l'hôpital public. Nous l'avons fait dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, dans les limites de ce qu'autorisait cette loi de finances. C'était un signal fort envoyé au monde hospitalier et aux missions qu'il accomplit autour du soin, de l'enseignement et de la recherche.

La loi de santé publique de 2014 sera pour nous l'occasion de définir avec précision ce que sera le service public hospitalier de demain. Ce que seront ses missions, ses acteurs, les droits et les obligations qu'il fera naître.

Il ne s'agit nullement de céder à une quelconque nostalgie ou de revenir à un âge d'or dont nul ne sait s'il a vraiment existé, mais de tenir compte des exigences nouvelles auxquelles est confronté l'hôpital, comme tout notre système de santé : vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, progrès techniques et thérapeutiques accélérés.

C'est pourquoi je veux résolument inscrire le service public hospitalier dans le service public territorial de santé. »

De même dans la feuille de route de la stratégie nationale de santé, il est indiqué :

« Comme annoncé dans le Pacte de confiance à l'hôpital, le monde hospitalier se situe de plain-pied dans la SNS, dans sa diversité : du CHU porteur de l'excellence de la recherche médicale et de la formation, à l'hôpital local qui, dans certains territoires, assure un rôle pivot dans la prise en charge de premier niveau, y compris dans ses prolongements (HAD, SSIAD, ...).

Cette ambition passe par une réaffirmation du service public hospitalier dans la loi. Initiée dès la LFSS pour 2013, elle sera complétée à l'occasion de la loi de santé de 2014, qui confortera les missions de soins, de formation et de recherche de l'hôpital en les adaptant aux exigences nouvelles auxquelles il est confronté. Le service public hospitalier doit être pleinement intégré au service territorial de santé, qui reconnaît, à l'égard des patients, une responsabilité collective à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. En étant acteur de la santé de la population d'un territoire, l'hôpital apportera sa contribution à la réduction des inégalités de santé. »

Le rétablissement du service public hospitalier est d'ores et déjà inscrit dans la politique de santé ; il reste à en définir plus précisément les modalités en précisant les besoins et attentes des usagers, le contexte européen dans lequel la démarche s'inscrit puis les principes et règles qui en découlent. Nous examinerons ensuite le rôle de l'hôpital au sein du SPTS.

1.1 La réponse aux besoins et attentes des usagers

L'exigence première de l'offre en santé est de répondre aux besoins des usagers, de tous les usagers indépendamment de leurs situations personnelles (sociale, économique, cognitive, géographique, en matière d'autonomie, ...).

Les usagers souhaitent pouvoir s'adresser au service public hospitalier en toute confiance : qualité et pertinence sont donc des propriétés indispensables comme pour toute offre en santé. Les principes de service public inscrits en droit français (continuité, égalité et donc accessibilité, neutralité, adaptabilité) offrent les modalités de réponse au regard de cette exigence. La question de la réintroduction du service public hospitalier implique donc en toute logique l'examen des principes de service public que doivent respecter les acteurs du SPH. Mais il y a lieu de resituer la réflexion dans le contexte communautaire, même si la marge de manœuvre laissée aux Etats membres par le cadre communautaire est, comme nous le verrons, diversement apprécié par les fédérations hospitalières.

1.2 L'inscription dans le contexte européen

1.2.1 L'évolution de la législation française

Le service public hospitalier résulte des ordonnances de 1958 et de la loi portant réforme hospitalière de 1970. Elle prévoyait que les établissements publics de santé étaient de droit SPH. Les établissements privés à but non lucratif pouvaient être admis à participer au SPH (PSPH) à leur demande et sur décision de l'autorité compétente, et pour la totalité de leur activité. Les établissements privés à but lucratif pouvaient entrer dans l'exécution du SPH par le biais d'un contrat de concession de service public. Les obligations de service public définies pour les établissements publics et privés non lucratifs PSPH s'appliquaient à l'ensemble de l'activité de l'établissement exécutant le SPH, à l'exception des établissements privés à but lucratif concessionnaires pour lesquels les obligations concernaient uniquement l'activité concédée.

En 2009, la loi HPST a supprimé toute définition du SPH. Elle a instauré une approche fonctionnelle avec une liste de 14 missions de service public susceptibles d'être ouvertes à tous les acteurs sous réserve qu'ils respectent les obligations définies par le CSP⁷ sur ces missions : égal accès ; qualité des soins ; continuité ; prise en charge à tarifs réglementés ; certaines permanences d'accueil... Les professionnels hospitaliers ont très mal ressenti le fait d'exclure les activités de soins du périmètre naturel du service public hospitalier, et celui de placer sur un même plan pour l'attribution des missions de service public tous les établissements quel que soit leur statut. C'est dans un deuxième temps que la Loi dite Fourcade d'août 2011 a introduit l'idée que les missions de service public ne pouvaient être attribuées à des opérateurs privés commerciaux « qu'en cas de carence » des acteurs historiques du SPH, publics et privés non lucratifs ESPIC (ou PSPH).

1.2.2 Les règles communautaires

La notion de « *service d'intérêt économique général* » (SIEG) est un concept communautaire d'origine jurisprudentielle qui ne se superpose pas avec celui de SPH.

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, a présenté la façon dont le droit communautaire intervient dans l'organisation et le financement des systèmes de soins de chaque Etat membre⁸. Ainsi les principes de libre circulation des personnes et des services (et donc d'une concurrence non faussée⁹) s'appliquent au secteur sanitaire. Toute dotation ayant pour effet de favoriser un secteur d'activité ou d'entraver une libre

⁷ Art. L. 6112-3, L. 6112-3-1, L. 6112-6 CSP.

⁸ Et ce, nonobstant l'article 168 du traité de Lisbonne disposant que les services de santé sont de la responsabilité des Etats membres.

⁹ L'article 101 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne dispose que sont incompatibles avec le marché commun toutes décisions qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché commun.

concurrence est donc illégale¹⁰. En effet, la cour de justice de l'Union Européenne a reconnu les soins médicaux comme étant des services.

Ainsi, même si les soins ont été exclus de l'application de la « directive Service », le corpus juridique communautaire « général » demeure applicable¹¹. Le secteur sanitaire n'est cependant pas un secteur commercial ordinaire. Dès lors, le droit communautaire prévoit que les services de santé, dans l'exercice de leurs obligations particulières doivent être considérés comme des services d'intérêt économique¹² général (SIEG). Ces services peuvent être attributaires d'aides d'État, sans pour autant que cela ne constitue en soi une violation du droit communautaire. Un certain nombre de critères doivent à ce titre être satisfaits¹³ :

1. L'existence d'un mandat d'exécution d'obligations de service public ;
2. Des paramètres de calcul de la compensation du coût occasionné par l'exécution des obligations de service public établis préalablement ;
3. La compensation ne doit pas dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir, ces coûts, étant admise la possibilité d'un bénéfice commercial raisonnable.

Il y a donc un réel enjeu dans la définition des obligations de service public et de ce qui les distingue des obligations qui s'imposent à tous les acteurs de santé.

Pour certaines fédérations hospitalières et d'autres acteurs de la concertation, le droit communautaire est ainsi exagérément mobilisé dans cette présentation. Elles soulignent *a contrario* que la règle de l'unanimité s'impose en matière de santé au niveau européen, marquant l'implication minimale des instances communautaires dans le secteur de la santé, par rapport aux décisions prises par les Etats membres. Ils soutiennent qu'il est loisible aux Etats membres de considérer que les activités de santé ne ressortissent pas d'un bien marchand, et d'élaborer une « doctrine de service public », puisque certains pays prohibent l'intervention d'acteurs de statut commercial dans les activités de santé (Pays-Bas) ou dans les activités de soins financées par la solidarité nationale (Angleterre).

De plus, soulignent elles, le faible volume des échanges transfrontaliers en matière de santé – peu de patients passent d'un pays à l'autre dans une approche concurrentielle entre services de santé, proportionnellement – laisse peu de place à une interprétation d'un régime juridique national qui contreviendrait gravement au principe de libre concurrence au sein du marché intérieur européen.

Enfin, elles indiquent que des principes de droit français, de rang élevé comme le principe d'égalité devant les charges publiques, peuvent s'avérer tout aussi forts et exigeants pour établir la nécessité d'objectiver le juste financement des missions des établissements de santé.

¹⁰ Plus communément appelées des « aides d'Etat », ces dotations doivent être publiques, présentées des avantages sélectifs, fausser ou menacer de fausser la concurrence et affecter les échanges entre Etats membres (la commission n'applique cependant jamais cette quatrième condition dans le secteur sanitaire).

¹¹ Voir en ce sens le paquet ALMUNIA du 20 décembre 2011.

¹² La notion de système concurrentiel peut motiver la qualification d'activité économique. Ainsi, les établissements exerçant dans un système Bismarckien (c'est le cas en France) peuvent être considérés comme des entreprises (la concurrence entre opérateurs induit la présence d'activités économiques).

¹³ Plusieurs plaintes ont d'ores et déjà été déposées devant la Commission européenne. Le tribunal de l'Union européenne vient de rendre un premier verdict à l'encontre d'hôpitaux belges percevant des dotations compensant la prise en charge de la précarité : en l'absence de critères de compensation établis préalablement, la décision de la commission européenne ayant jugé que ces dotations étaient légales a été annulée.

1.3 Des principes ou obligations de service public à respecter sur l'ensemble de l'activité

La loi HPST a abrogé les dispositions relatives au SPH, mais elle n'a pas pour autant entendu supprimer les obligations générales qui peuvent incomber aux établissements de santé à l'égard des patients, notamment l'obligation faite aux EPS et ESPIC de fonctionner en tarifs opposables pour l'intégralité de leurs activités de soins. Aussi est-il proposé de réintroduire le lien entre SPH et les obligations qui y sont inhérentes, et de préciser, à partir des principes généraux du service public, les obligations applicables à l'ensemble des missions des acteurs du SPH, donc bien sûr les missions de soins, et l'ensemble des exigences qui en découlent.

1.3.1 Neutralité

Ce principe renvoie à l'obligation de non - discrimination des patients, notamment pour des motifs d'ordre moral, politique, religieux ou financier : « *Le service public doit être guidé par l'intérêt général sans être influencé par l'intérêt privé* ».

La déclinaison de ce principe dans le champ du SPH conduit à imposer aux acteurs d'accueillir tous les patients. Cette obligation s'impose déjà à l'ensemble des acteurs de soins, dans la mesure où ils doivent, quel que soit leur statut, donner les soins immédiats que nécessite l'état du patient. La déclinaison de ce principe n'introduit donc pas de spécificité pour les acteurs du SPH. Par ailleurs, le principe de neutralité est présenté comme un corollaire du principe d'égalité développé ci-après.

1.3.2 Egalité d'accès aux soins

L'application de ce principe au SPH conduit à garantir, sur un territoire donné, l'accès de tous, sans discrimination, à une offre de soins hospitalière, financièrement et géographiquement accessible. Le SPH doit s'adapter aux contraintes démographiques, à la raréfaction de certaines catégories de professionnels dans certaines zones géographiques et dans certaines spécialités.

Le principe d'égalité se décline donc en celui d'accessibilité financière, géographique et pour tous quels que soient leur situation ou leurs handicaps (moteur, sensoriel, cognitif, psychique, ...).

- **Accessibilité financière** : compte tenu du système actuel de prise en charge des dépenses de santé, l'accessibilité financière s'évalue en fonction du reste à charge pour les usagers, reste à charge qui ne doit pas être dissuasif, mais au contraire garantir l'accès aux soins hospitaliers pour tous les patients.

Il convient de souligner que cette obligation est déjà applicable pour les établissements publics et les ESPIC pour l'ensemble de leurs missions. Elle se traduit actuellement par l'application du tarif de responsabilité et l'absence de dépassement d'honoraire pour les médecins libéraux.

La FEHAP propose de retenir une approche plus large portant davantage sur la notion de tarif opposable « pour le patient » que sur celle du tarif opposable du seul point de vue du professionnel ou de l'établissement. L'évolution proposée consisterait à se fixer une cible de « zéro reste à charge pour le patient après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires, dès lors qu'un établissement de santé se situe dans le service public hospitalier, quel que soit son statut. La FEHAP et UNICANCER proposent également et conjointement qu'une compensation budgétaire puisse intervenir pour les établissements de santé, quels que soient leurs statuts publics ou privés, qui fonctionnent sans *aucun* dépassement d'honoraires en leur sein.

Par ailleurs, dans le secteur ex-dotation globale, le reste à charge patient n'est pas basé sur le tarif national (GHS et autres) mais sur le tarif journalier de prestation (TJP) fixé par les ARS. Or, depuis quelques années, il est constaté une augmentation importante de ces tarifs créant à la fois des inégalités entre les établissements, mais surtout des restes à charge parfois très élevés pour le patient, en particulier pour les séjours de médecine. ***Le projet de réforme des modalités de calcul du ticket modérateur*** au sein de ce secteur est donc à envisager comme corollaire de la réintroduction du SPH.

Enfin, la question de ***l'activité libérale de certains médecins hospitaliers*** (4 600 environ, soit moins de 10% des praticiens hospitaliers) a un impact en termes d'égalité d'accès aux soins (en effet, si les usagers de « clientèle privée » bénéficient d'une file d'attente moins importante, donc de délais de prise en charge plus courts, ils doivent acquitter généralement des dépassement d'honoraires, parfois extrêmement importants). Dans son rapport de mars 2013 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la santé, Madame Dominique LAURENT a retenu comme priorités celle de « favoriser la bonne application des textes en vigueur, de développer l'autodiscipline de la profession et renforcer le rôle des institutions chargées du contrôle et de la sanction des abus. La pérennité de l'activité libérale exige en effet qu'elle soit irréprochable ». Si l'activité libérale à l'hôpital s'explique par le fait de rendre plus attractif l'exercice hospitalier pour certains praticiens, il n'en reste pas moins que ***le principe de l'égalité d'accès aux soins est en échec devant la pratique libérale à l'hôpital avec dépassements d'honoraires.***

Pour surmonter ces difficultés, il conviendrait de prévoir a minima que l'établissement soit en mesure de permettre aux patients un accès dans des délais adaptés sans dépassement d'honoraires, y compris sur des activités où l'un des praticiens exerce une activité libérale.

- **Accessibilité géographique** : maintenir un tissu d'offre suffisant sur l'ensemble du territoire

Cette obligation implique le maintien d'une offre indispensable sur un territoire. D'un point de vue juridique, cette obligation existe déjà pour les établissements publics de santé (articles R.6141-11 et R. 6141-12 CSP¹⁴).

Le respect de cette obligation peut justifier l'attribution d'un financement complémentaire si l'activité de l'établissement n'est pas viable économiquement dans le modèle actuel afin d'assurer le maintien de la structure. Si le sujet concerne essentiellement le secteur public, certaines structures privées peuvent être également concernées.

La réforme du financement des activités isolées s'inscrit dans ce cadre puisqu'elle a pour objectif de définir un modèle de financement spécifique pour conforter des activités nécessaires, mais non équilibrées économiquement, afin d'assurer le maillage de l'offre de soins.

1.3.3 Continuité

Ce principe renvoie à une obligation de disponibilité visant à garantir un accès permanent ou régulier à l'offre de soins. Le respect de cette obligation peut prendre des formes diverses puisque celle-ci peut se traduire, en fonction des compétences des établissements, par une obligation d'accueil, voire de réorientation du patient vers l'établissement le plus proche apte à dispenser les soins requis. Assurer la coordination entre établissements est donc nécessaire pour garantir la continuité du service public.

Le respect du principe de continuité implique :

- Réponse à la demande de soins non programmés par la mise en place d'une organisation adaptée (contraintes de travail pour les professionnels de santé, d'organisation et de fonctionnement pour l'établissement) ;
- Participation à l'obligation de continuité territoriale du SPTS : au-delà des seules structures hospitalières, les établissements acteurs du SPH doivent se coordonner avec les autres acteurs de santé en amont et en aval pour fluidifier les prises en charge (retour à domicile favorisé, lien ville - hôpital...) ;
- Restriction du droit de grève avec obligation d'un service minimum ou exercice du pouvoir de réquisition du personnel gréviste par le directeur d'établissement.

1.3.4 Adaptabilité

Ce principe impose aux établissements acteurs du SPH d'une part, de s'adapter aux besoins des usagers et d'autre part, d'être en capacité de proposer des services éprouvés et en lien avec les avancées technologiques.

Plusieurs déclinaisons de cette obligation sont envisageables :

- Garantir un fonctionnement transparent avec une implication des usagers dans les instances de gouvernance (lien avec les propositions issues du rapport COUTY et avec la mission de Mme COMPAGNON sur la participation des usagers),
- Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles, d'où le nécessaire développement de la politique de qualité et de sécurité (certification, accréditation, juste prescription, DPC¹⁵),
- Assurer la complémentarité en participant à des actions coordonnées de santé publique et plus largement d'amélioration des parcours, en particulier au sein des SPTS.

Les dynamiques de qualité et d'efficience s'imposent à tous les acteurs de santé, et donc à tous les acteurs du SPH.

A ce sujet, M. Frédéric VALLETOUX, président de la Fédération hospitalière de France, dans sa lettre à Madame la Ministre Marisol TOURAINE, souligne que la FHF est « pour le rétablissement d'un service public hospitalier fort et dynamique, inscrit dans la double exigence de qualité et d'efficience que nous appelons tous de nos vœux ».

Il est proposé que *la réintroduction dans la loi du service public hospitalier s'accompagne d'une définition des obligations de service public et de leurs déclinaisons pour ce service et qu'elles s'imposent dans leur intégralité aux acteurs du SPH, sur l'ensemble de leur activité, sans présumer du statut juridique des acteurs.*

1.4 Des règles complémentaires à observer

En complément des obligations de service public, les acteurs hospitaliers se sont prononcés pour la prise en compte d'autres règles que les établissements acteurs du SPH devraient respecter, afin de mieux répondre aux attentes des usagers et aux exigences liées au développement de la démocratie en santé.

¹⁵ Développement Personnel Continu
Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

D'une part, il est souligné que les acteurs qui concourent au SPH doivent **assurer la permanence des soins**.

De plus, il est fait remarquer que d'autres demandes sociales fortes doivent être prises en compte dans la démarche de rétablissement du service public hospitalier et valorisées :

- la réduction des délais d'attente, qui doivent être maîtrisés précisément pour certains actes et séjours,
- l'objectif de zéro reste à charge en établissement de santé de service public hospitalier, après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires,
- l'absence de dépassements d'honoraires qui caractérise les établissements de santé privés non lucratifs.

Il est certain que la **réduction des délais d'attente** pour l'obtention d'un rendez-vous devrait effectivement faire l'objet d'un suivi plus attentif et être régulièrement communiqués à la CRUQPC de l'établissement, d'autant qu'il est directement en lien avec la régulation et le contrôle de l'activité libérale éventuelle de praticiens hospitaliers publics. Il y va en effet de l'accessibilité pour tous. Le plan Cancer III a clairement identifié cet enjeu. Le suivi des délais d'attente (au sens de retard pour le rendez-vous, ou heures d'attente en urgences, ou avant d'aller en salles d'opération) pourrait également utilement faire partie d'un tableau de bord de la qualité dans l'établissement.

Ainsi il est proposé que les établissements participant au SPH suivent en continu certains délais d'attente-clés, voire soient tenus de respecter un délai d'attente maximum dans certains cas précisément déterminés .

Une participation des usagers à la gouvernance de l'établissement, plus importante qu'elle ne l'est définie actuellement, devrait faire partie des règles liées au SPH. Le rapport COUTY soulignait que « pour parvenir à infléchir davantage les prises de décision dans une logique de service plutôt que celle de défense des acquis ou de concurrence, il est nécessaire d'accroître le pouvoir d'influence des usagers sur les décisions ». La participation des usagers devrait se trouver renforcée, c'est un axe de la stratégie nationale de santé.¹⁶

Par ailleurs, **la transparence des comptes d'exploitation** devrait s'imposer à tous les acteurs du SPH afin d'assurer les conditions d'un contrôle démocratique de l'utilisation de fonds publics. Les acteurs du SPH doivent être tenus de transmettre une fois par an leurs bilans et comptes d'exploitation certifiés à l'ARS de la région où ils sont implantés, ainsi que la liste et la nature des conventions réglementées. Il serait logique d'établir également une obligation de déclaration publique d'intérêt des administrateurs, membres des instances de gouvernance des établissements de santé du SPH.

1.5 Le service public hospitalier à réintroduire en bloc

Il ressort des travaux de la mission et conformément aux recommandations du rapport COUTY, le souhait de voir rétabli le service public hospitalier en bloc sur l'ensemble des activités de l'établissement.

¹⁶ Ce point est largement développé dans le rapport de Mme Compagnon, « l'an II de la démocratie sanitaire »
Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

1.6 Les acteurs du SPH

Pour certains, il faut établir un lien clair entre le SPH et le portage « naturel » par le secteur public et le secteur privé non lucratif, au titre de la règle du désintéressement des dirigeants (administrateurs) et de la non-lucrativité par principe du service public hospitalier.

Conformément à une approche privilégiant le service rendu à l'utilisateur, il est proposé de considérer que les acteurs du service public sont ceux qui respectent les obligations du service public ainsi que les règles énoncées ci-dessus sur l'ensemble de leur activité.

Ce qui revient à dire, que les établissements publics sont de principe acteurs du service public puisqu'ils sont tenus de respecter les obligations de service public. Les établissements privés non lucratifs, ex PSPH, le sont également sauf s'ils se déclarent non intéressés.

Les établissements privés à but lucratif peuvent l'être s'ils respectent les règles et obligations sur la totalité de leur activité et s'ils en font la demande auprès de l'ARS qui statuera sur la validité de la demande.

Lors des travaux de la mission, un point d'attention particulier a été souligné par la DGOS sur « l'effet cliquet » : un retour à la situation antérieure n'est pas impossible, mais rendu difficile par la mise en œuvre de la loi HPST, en particulier concernant l'attribution de certaines missions de service public aux établissements de santé privés (ex : PDSES).

Ce point est très fortement contesté par les fédérations comme le font apparaître les contributions parvenues. En effet, pour la FHF, la FEHAP et UNICANCER, la définition retenue devrait être à la fois organique (par le statut des acteurs) et fonctionnelle (par les obligations), ce qui renvoie à la marge de manœuvre que les Etats peuvent avoir ou non au regard des règles communautaires. *La mission n'a pas permis de trancher cette question, mais a restitué les termes du débat ; le choix à effectuer relève d'une appréciation d'opportunité politique et d'analyses juridiques plus approfondies.*

Par ailleurs, **en cas de carence d'acteurs du SPH sur un territoire**, il y aura lieu de définir les conditions et modalités de contribution des établissements privés lucratifs au service public hospitalier, comme les compensations apportées à cet engagement, en lien avec une modification du droit d'autorisation des activités.

1.7 Les missions de formation, d'innovation et de recherche incluses dans les activités génériques

A l'issue des travaux de la mission, il est proposé de faire disparaître les 14 missions de service public introduites par la loi HPST et d'inclure les missions de formation, d'innovation et de recherche dans les activités génériques des établissements de santé.

2. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ACTEUR DU SPTS

Dans la stratégie nationale de santé (version longue), il est indiqué sous le chapitre « Les établissements hospitaliers et médicosociaux, au cœur d'un service public rénové » :

« Cette ambition passe par **l'affirmation du service public hospitalier** dans la loi. Initiée dès la LFSS¹⁷ pour 2013, elle sera complétée à l'occasion de la loi de santé 2014, qui confortera les missions de soins, de formation et de recherche de l'hôpital en les adaptant aux exigences nouvelles auxquelles il est confronté. Le service public hospitalier doit être pleinement intégré au service territorial de santé, qui reconnaît, à l'égard des patients, une responsabilité collective à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. En étant acteur de la santé de la population d'un territoire, l'hôpital apportera sa contribution à la réduction des inégalités de santé. »

Les établissements contribuant au service public hospitalier s'inscrivent dans l'offre en santé du territoire ou des territoires sur lesquels leur intervention est pertinente. De fait, comme le souligne le rapport COUTY, « le territoire de référence n'est pas identique selon que l'on organise l'accueil des urgences, la gériatrie ou la neurochirurgie ou encore les activités de greffe d'organes ».

Ainsi, les établissements hospitaliers acteurs du service public hospitalier ont une obligation de coopération à plusieurs dimensions :

- Les coopérations inter-établissements,
- Les coopérations le long du parcours de santé des personnes avec les acteurs du soin, du médicosocial et du social, en particulier, au sein du service public territorial de santé.

Les coopérations inter-établissements ont un premier objectif, celui d'organiser la graduation de l'accès aux soins. C'est à partir de ce principe de graduation que les SROS sont organisés. Ce n'est pas le lieu de revenir en détail sur les rôles respectifs des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres hospitaliers (CH) et des hôpitaux de proximité, le rapport COUTY est explicite à cet égard.

Mais il faut aller plus loin que la graduation de soins et considérer que l'obligation de coopération doit conduire les établissements d'un territoire à concevoir leurs apports respectifs comme complémentaires au regard de l'atteinte des objectifs fixés. Ainsi, la gestion des compétences et l'optimisation des plateaux techniques devraient se concevoir au niveau des territoires et non au sein de chaque établissement seulement. Les acteurs se déclarent prêts à mettre en œuvre cette approche, sur la base de conventions qu'ils passeraient volontairement les uns avec les autres, la CHT ou le GCS n'étant pas les solutions indispensables en toutes circonstances. Mais les modalités actuelles de financement des activités ne permettent pas que la coopération devienne si aisément une réalité.

Par ailleurs, l'hôpital a sa place, toute sa place mais rien que sa place à tenir au sein du parcours de santé des personnes. Aucun acteur de santé ne peut assurer à lui seul la réponse aux besoins de santé d'une personne ou d'une population. C'est à partir de ce constat, qu'il est apparu indispensable d'introduire l'obligation de coopération dans la définition du SPH.

Ainsi les acteurs du SPH ont tout leur rôle à jouer au sein du SPTS, dans l'appui qu'ils se doivent d'apporter à sa dynamique de déploiement. En premier lieu, ils sont en mesure de contribuer activement au diagnostic territorial initial par la connaissance fine qu'ils ont des besoins de soins des personnes et des réponses à y apporter du fait de leur expertise médicale et paramédicale. **Ils doivent nécessairement participer au diagnostic territorial.**

¹⁷ Loi de Financement de la Sécurité Sociale
Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

Ils ont également toute leur place à jouer pour :

- Contribuer à l'information et l'orientation des usagers dans le cadre des guichets uniques qui seront mis en place,
- Contribuer à l'élaboration d'un projet territorial de santé pour répondre aux besoins prioritaires du territoire,
- Entrer dans la contractualisation avec les autres acteurs de santé, dans le cadre du contrat territorial de santé, pour s'engager sur des modalités communes d'orientation, de prises en charge ou d'accompagnement pour garantir la continuité de l'offre en santé sur le territoire, et de mutualisation de compétences rares qu'ils sont souvent les seuls à pouvoir faire venir et maintenir dans les territoires.

Les établissements hospitaliers de tous statuts, ont donc toute leur place dans le tour de table des conseils locaux et territoriaux de santé, mais pas nécessairement la place de pilote. Si l'on veut, comme souhaité au sein de la stratégie nationale de santé, faire la révolution du premier recours, il faut organiser et faciliter l'accès au recours et à l'expertise par les acteurs du premier recours, mais non organiser les coopérations autour ou à partir de l'hôpital.

Les conseils locaux et territoriaux vont permettre de fixer les cadres de coopération pour une meilleure proximité de relation entre les différents acteurs.

En participant au SPTS, les établissements acteurs du SPH vont développer leurs liens avec la médecine de ville, tous les intervenants du premier recours dont les acteurs du domicile et les acteurs du social et du médico-social.

Leur rôle est bien entendu essentiel dans **l'organisation de l'accès aux urgences et aux soins non programmés** ainsi que dans la mise en place d'organisations territoriales permettant la juste orientation des usagers vers les structures de ville ou hospitalières les plus adaptées à leur état de santé.

Ils ont également un rôle majeur à jouer dans le cadre d'un secteur psychiatrique rénové où, au-delà des moyens hospitaliers, les partenaires du monde libéral, les collectivités territoriales, les établissements sociaux et médico-sociaux concourent ensemble à une amélioration de la réponse apportée aux personnes en situation de souffrance ou maladie psychiques.

En conclusion, il est proposé que le service public hospitalier soit réintroduit dans la loi à partir des obligations qu'il doit remplir et des règles qu'il doit respecter. C'est une définition dynamique dans la mesure où elle engage les acteurs concernés, mais aussi les pouvoirs publics qui auront à s'assurer du respect de ces règles et obligations. C'est une définition qui se préoccupe en premier lieu du service rendu aux usagers.

Les acteurs du service public hospitalier ont parmi leurs obligations de contribuer aux services publics territoriaux de santé et ainsi de rentrer en coopération avec les acteurs des différents secteurs (soins, accompagnement à domicile ou en établissement, social, ...) des territoires afin d'améliorer les parcours de santé des usagers et contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Annexes

A1. MEMBRES DU GROUPE PLENIER

ADESM : Gilles MOULLEC

ADESSADOMICILE : Aurore ROCHETTE

AMUF /CGT : Christophe PRUDHOMME (réunion du 18 septembre 2013 uniquement)

ANEMF : Mathieu LEVAILLANT, Nicolas ROMAIN-SCELLE

Association des départements de France : M. Claudy LEBRETON

Association des maires de France : Jacques PELISSARD

Association des régions de France : Alain ROUSSET, Madeleine NGOMBET

ATD Quart Monde : Pierre-Yves MADIGNIER

Avenir hospitalier : Bertrand MAS, Pascale LE PORS

CFDT : Nathalie CANIEUX

CFE-CGC : Carole COUVERT, Thierry AMOUROUX

CFTC : Michel ROLLO, Christian CAILLEU, Christian CUMAIN

CGT : Nathalie GAMIOCHIPI, Emmanuel MAISSONNIER, Philippe CREPEL

CIH : Agnès MARIE-EGYPTIENNE, Guillaume BLANCO

CI : AFFERGAN Marcel

CH-FO : Christian GATARD, Hélène THALMAN

CMH : Didier THEVENIN, Martine MARCHAND, Rémy COUDERC, Jean- Gérard GOBERT, Claudine AZOULAU

CNDEPAH : Marie-Hélène ANGELLOZ-NICOUD, Gaël CORNEC

CNAMTS / UNCAM : Frédéric VAN ROEKEGHEM, Michel MARTY

CONSEIL NATIONAL de l'Ordre des Médecins : Patrick BOUET

Collectif Interassociatif Sur la Santé : Claude RAMBAUD, Nicolas BRUN, Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, Daniel CARRÉ

Collectif des associations réunies : Yves ATTOU

Collège des DG d'ARS : François DUMUIS

Conférence des présidents de CME de CHU : Guy MOULIN

Conférence nationale des directeurs de CH : Didier HOELTGEN

CSMF - Confédération des Syndicats Médicaux Français : Michel COMBIER, Luc DUQUESNEL

Conférence nationale des directeurs généraux de CHRU : Guy MOULIN, Jean-Pierre CANARELLI

Conférence nationale des Présidents de CME des CHS : Christian MULLER, Sylvie PERON, Agnès METTON

Conférence nationale des Présidents de CME des hôpitaux généraux : Pierre FOUCAUD, Pascal FORTIER

Conférence nationale des Présidents de CME, FEHAP : Francis ZANASKA

Conférence nationale des Présidents de CME, FHP : Jean-Luc BARON

CPH (Praticiens hospitaliers) : Pierre FARAGGI, Jean-Claude PENOCHET

CSMF - Confédération des Syndicats Médicaux Français : Michel COMBIER, Luc DUQUESNEL

CNUH : Pierre CARLI

DGOS : Natacha LEMAIRE, Samuel PRATMARTY, Christine BRONNEC, Adeline TOWNSEND, Charlotte NEUVILLE

DIHAL, Délégation Interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement : Alain REGNIER, Pascale ESTECHACANDY

FFMPS, Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé : Pierre DE HAAS, Michel SERIN

FAMCO, Fédération des médecins coordinateurs d'EHPAD : Jean-Alain MARGARIT

FEHAP : Antoine DUBOUT, David CAUSSE, Stéphanie ROUSVAL

FHF : Gérard VINCENT, René CAILLET, Florence MARTEL
FHP : Jean-Loup DUROUSSET, Elisabeth TOMÉ-GERTHEIRICHS, Michel COUHERT, David CASTILLO
FMF, Syndicat médecine libérale : Jean-Paul HAMON, Dr LEFEBURE
FNARS : Maryse LEPÉE
FNCS, Fédération nationale des centres de santé: Richard LOPEZ, Hélène COLOMBANI
FNEHAD : Eric GINESY, Anne DABADIE
FNI : Philippe TISSERAND
Fédération des SSIAD : Nicole FARGET
FO : Didier BERNUS, Hervé ROCHAIS, Luc DELRUE
FSPF : Philippe GEARTNER
France-Alzheimer : Marie-Odile DESANA
INPH : Rachel BOCHER, Jean-Michel BADET, Michel TRIANTAFYLLOU
ISNAR-IMG : Julien POIMBOEUF, Emmanuel BAGOURD, Elodie HERNANDEZ
ISNCCA : Julien ADAM
ISNIH : Emmanuel LOEB, Lionel BARRAND
MG France : Claude LEICHER, Bernard PELDRAN, Marie-Hélène CERTAIN
Ministère de l'Éducation nationale : DGESCO santé scolaire : Jean-Paul DELAHAYE, Jeanne-Marie URCUN
MUTUALITE de France : Etienne CANIARD
MUTUALITÉ Française : Dominique LEBRUN, Sylvie GUERIN
ONSIL : Béatrice GALVAN
Président de la conférence des doyens de médecine : Dominique PERROTIN
RNOGCS (regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé) : Laurent EVEILLARD
SECRETARIAT GENERAL : Pierre-Louis BRAS, Marie-Claude HITTINGER
Service de santé des Armées : Yves AUROY
SML : Sophie BAUER, MICHEL CHASSANG
SMPS : Christophe GAUTIER, Olivier FALAGA, R. SANQUIER
SNAM-HP : Sadek BELOUCIF, Jean-Pierre ESTERNI
SNIL : TOUBA Annick, John PINTE
SNMPMI : Elisabeth JUDE-LAFITE
S O S MEDECINS : Dominique RINGARD, Serge SMADJA, Dr GUERIN
SPF - Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie : Maurice BENSOUSSAN
SUD SANTE-SOCIAUX : Patricia GARCIA
SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT
SYNERPA : Florence ARNAIZ-MAUME, Nelly BAUDRON
UFMICT-CGT : Thomas DEREGNAUCOURT
UNA : Union Nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles : André FLAGEUL, Line LARTIGUE, Yves VEROLLET
UNAFAM : Philippe CHARRIER, Jean-Claude MATHA
UNAPEI : Chrystel PRADO
UNICANCER : Pascale FLAMANT, hélène HESPEROU, Sandrine BOUCHER
UNIOPSS : Dominique BALMARY,
URIOPSS Ile-de-France : Michèle ESTRAILLER
UNPS : Pierre LEPORTIER, Patrick PERIGNON
UNR Santé : François BOUE, Gérard MICK
UNSA : Françoise KALB, Willy KALB, Karine ROGER, Sylvie SAQUE
USPO : Gilles BONNEFOND, P. GELBHART
USMCS : Alain BEAUPIN
Personnalité Qualifiée : Pierre ALÉGOËT

Personnalité Qualifiée : Jean-Noël CABANIS

Personnalité Qualifiée : Paul CASTEL

Personnalité Qualifiée : Bertrand FENOLL

Personnalité Qualifiée : P. GIBELIN

Personnalité Qualifiée : André GRIMALDI

Personnalité Qualifiée : Guy LEGAL

Intervenant : Pierre BLAISE, ARS Pays-de-Loire

Intervenant : Bruno FAVLCONNIER, Directeur du CH de Niort

A2. DEROULEMENT DES TRAVAUX

A2.1 Le calendrier des plénières et ateliers :

DATE	HEURES	SÉANCES
18/09/2013 Après-midi	Plénière	Lancement
03/10/2013 Matin	atelier	Offre de proximité
10/10/2013 Après-midi	atelier	Personnes en perte d'autonomie (âgées, handicapées,...)
16/10/2013 Après-midi	atelier	Maladies chroniques dont Santé mentale
23/10/2013 Après-midi	atelier	Soins non programmés et urgences
06/11/2013 Après-midi	Plénière	Premières propositions
14/11/2013 Matin	atelier	SPH
20/11/2013 Après-midi	atelier	Prévention
27/11/2013 Après-midi	atelier	Précarité
17/12/2013	Plénière	finalisation

A2.2 Les comptes rendus des plénières et ateliers :

A2.2.1 Compte-rendu de la plénière du 18 septembre 2013 : Lancement

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Compte-rendu

Ministère de la Santé, salle Laroque

14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Introduction

En septembre 2012, le Groupe 1 de la mission COUTY réunissant une soixantaine de professionnels du monde hospitalier public et privé débutait ses travaux. Le constat était le suivant : le système de santé ne peut pas être hospitalo-centré : Il doit s'ouvrir à la coopération dans le but d'améliorer le parcours de santé des usagers. Les travaux du Groupe 1 ont fait émerger la notion de *service public territorial de santé* (SPTS). Les principes du SPTS font partie intégrante de la Stratégie nationale de santé (SNS)¹⁸.

Cette première réunion plénière (une centaine d'acteurs conviés représentant les champs sanitaire, social et médico-social) a pour objectif de présenter les grands axes de travail à venir pour la construction du SPTS et du SPH. Il s'agit de dégager un consensus et de formuler des propositions claires pour préparer l'élaboration de la loi de santé publique 2014.

Synthèse des présentations

Présentation de Bernadette DEVICTOR

Les objectifs de la mission

Cette mission s'inscrit dans la SNS. Il s'agit de décliner de manière opérationnelle les principes du SPTS et du SPH en proposant des outils juridiques.

¹⁸ Dans le rapport des Sages sur la SNS, le SPTS est évoqué dans 6 des 19 recommandations.

L'objectif n'est pas d'établir un rapport mais de porter des propositions concrètes susceptibles d'être reprises dans la future loi de santé publique.

Les orientations du groupe 1

Le SPTS est avant tout une organisation qui permet de répondre aux besoins de santé sur un territoire. Il constitue un mode de réponse privilégié qui vient combler les attentes fortes des usagers en termes de continuité des prises en charge et accompagnement. Le SPTS est aussi une nouvelle approche de l'offre en santé sur le territoire réunissant l'ensemble des acteurs qui partagent la responsabilité de l'état de santé de la population. C'est donc avant tout un espace de coopération. Il est nécessaire de stabiliser les cadres de coopération en reconnaissant ces espaces (labellisation) dans le but de les pérenniser. Le SPTS constitue un mode d'organisation où les acteurs se concertent, se mobilisent et affichent une volonté commune de travailler ensemble. Les ARS ont vocation à jouer un rôle facilitateur et accompagnateur.

Les outils concrets de mise en œuvre du SPTS restent à clarifier. Le sens de la démarche envisagée est ascendante et non-prescriptive, laissant ainsi de la marge de manœuvre aux acteurs pour s'organiser, sur la base d'un cadre posé au niveau national. Les modalités juridiques (conventions, contrat territorial de santé...) restent à définir.

La réintroduction et la rénovation du SPH

L'objectif est de rétablir un SPH rénové, ce qui pose la question du devenir des 14 MSP. Ce point fera l'objet d'une réflexion ultérieure menée lors de l'atelier SPH.

La question du modèle de financement, qui accompagnera ces concepts de SPTS et SPH est posée et sera traitée en ce qui concerne l'activité hospitalière, en lien avec le Comité de réforme de la tarification à l'activité hospitalière (CORETAH).

Présentation de la DGOS

L'objectif de la réforme SPTS

Au regard de la SNS, le SPTS répond à un double objectif : la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et l'amélioration de la santé du point de vue du service rendu au patient.

Les contours du SPTS

Il est important de préciser les caractéristiques du SPTS afin de ne pas faire rentrer tout le système de santé dans le dispositif du SPTS. Celui-ci doit en effet apporter une valeur ajoutée. Ainsi, trois grands critères sont proposés :

Le SPTS est une organisation territoriale entre acteurs : un acteur seul ne peut réaliser le SPTS, il faut être au moins deux.

L'organisation SPTS s'inscrit dans un territoire : il n'est pas question ici d'établir des normes dans la définition géographique du territoire. Il doit pouvoir être adapté en fonction de l'objectif poursuivi.

L'organisation répond aux principes du service public: il est proposé de décliner les 4 principes classiques du SP au secteur de la santé.

Neutralité : Cette idée renvoie à celle de la non-discrimination des usagers et des patients (déjà inscrite dans le CSP)

Egalité : Ce principe recouvre plusieurs dimensions. Il concerne tous les usagers, avec une attention particulière pour les personnes vulnérables, personnes handicapées notamment au regard de leur accès (physique et psychique) plus difficile aux soins. L'accessibilité financière (tarif opposable et reste à charge), géographique et informationnelle constituent également des déclinaisons du principe général d'égalité. L'approche en termes de reste à charge du patient pourrait être privilégiée, plutôt qu'en termes de tarifs opposables dans une perspective patient et non professionnels ou établissements.

Continuité : Elle se décline à la fois dans le temps (horaires) et dans l'espace (territoriale).

Adaptabilité : Elle renvoie à l'orientation de l'utilisateur dans le parcours de santé en termes d'articulation entre les différents acteurs.

Les thèmes prioritaires d'action

Des thèmes prioritaires d'action (génériques et populationnels) sont proposés pour approfondir les différentes dimensions du SPTS, en fonction des priorités actuelles du gouvernement en matière de santé. Ils feront l'objet d'approfondissement en atelier.

Les modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du SPTS s'inscrit dans une démarche ascendante différente de celle en vigueur pour la planification hospitalière. Le rôle des ARS dans ce dispositif reste encore à préciser.

La reconnaissance d'une organisation SPTS s'établirait sur des critères, dont certains seront définis au niveau national dans un cadre souple pour laisser la déclinaison opérationnelle aux acteurs.

La formalisation juridique du SPTS pourrait se traduire par un contrat territorial de santé, mais il est essentiel de mener au préalable un travail d'analyse des outils existants.

Le SPH rénové et l'impact sur les 14 MSP

Le SPH s'inscrit comme acteur dans un environnement où il intervient en lien avec d'autres. La vision du SPH se veut globale et non-parcellaire comme l'est la liste actuelle des 14 MSP.

Les principes classiques du service public devront être déclinés de manière opérationnelle dans le champ hospitalier, avec une définition des obligations qui s'y rattachent.

L'égalité d'accès aux soins peut par exemple nécessiter le maintien d'une offre sur un territoire alors que les modalités classiques de financement ne la rendent pas viable. La continuité peut se traduire par l'obligation d'un service minimum et de lien formalisés avec les autres acteurs sur le territoire.

Au regard du SPH rénové, la question du devenir de la liste actuelle des 14 MSP est posée. Faut-il la maintenir et sous quelle forme ? Rapprocher ces activités des missions d'intérêt général actuelles ? Dans tous les cas, il sera sans doute incontournable de revoir la composition actuelle de cette liste de missions.

Synthèse des débats

La discussion a porté successivement sur le contexte dans lequel se construit cette réforme, sur les modalités de mise en œuvre du SPTS (territoire, gouvernance) et sur la méthode de travail à suivre.

D'un point de vue général, les concepts présentés sont bien accueillis. Il y a manifestation d'intérêt pour les principes présentés, mais une demande que ces concepts soient traduits de manière concrète et rapide. Il est souligné le décalage entre les difficultés du fait des restrictions budgétaires vécues au quotidien par les professionnels et ces principes. Il apparaît la nécessité d'avancer assez vite dans la définition juridique du SPTS.

Plusieurs intervenants souhaitent que cette réforme permette de tourner définitivement la page de la Loi HPST en revenant à une définition organique du service public et certains suggèrent de se séparer de certains outils juridiques compliqués à mettre en œuvre, tels que les GCS érigés en établissements de santé.

La question de la redondance avec les travaux déjà menés par le Groupe 1 lors de la mission COUTY est soulevée.

Dans le même sens que la présentation de Bernadette DEVICTOR, de nombreux intervenants font part de leur souhait de vouloir éviter un effet « mille-feuilles » et préférer une réforme systémique lisible. L'incohérence des plans de santé publique successifs a été également soulevée. Dans l'esprit, le SPTS devrait pouvoir donner corps à cette organisation territoriale au service de la continuité des soins recherchée dans l'ensemble des plans.

Bernadette DEVICTOR indique que l'objectif du SPTS est effectivement de donner cette cohérence globale.

Il est insisté sur le rôle de l'Etat. En effet les difficultés pour coordonner les acteurs et organiser la mobilisation autour d'objectifs de santé publique sont réelles et des directions claires doivent être données pour que les acteurs puissent réellement les décliner ensuite.

Le SPTS est également perçu comme une opportunité unique pour « embarquer les usagers ».

Certains intervenants souhaitent que le SPTS soit l'occasion d'élaborer un diagnostic partagé sur un territoire.

Il est considéré que l'objectif affiché du SPTS, et plus largement celui de la SNS, de lutter contre les inégalités de santé devrait être davantage un impératif de la politique de santé publique qu'un objectif en soi. Le dispositif présenté est jugé trop peu contraignant pour traduire les engagements inhérents au service public.

Au sujet du SPH et du devenir des 14 MSP, les souhaits d'organisations syndicales et des fédérations sont la suppression de la liste des MSP instaurée par la loi HPST et le rétablissement d'un bloc au sens de la loi de 1970.

La FHF indique qu'elle a engagé une réflexion sur l'élaboration d'un cahier des charges du SPTS qu'elle partagera avec le groupe.

La présentation faite par la DGOS faisant état d'un principe d'égalité, se traduisant par l'accessibilité financière, la question des limites de l'approche par le reste à charge (conçu uniquement dans le domaine du soin ou également dans le domaine médico-social -EHPAD par exemple) est posée.

Les débats soulignent l'importance de la notion de territoire, qui mérite d'être davantage travaillée. Un recours à l'expertise de géographes est suggéré.

La gouvernance du dispositif du SPTS sera également une question essentielle dans la mesure où il est capital d'y associer l'ensemble des partenaires locaux. L'exemple des conseils locaux de santé mentale est donné.

Le rôle des ARS sera dans ce cadre important avec une question à travailler pour trouver l'équilibre entre une démarche ascendante et une incitation suffisamment forte des ARS. L'ingénierie de cette organisation sera essentielle.

Il ressort de ces différents points la nécessité de travailler prioritairement sur les notions de territoire et de gouvernance. Ces thèmes seront donc inscrits à l'ordre du jour du groupe plénier intermédiaire.

Les discussions ont enfin porté sur les modalités pratiques de travail. Le choix des thèmes pour les ateliers a fait débat. Plusieurs intervenants considèrent que la segmentation choisie n'est pas assez transversale et qu'il faudrait partir d'emblée des thèmes de territoire, gouvernance, parcours. Bernadette DEVICTOR indique que ces trois dimensions seront traitées lors de la plénière intermédiaire qui se tiendra en novembre. Les ateliers ont pour but d'essayer d'éclairer les concepts notamment sur ces trois questions essentielles, à partir de situations concrètes afin de ne pas construire un modèle théorique mais une proposition au plus près de besoins des usagers et de la réalité de terrain.

La question de la représentation ministérielle, avec l'association d'autres directions d'administrations centrales au sein du groupe de travail a été également soulevée. A ce stade, la DGOS travaille déjà avec les autres directions (DAC) de façon rapprochée. La mission est également en contact avec le cabinet. La CNAMTS est quant à elle représentée dans le groupe plénier.

Bernadette DEVICTOR rappelle l'importance d'associer l'ensemble des acteurs (élus, acteurs du domicile...) et propose de démarrer les travaux sur la base des ateliers proposés, sachant que si à l'expérience cela ne répond pas aux attentes, il y aura lieu de changer.

Les contributions des ateliers prendront la forme de propositions et recommandations. L'objectif est que les premières pistes de réflexion soient initiées début novembre et la finalisation des recommandations ait lieu mi-décembre lors de la dernière assemblée plénière.

En synthèse

Le SPTS est une expression et un projet qui semblent faire sens pour tous.

La présentation du SPH rénové impose notamment de repenser les modalités de participations des établissements privés lucratifs (et le devenir des 14 MSP).

Les notions de territoire, de gouvernance et d'ingénierie constituent des points essentiels de la réflexion. En conséquence, l'ordre du jour de l'assemblée plénière intermédiaire intégrera ces problématiques.

Une méthodologie commune pour les ateliers thématiques sera proposée

Toutes les contributions écrites des participants sont les bienvenues ; elles seront partagées entre les membres du groupe.

Participants :

AMUF /CGT : Christophe PRUDHOMME

ANEMF : Mathieu LEVAILLANT, Nicolas ROMAIN-SCELLE

Association des régions de France : Madeleine NGOMBET

Avenir hospitalier : Bertrand MAS

CFE-CGC : Thierry AMOUROUX

CFTC : Christian CAILLIAU, Christian CUMIN

CGT : Emmanuel MAISSONNIER, Philippe CREPEL

CH-FO: Christian GATARD, Hélène THALMANN

CNAMTS : Michel MARTY

CNUH : Pierre CARLI

Collectif interassociatif sur la Santé CISS : Sylvain FERNANDEZ-CURIEL

Conférence nationale des directeurs de CH : Didier HOELTGEN

Conférence nationale des directeurs de CHS : Gilles MOULLEC

Conférence nationale des Présidents de CME des CHS : Christian MULLER

Conférence nationale des Présidents de CME des hôpitaux généraux : Pascal FORTIER

CSMF - Confédération des Syndicats Médicaux Français : Luc DUQUESNEL

DGESCO - Ministère de l'Education Santé scolaire : Jeanne-Marie URCAN

DIHAL - Délégué interministériel à l'hébergement et logement : P. ESTECAMANDT

FEHAP : David CAUSSE

FHF : René CAILLET

FHP : Michel COUHERT

FFMPS - Fédération Française des Maisons et Pôles Santé : Michel SERIN

FMF : Jean-Paul HAMON

FNARS - Fédération nationale des associations d'accueil et réinsertion sociale : Maryse LEPÉE

FNCS - Fédération Nationale des Centres de Santé : Hélène COLOMBANI

FNEHAD : Olivier PAUL, Anne DABADIE

FO : Hervé ROCHAIS, Luc DELRUE

INPH : Michel TRIANTAFYLLOU,

ISNAR - IMG Syndicat Autonome Internes Médecine Générale : Julien POIMBOEUF, Elodie HERNANDEZ

ISNI : Emmanuel LOEB

Mutualité Française : Sylvie GUERIN

SG : Marie-Ange DESSAILLY-CHANSON, Marie-Claude HITTINGER

SSA : Yves AUROY

SML : Sophie BAUER

SOS Médecins : Dominique SMADJA

SMPS : Olivier FALANGA

SNIL - Syndicat des professionnels libéraux : John PINTE

SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT

SYNERPA : Florence ARNAIZ-MAUME, Nelly BAUDRON

UNAFAM : Jean-Claude MATHA

UNICANCER : Hélène HESPEROU

UNA - Union Nationale de l'aide, des soins aux domiciles : Yves VEROLLET, Line LARTIGUE

UNR Santé - Union Nationale des Réseaux de Santé : François BOUÉ

UNPS : Pierre LEPORTIER

UNSA : Willy KALB

Personnalité Qualifiée : Pierre ALÉGOËT

Personnalité Qualifiée : Jean-Noël CABANIS

Personnalité Qualifiée : Paul CASTEL

Personnalité Qualifiée : Bertrand FENOLL

Personnalité Qualifiée : P. GIBELIN

Personnalité Qualifiée : André GRIMALDI

Rappel du calendrier :

DATES	HEURES	SÉANCES
18/09/2013 Après-midi	Plénière	Lancement
03/10/2013 Matin	atelier	Offre de proximité

10/10/2013 Après-midi	atelier	Personnes en perte d'autonomie (âgées, handicapées,...)
16/10/2013 Après-midi	atelier	Maladies chroniques dont Santé mentale
23/10/2013 Après-midi	atelier	Soins non programmés et urgences
06/11/2013 Après-midi	Plénière	Premières propositions
14/11/2013 Matin	atelier	SPH
20/11/2013 Après-midi	atelier	Prévention
27/11/2013 Après-midi	atelier	Précarité
17/12/2013 Après-midi	Plénière	finalisation

A2.2.2 Compte-rendu de l'atelier : Offre de proximité du 3 octobre 2013

Relevé de conclusions – Atelier Offre de proximité – 03/10/2013

Introduction

B. DEVICTOR rappelle le contexte des travaux (lettre de mission de la Ministre, intégration de la notion de SPTS dans la SNS) et les modalités de leur organisation. L'objectif est de proposer des pistes concrètes pour la loi de santé publique, dès la fin de l'année. Dans cette optique, les travaux sont organisés en réunions plénières qui regroupent l'ensemble des partenaires et en ateliers thématiques dont l'objet est de travailler plus précisément sur des thèmes ciblés comme prioritaires. Il s'agit de partir du terrain, de l'expérience des professionnels pour faire émerger concrètement ce qu'apporterait la création d'un service public territorial de santé. Sur la base des échanges dans les ateliers, les questions de

gouvernance, de territorialité, d'ingénierie et de financement seront plus spécifiquement travaillées. Madame DEVICTOR indique que la première thématique choisie est celle de l'offre de proximité et donne la parole aux différents intervenants.

1. Les interventions

❖ Synthèse de la présentation de Pierre de HAAS (Président de la FFMP)

D'une manière générale, la réforme STPS doit permettre de répondre aux trois objectifs suivants :

- Structurer les soins de premier recours pour mieux répondre à la demande de soins et améliorer la fluidité des parcours
- Mutualiser les structures de soins primaires dans une approche territoriale, ce que la FFMP appelle une plate forme territoriale, propice au développement de certaines actions telles que l'ETP, la production de données de santé, le portage des cas complexes...Ainsi, le travail en équipe permet par exemple des campagnes de vaccination dans les maisons de retraite
- Consolider les relations entre la ville et l'hôpital

Le territoire pertinent pour un fonctionnement en équipe doit être dessiné par les acteurs eux-mêmes. L'essentiel est que l'ensemble des acteurs concernés soient présents dans la plate forme territoriale.

Il faut distinguer les différents niveaux de territoire en fonction des objectifs poursuivis (voir en annexe la note de la FFMP sur le SPTS)

Seule une équipe est en mesure de répondre aux objectifs du SPTS. Les usagers trouvent leur place au sein des plates formes départementales.

La question de la gouvernance est posée par les infirmiers libéraux ; il faut éviter toute forme d'hégémonie.

❖ Synthèse de la présentation de la maison de santé pluridisciplinaire de Saint Amand en Puisaye (Michel SERIN)

La maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de Saint Amand en Puisaye a été créée à l'origine pour résoudre le problème de la démographie médicale au sein du département de la Nièvre. Cette structure a été reconnue à la fois par les élus (Conseil Général) et les financeurs (URCAM de Bourgogne) de la région.

Au delà du suivi médical quotidien des patients, la MSP permet une prise en charge des patients pour des soins non programmés (ce qui évite un recours aux structures d'urgences hospitalières). L'exercice en MSP favorise la continuité des soins, notamment grâce à l'utilisation du dossier partagé entre les professionnels et l'utilisation d'une messagerie sécurisée.

La MSP regroupe les principaux acteurs du premier recours avec des professionnels médicaux (médecins généralistes, sage-femme) et paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens).

D'autres acteurs interviennent également au sein de cette structure : un podologue, deux psychologues, deux infirmières psychiatriques, un ergonome et une diététicienne. La MSP est en partenariat avec une association d'aide aux personnes âgées, ce qui permet une prise en charge coordonnée entre les secteurs sanitaire et médico-social. Elle est expérimentatrice de l'outil PAERPA. La MSP est également en lien avec le centre d'action sociale.

La MSP agit également sur le champ de la santé publique avec l'expérimentation (non aboutie) de l'intervention d'une infirmière de santé publique ayant pour rôle la diffusion et l'explication des techniques de prévention. L'intégration de la santé publique au niveau du premier recours est un élément fondamental.

L'ensemble des liens établis entre les acteurs permet de proposer une réponse adaptée localement, favorise l'accès aux soins et la prévention des troubles. Ainsi par exemple, la présence au sein de la MSP, même ponctuelle d'infirmiers issus d'établissements autorisés en psychiatrie, permet de mieux identifier les personnes qui nécessitent réellement un recours spécialisé et d'organiser celui-ci dans de bonnes conditions.

Un des critères de la qualité du service rendu au patient est le fait que l'aire de recrutement de la MSP s'élargit, les patients appréciant particulièrement le caractère coordonné de la réponse. Ceci a cependant eu pour conséquence un rallongement des délais de rendez-vous, dont se sont plaintes les autorités locales. Cet exemple montre la dynamique de qualité d'une démarche associant l'ensemble des partenaires, qui permet un retour sur le service rendu et des actions correctrices. La coordination entre tous les professionnels exerçant au sein de la MSP suppose un temps administratif important. La MSP a recruté à ce titre une assistante de coordination administrative qui facilite la gestion de la structure au quotidien, notamment en assurant le lien avec l'ARS et les élus locaux. Cependant le rôle de coordonnateur du médecin reste essentiel dans la dynamique de projet.

Il est souligné que cette dynamique locale favorise le recrutement de professionnels grâce également au soutien des autorités locales : accueil d'internes en médecine générale qui bénéficient d'une prime pour les transports et de conditions de logements attractifs.

Il est évoqué la question de la SISA (société interprofessionnelle de santé ambulatoire) qui ne permet pas d'intégrer tous les acteurs de la MSP, par exemple les psychologues, les pharmaciens, les transporteurs, ... Il est suggéré que la SISA puisse facturer des actes aux patients et qu'ensuite elle se charge de la redistribution entre les professionnels concernés.

Les nécessaires évolutions pour faciliter l'accueil de médecins en formation sont cependant soulignées de façon générale.

❖ **Synthèse de l'intervention de Bernard PLEDRAN (MG France)**

Le SPTS ne doit pas être conçu comme un « *service hospitalier territorial de santé* ». Les médecins généralistes libéraux occupent une place importante dans les soins de premier recours. L'articulation ville-hôpital est fondamentale, mais elle ne constitue pas le quotidien de l'activité. Le risque d'une dénomination « SPTS » est de susciter des réticences des médecins libéraux.

Les équipes médicales de soins primaires qui s'organisent, en vue d'une reconnaissance SPTS, doivent nécessairement regrouper tous les acteurs de la PEC du premier recours (pharmaciens, infirmiers, orthophonistes, kiné, ...) et y associer d'autres professionnels tels que des personnels assurant la

coordination administrative et les services d'aide à domicile. Les fonctions exercées au sein de cette équipe sont différentes mais elles sont complémentaires, il ne doit pas y avoir de « hiérarchie ».

A ce sujet, le risque de voir des concentrations dans le domaine de la biologie limiter l'intervention possible des biologistes dans la prise en charge de proximité a été souligné par plusieurs participants. Une difficulté a été soulevée sur le rôle de la médecine de ville dans la prise en charge des patients atteints de cancer et qui pourraient bénéficier de chimiothérapies à domicile. Les plans de santé publique successifs sur ce thème soulignent le rôle central des médecins généralistes sans le décrire de façon suffisamment concrète, faute d'une réflexion partagée avec les acteurs concernés. Ceci est particulièrement vrai concernant l'organisation de la prévention.

2. Les thèmes abordés

L'objectif du SPTS de l'offre de proximité ne peut pas être simplement la réponse à la demande, mais une réponse aux besoins de santé car différentes catégories d'usagers ne sont pas en demande (ex : les personnes atteintes de maladies psychiques, les personnes âgées, les précaires, les aidants, ...). C'est donc une approche en responsabilité populationnelle qu'il s'agit de privilégier ainsi que l'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

Au regard de la définition du SPTS, il s'agit de se demander si les organisations existantes en matière d'offre de proximité peuvent être labellisées SPTS. Les interventions précédemment décrites témoignent d'un engagement certain pour un travail en coopération. Le SPTS n'est pas une organisation qui s'inscrit à la marge de l'existant (réseaux, plateformes territoriales). Il doit permettre de reconnaître de manière formelle les initiatives des acteurs.

Les équipes qui se sont déjà organisées ont en effet besoin d'une reconnaissance formelle. Le SPTS permettra donc de pérenniser les organisations existantes si elles répondent aux objectifs posés par la loi de santé publique. Ce nouveau modèle, fondé sur une coordination étroite entre tous les professionnels, permet à l'ensemble des partenaires d'améliorer leurs pratiques. Le rôle des médecins généralistes pourrait être essentiel pour diffuser le message sur l'intérêt des campagnes de prévention mais il conviendrait que les campagnes soient davantage conçues en lien avec eux.

Au delà d'une organisation où les acteurs coopèrent entre eux, le SPTS est avant tout un organisation multi-acteurs. Il est donc essentiel de savoir où placer le curseur sur la définition du critère « multi-acteurs » (seuil, catégories ?).

Il est souligné que si les contributions dans l'atelier proviennent d'acteurs libéraux, il ne faut pas oublier les centres de santé qui ont tout leur rôle à jouer au sein du SPTS. Il n'y a donc pas un modèle unique.

❖ Sur la définition et la délimitation du territoire

Il ressort d'un consensus général que le territoire ne peut pas être envisagé de manière uniforme et homogène. Il se construit avec la participation active de tous les acteurs. Il doit être défini par rapport aux préoccupations de santé de la population, mais également en fonction des territorialités autres que celles organisées autour des soins. Certains estiment que des zones doivent être privilégiées dans la démarche SPTS, notamment les zones urbaines difficiles ou les territoires ruraux défavorisés

Le territoire sera nécessairement le « territoire naturel d'une équipe répondant aux besoins d'une population ». Le découpage territorial doit venir des acteurs de terrain qui s'organisent autour d'un projet collectif (ex : sur un besoin de santé particulier) axé sur l'utilisateur et sa délimitation ne peut pas être

strictement médico-administrative.. Il devra notamment envisager plusieurs zones géographiques possibles comme le bassin d'attractivité, la zone administrative ou politique.

La définition du zonage ne doit donc pas être contraignante afin de ne pas bloquer les initiatives locales.

La discussion a également porté sur la notion de proximité qui doit être suffisamment large pour permettre d'inclure les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Cette question mise au débat reste cependant à approfondir au regard de l'apport des autres ateliers.

❖ **Sur les questions d'ingénierie et de gouvernance**

D'une manière générale, le rôle des ARS dans la structuration SPTS de l'offre de proximité doit être incitatif et non prescriptif. En effet, l'ARS doit s'orienter vers une démarche de « *management de projet* » en accompagnant les acteurs de terrain.

La question de la place des usagers au sein de la gouvernance de l'organisation a été posée. Un consensus semble se dégager sur leur place indiscutable dans l'élaboration du diagnostic des besoins du territoire dans la mesure où la finalité de ce système est centrée sur le service rendu à l'utilisateur, ainsi que sur la partie évaluation. Concernant la gouvernance opérationnelle, leur présence paraît moins indispensable.

L'importance du rôle des élus a été évoquée. Le dialogue avec les collectivités locales est un élément essentiel que ce soit avec les conseils généraux ou au niveau des municipalités. Il y a lieu d'inclure les CCAS dans les interlocuteurs.

La question du « *promoteur* » de l'organisation a été débattue. Qui est en charge de la construction du projet ? Plusieurs acteurs peuvent être à l'initiative du projet, l'essentiel étant que l'ensemble des acteurs concernés soient ensuite associés. L'exemple du projet du pôle santé hospitalier dans les quartiers nord de Marseille a été présenté. Cette initiative a suscité un débat sur le rôle de l'hôpital et sa mission de subsidiarité ou de soutien de professionnels libéraux pour mener certaines actions. Dans cet exemple, l'hôpital montre qu'il peut être porteur d'un projet de premier recours qui se construit en partenariat étroit avec les médecins libéraux. Cependant certains craignent que ce rôle de subsidiarité ne conduise à mettre l'hôpital au cœur d'une question qui relève avant tout de l'organisation des professionnels libéraux.

Sur le système d'information partagé, les professionnels médicaux ont fait part de leurs difficultés à échanger des données médicales avec le secteur médico-social compte tenu du secret médical. Aucun dispositif législatif ne permet cet échange à l'heure actuelle. La loi de santé publique 2014 devra prévoir des dispositions spécifiques pour favoriser le partage des données.

La question d'un « *contrat territorial en amont du soin* » en tant qu'outil juridique a été évoquée. Celui-ci doit intégrer le champ de la prévention. Le contrat local de santé, dispositif en vigueur depuis la loi HPST, a été qualifié de « *bon outil* » dans la mesure où il permet de réunir les élus, les financeurs et les professionnels de santé.

❖ **Sur les questions liées au financement**

Les questions relatives au financement constituent, pour la majorité des intervenants, un point important et un levier majeur pour impulser les démarches. Dans ce cadre, la difficulté de faire coïncider les démarches territoriales et la démarche nationale du conventionnement entre l'assurance maladie et les professionnels libéraux a été soulignée.

Deux axes principaux se sont dégagés des débats :

- la création d'un nouveau mode de rémunération forfaitaire qui tienne compte à la fois de la taille de la cible (nombre de patients ou d'autres bases : taille de la population, missions, interventions populationnelles), du niveau de service rendu (matrice de maturité) et de sa qualité
- les modalités de redistribution au sein de l'équipe sont un sujet à traiter

Dans la mesure où la structuration de l'offre de proximité s'articule autour de professionnels exerçant des fonctions différentes, il est important de réfléchir au modèle économique adéquat. La difficulté liée à la diversité des modes de financement pour certaines organisations existantes (ex : MSP) a été mise en évidence. Une clarification de ces financements est à envisager afin d'en assurer leur cohérence.

Les médecins libéraux sont payés à l'acte et ils ne sont pas rémunérés pour certaines actions (prévention, coordination) car celles-ci ne peuvent pas relever d'une rémunération à l'acte. Ainsi, il a été proposé une rémunération forfaitaire versée à la structure collective pour cette partie de l'activité. Ce mode de financement doit être souple et centré sur le besoin de l'utilisateur.

Comment définir ce forfait et sur quelle(s) base(s) ? Plusieurs pistes ont été évoquées : par rapport à la taille de la population sur le territoire, aux caractéristiques du territoire (rural, urbain), au nombre de patients suivis, au niveau de service produit par les structures, en fonction de la matrice de maturité de l'organisation ou encore en fonction de types de missions. Certaines actions relèvent dans leur logique des missions générales hospitalières et pourraient faire l'objet d'un financement forfaitaire sur certains territoires : dépistage bucco-dentaire dans les collèges, prévention.... La HAS mène actuellement une réflexion sur l'élaboration d'une matrice de maturité en fonction du service rendu à l'utilisateur.

La question de la répartition de ce forfait au sein de l'équipe a été soulevée. Certains ont mis en lumière les difficultés d'une rémunération forfaitaire au regard de la diversité des professionnels (ex : répartition entre le médecin généraliste et le personnel infirmier).

3. Conclusion

Au delà de la définition et des caractéristiques du SPTS qui font consensus dans leurs principes, il ressort des débats la nécessité d'approfondir la réflexion du diagnostic territorial, dont il a été peu parlé mais qui fonde la légitimité du projet SPTS, de la gouvernance et des outils notamment financiers mis au service du SPTS. Il est notamment souligné que le rôle de la puissance publique est de rassembler les financements dont les porteurs de projets pourront bénéficier.

Les pistes de réflexion dégagées lors de cet atelier seront mises en perspective avec les conclusions tirées des autres ateliers.

Liste des participants

Présidente du groupe de travail (CISS) : Bernadette DEVICTOR

ANEMF (Vice-président): Nicolas ROMAIN-SCELLE

ARS PACA : Paul CASTEL

Avenir Hospitalier : Bertrand M AS-FRAISSINET

CFDT Santé : Nathalie CANIEUX

CMH : Jean-Gérard GOBERT

CFTC Santé-Sociaux : Yannick LARTIGUE
CNDCH: Didier HOELTGEN
CNDEPAH: Marie-Odile VELUT
DGOS : Natacha LEMAIRE, Christine BRONNEC, Charlotte NEUVILLE, Perrine RAME-MATHIEU
FEHAP: Samah BEN ABDALLAH
FFMPS : Pierre de HAAS, Michel SERIN
FHP: David CASTILLO
FNEHAD: Eric GINESY, Anne DABADIE
MG France : Bernard PLEDRAN
UNRS : François BOUE
SMPS : Christophe GAUTIER
SNAM-HP : Jean-Marie SCOTTON
SNIL : John PINTE
SOS Médecins : Serge SMADJA
SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT UNAFAM : Jean-Claude MATHA
UNICANCER : Hélène ESPEROU
UNPS : Patrick PERIGNON
URIOPSS : Michèle ESTRAILLIER
SG : Marie-Claude HITTINGER
SSA : Sonia MARESCA
Personnalité qualifiée : Pierre ALEGOET

A2.2.3 Compte-rendu de l'atelier : Personnes en perte d'autonomie du 10 octobre 2013

Relevé de conclusions – Atelier « Personnes en perte d'autonomie » - 10 octobre 2013

Introduction

B. DEVICTOR présente au groupe l'organisation du travail en atelier. Il s'agit principalement de partir des initiatives du terrain (démarche « *bottom-up* »). Elle rappelle que l'un des objectifs de la réforme SPTS est l'amélioration de la réponse aux besoins des usagers. Elle insiste également sur le fait que le SPTS ne doit pas venir compliquer l'existant.

B. DEVICTOR présente à la salle un schéma montrant les principales questions autour du SPTS :

- Faut-il prioriser les territoires ?
- Quel rôle pour les ARS ?
- Quelle formalisation de la coopération ?
- Quelles modalités de suivi et d'évaluation ?
- Quel(s) financement(s) de la coordination ?

La séance est principalement organisée autour de la présentation de quatre dispositifs et d'échanges avec la salle.

Synthèse des différentes interventions

- ❖ Synthèse de la présentation de la MAIA d'Alsace (Béatrice LORRAIN)

La MAIA a été mise en place suite à plusieurs constats :

- L'existence de grandes fragmentations entre les secteurs social et médico-social
- L'incohérence de l'organisation des soins à domicile
- Un recours aux urgences inapproprié

A travers la MAIA, l'objectif consiste à renforcer l'articulation des intervenants dans les champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants.

La population cible des MAIA est la personne âgée en perte d'autonomie et/ou celle atteinte de la maladie d'Alzheimer. La MAIA d'Alsace couvre une population recouvrant 38 communes, avec une grande précarité sur la ville de Mulhouse. La démarche, soutenue par l'ARS, a été initiée par le Conseil Général (CG).

Deux niveaux de concertation sont institués :

- La table stratégique : elle est dirigée conjointement par l'ARS et le CG. Les réunions sont trimestrielles. Ce lieu de concertation permet, entre autres, d'analyser les dysfonctionnements sur un territoire. Le travail porte sur la définition des territoires en fonction des parcours des usagers et en tenant compte de l'organisation de l'offre.
- La table tactique : elle réunit tous les représentants de l'offre (SSIAD, hôpitaux, URPS,...) sur le territoire.

La différenciation claire des représentants à ces deux niveaux et le suivi des échanges et des décisions prises sont un gage de réussite et permettent une réelle « *co-responsabilité* » des acteurs. Le travail est défini par un diagnostic réalisé avec l'ARS et le Conseil Général. Les acteurs s'appuient sur le SROSM et le schéma départemental du Conseil Général. La mise en place d'un référentiel d'intervention permet à tous les acteurs de connaître les missions respectives de chacun et d'éviter ainsi les problèmes dans l'orientation de l'utilisateur.

Les freins et les leviers de ce dispositif ont également été identifiés. Ainsi, la mise en place d'un niveau de concertation supplémentaire (multiplicité des réunions) est perçue comme une difficulté à part entière. L'un des leviers majeurs est la présence d'un pilote unique à disposition du territoire qui favorise la mise en relation permanente de l'offre de service.

Les clés de réussite sont liées à la légitimité du porteur, à la mise en œuvre d'une dynamique qui fait adhérer les partenaires, à la mise en évidence de projets communs avec indicateurs communs.

Le mécanisme du guichet intégré a été présenté. Il permet une réponse harmonisée, complète et adaptée. Il a pour but de donner le même mode opératoire d'accueil aux services sur l'ensemble d'un territoire. Il permet l'orientation directe de la personne âgée, au bon endroit. Cette organisation fonctionne grâce à un système d'informations partagé (outil web) mais qui n'est pas entièrement satisfaisant. Un travail est donc mené avec l'ARS pour définir un cadre juridique clair permettant l'échange d'informations.

La gestion de cas permet de fournir une réponse individualisée aux situations complexes (5% de la population). Les gestionnaires de cas travaillent en lien étroit avec le médecin traitant et l'ensemble de la filière gériatrique. Ils sont responsables de la prise en charge globale des personnes qu'ils suivent. Un premier bilan a montré l'efficacité de leur travail : 46% des demandes concernent un placement en EHPAD. Un maintien à domicile de 19 mois supplémentaires en moyenne a été permis par ce dispositif.

La question de l'employeur de la MAIA a été posée. L'ensemble des salariés est recruté par le Conseil Général.

La place des médecins libéraux au sein de la MAIA a été également interrogée. Elle est parfois négligée alors que ceux-ci sont des partenaires incontournables. La question du partage des rôles entre les infirmières coordonnatrices et les gestionnaires de cas a également été posée. Le référentiel d'intervention définit les missions respectives de ces deux acteurs au sein de la MAIA.

Concernant la santé mentale, et plus particulièrement le handicap psychique, il est précisé qu'un psychiatre participe à la table tactique et qu'il existe un partenariat avec l'équipe mobile de psychogériatrie. La MDPH est également associée à la MAIA.

Le parallèle a été fait avec la MAIA de Haute-Savoie qui mène une expérience depuis deux ans sur les hébergements temporaires de crise.

Le lien avec le SPTS a été fait sur plusieurs points. La coordination issue de la MAIA paraît constituer une potentielle illustration du SPTS. Le SPTS pourrait permettre d'uniformiser les modalités de financement des MAIA qui proviennent, à l'heure actuelle, de sources différentes. Le SPTS devrait permettre la mise en œuvre de processus de contractualisation permettant de coordonner les moyens disponibles et nouveaux. Il est question également de savoir si le SPTS permettra d'impulser ce type de démarche.

La question du reste à charge pour la personne dans le cadre de son parcours et de ses éventuelles orientations a été évoquée et donc celle de la faisabilité économique de l'accessibilité financière sur l'ensemble du parcours.

❖ Synthèse de la présentation du dispositif PAERPA (Thomas WANECQ - DSS)

Deux rapports du HCAAM (2010 et 2011) ont montré que l'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, ainsi que le recours abusif à l'hospitalisation, sont les principales causes de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées.

Partant de ces différents constats, le législateur est intervenu en deux temps pour la mise en place du dispositif PAERPA :

- Article 70 de la LFSS 2012 : Lancement des premières expérimentations autour de la prévention et de la sortie d'hôpital
- Article 48 de la LFSS 2013 : Mise en place d'un dispositif plus ambitieux de projets pilotes sur l'ensemble du parcours de santé des personnes âgées. Des dérogations sont prévues en matière de financement (FIR sécurisé et fongible)

Cette expérimentation s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé. L'approche est populationnelle : elle vise les personnes âgées de plus de 75 ans dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons médicales et/ou sociales. L'objectif est de permettre une meilleure prise en charge avec, par exemple, la gestion anticipée du retour à domicile.

Le dispositif se caractérise par la mise en place de deux niveaux de coordination distincts (à l'instar de la gouvernance des MAIA) :

- La coordination clinique de proximité (CCP) : Elle réunit une équipe de professionnels autour de la personne âgée (infirmière, médecin généraliste, pharmacien...)
- La coordination territoriale d'appui (CTA) : Elle soutient les professionnels de proximité en s'appuyant sur les ressources existantes du territoire pour assurer ses missions

Une convention est passée entre le Conseil Général, l'Assurance Maladie, l'ARS et les professionnels de santé sous la forme d'une lettre d'engagement. Huit régions se sont portées volontaires, dont l'Ile-de-France.

Concernant la transmission d'informations entre les professionnels, un projet de décret est en cours d'examen au Conseil d'Etat. Il prévoit un encadrement strict des transmissions ainsi qu'une messagerie sécurisée. Un dossier de liaison d'urgence entre l'EHPAD et l'hôpital permet de faciliter la prise en charge de la personne âgée.

Les financements viennent s'appuyer sur les démarches locales et des financements supplémentaires ne seront versés uniquement pour des actions supplémentaires.

L'articulation de ce dispositif avec le futur SPTS devra être précisée, les deux démarches n'étant pas contradictoires et même plutôt convergentes. En matière d'accessibilité financière, le dispositif PAERPA prévoit la neutralisation de la différence de reste à charge entre l'EHPAD et l'hôpital.

Le SPTS est perçu comme portant une réflexion plus large. Pour autant, il est précisé que PAERPA a pour ambition « d'embarquer » tous les acteurs du territoire, concernés par l'accompagnement des personnes âgées. Concernant le financement, l'intérêt du SPTS serait de centraliser les lignes budgétaires afin qu'il n'y en ait qu'une pour la CTA.

L'évaluation de l'expérimentation prévoit l'utilisation de critères médico-économiques (ex : indicateurs de consommation de soins). Le pilote de l'évaluation de l'expérimentation PAERPA est la DREES et l'évaluateur l'IRDES. Il faudra encore attendre quelques années (sur le moyen-terme) pour voir les premiers résultats de ce dispositif.

❖ Synthèse de la présentation du dispositif Handi-Soins (Mr COQUEMA)

La mobilisation des acteurs du secteur médico-social a débuté en 2008 avec la création de l'association Handisoins 86. Cette démarche a été négociée avec l'ARH. Cette association a reçu le soutien financier du Conseil général de la Vienne. Le projet est actuellement inscrit au sein du PRS.

L'objectif de ce dispositif est de permettre aux personnes handicapées d'avoir une porte d'entrée dans le parcours de soins. Un GCS de moyens a été créé afin de permettre aux acteurs sanitaires (conseil départemental de l'ordre des médecins, CH de Châtelleraut) et médico-sociaux de travailler ensemble et de se concerter. Le GCS est co-piloté par un administrateur et un administrateur adjoint.

Handi-soins est un dispositif ouvert aux personnes handicapées en échec de soins en milieu ordinaire. Le dispositif est structuré sous la forme d'un hôpital de jour dans lequel la priorité est donnée à la prise en charge ambulatoire dès qu'elle est possible, à travers l'intervention de médecins libéraux à l'hôpital. Cette organisation permet de leur donner les moyens de réaliser des consultations adaptées sur le territoire. Une attention particulière est portée aux familles et aux représentants des usagers. En dehors des horaires d'ouverture, le relais est pris par les urgences. La transmission des données entre les professionnels se fait via une messagerie sécurisée. Le dispositif est conventionné avec des institutions médico-sociales (ex : cahier de liaison avec la MAS) ainsi qu'avec le centre régional de l'autisme.

Le bilan réalisé démontre que le besoin est couvert à hauteur de 75%. En effet, sur 800 personnes en situation de handicap, 500 sont prises en charge par le dispositif. Ce bilan est plutôt positif et démontre l'adéquation de la réponse apportée mais il reste un problème structurel de financement, les recettes n'équilibrant pas les charges.

Certains soulignent un paradoxe dans cette démarche entre la volonté d'inclure les personnes en situation de handicap dans le circuit normal et la différenciation dans la prise en charge dans ces dispositifs spécifiques. En l'espèce, l'hôpital de jour permet de créer un accès aux soins de droit commun dans un cadre adapté pour les personnes les plus difficiles à prendre en charge en ville. Le handicap psychique est générateur de perte d'autonomie et le SPTS doit permettre de prendre en charge ces personnes qui sont en majorité « *exclus* » du système de soins.

Ce dispositif a un effet vertueux sur l'hôpital qui le porte ; il a aussi vocation à essaimer et à concerner tous les hôpitaux.

Il y a une réflexion à porter sur la migration de ce dispositif vers un SPTS notamment en terme de gouvernance.

❖ Synthèse de la présentation sur le dépistage et de la prise en charge des troubles du langage en Lorraine (Dr Nelly LE DUIGOU)

A l'origine, un groupe de travail basé sur une coordination hospitalière à l'hôpital d'enfants a été créé par des pédiatres et des pédopsychiatres. La mise en place d'un réseau informel s'est effectuée dès 2005, avec

un colloque régional tous les 2 ans. Puis, en 2008, une discussion sur l'opportunité de créer un réseau s'est engagée. En 2009, le constat suivant est fait : les études mettent en évidence un délai d'attente d'un an pour une prise en charge. Les usagers déposent des plaintes aux MDPH et aux CG.

Le projet repose sur la volonté des professionnels de travailler ensemble en harmonisant leurs pratiques. Les professionnels ont rédigé en 2011 un guide permettant la mise en place du parcours de soins du patient mais aussi celui de l'élève (population infanto-juvénile ciblée). Ceux-ci travaillent en coordination avec tous les partenaires de la santé mais aussi ceux du milieu scolaire (ex : médecin scolaire). Les professionnels s'appuient en particulier sur le réseau RAPHAEL déjà en place et utilisent comme outil le projet personnel de scolarisation. Les staffs se font en visio-conférence et les messages mail sont cryptés afin de sécuriser la transmission des données.

L'objectif de ce dispositif est d'améliorer le diagnostic et l'accompagnement des jeunes atteints d'un TSA (troubles du langage), en repérant les enfants en proximité et en se servant de l'existant. Les professionnels orientent leurs actions directement sur l'école et la MDPH.

Les points forts de cette coopération sont la mise en place d'un site internet d'information, la formation ouverte avec l'existence d'un diplôme universitaire spécifique et le travail sur la formation en partenariat avec l'ARS.

Les modalités de financement sont également évoquées. Ce dispositif est financé pour partie grâce aux fonds du FIR notamment pour la mise en place de la formation continue ainsi que pour le temps de coordination.

Conclusion

Il est nécessaire de bien réfléchir sur ce qu'il faut identifier comme leviers pour développer un SPTS ainsi que sur les conditions nécessaires à son maintien sur un territoire.

La position du SPTS par rapport à l'existant doit être précisée. En effet, il est important de lier et de coordonner cette réflexion avec les dispositifs en vigueur, notamment avec l'expérimentation PAERPA et les MAIA. Il faudra également être vigilant sur la « multiplicité des gouvernances ». L'une des réussites du SPTS sera celle d'avoir la capacité de créer des structures qui conjuguent au plus près les compétences avec un pilote unique.

Il faudra également se servir des outils existants (ex : plan personnalisé de santé) et développer des systèmes d'informations performants car la question de l'échange et de l'accès aux données est essentielle.

Liste des participants

Présidente du groupe de travail : Bernadette DEVICTOR

CISS : Daniel CARRE

ADESM : Gilles MOULLEC

CMH : Claudine AZOULAY

CNSA : Sophie MOREAU-FAVIER

CNDEPAH : Marie-Hélène ANGELLOZ-NICOUD et Marie-Odile VELUT

SGCHI : Agnès-Marie EGYPTIENNE

SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT

UNA : Line LARTIGUE

UNAFAM : Jean-Claude MATHA

UNSA : Joseph CHRIST

CHU NANCY : Docteur LE DUIGOU

Conférence Nationale des présidents de CME de CHS : Marie-Noëlle PETIT

FEHAP : David CAUSSE

FFMPS: Pascal CHAUVET

FNEHAD: Eric GINESY - Anne DABADIE

HANDI SOINS : Monsieur COQUEMA

MAIA Haut-Rhin : Béatrice LORRAIN

MG France : Philippe MARISSAL

DGCS : Fabienne DUBUISSON et Dominique RENARD

DSS: Thomas WANECQ

DGOS : Natacha LEMAIRE, Christine BRONNEC, Adeline TOWNSEND, Charlotte NEUVILLE, Cécile BALANDIER, Laetitia CHEVALIER

A2.2.4 Compte-rendu de l'atelier : Maladies chroniques dont Santé mentale du 16 octobre 2013

Relevé de conclusions – Atelier « Maladies chroniques dont Santé mentale » -16 octobre 2013

Introduction

Bernadette DEVICTOR fait une synthèse de l'avancée des travaux avec un focus sur le déroulé des ateliers précédents.

Elle présente les deux approches possibles dans la mise en œuvre du SPTS :

- Démarche de labellisation des coopérations si conformes aux attentes SPTS
- Démarche de planification pour garantir « *une réponse plancher* » sur les territoires

Elle aborde également la question des attributs du SPTS comme l'accessibilité financière et géographique, la continuité du service à l'utilisateur, la neutralité, la démarche en responsabilité populationnelle. Elle rappelle également les externalités attendues du SPTS à savoir une simplification du paysage administratif et une sécurisation des coopérations par leur reconnaissance (inscription dans le PRS) et le financement.

Les questions opérationnelles suivantes ont été également présentées :

- Quel rôle de l'ARS ? Régulateur ou facilitateur ?
- Quelle formalisation de la coopération ? Création d'un contrat territorial de santé ?
- Quelles modalités de gouvernance de la coopération ? Deux niveaux (tactique et stratégique) ?
- Quelles modalités de financement ?
- Quelle définition du territoire ?

Les ateliers thématiques doivent permettre d'avancer sur ces différents points. La réunion s'est articulée autour de la présentation de deux organisations territoriales et d'échanges avec la salle.

❖ Synthèse de la présentation du réseau de santé du Bessin (Thierry GANDON)

La création du réseau répond à plusieurs objectifs :

- Promouvoir la santé
- Améliorer la qualité des soins
- Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels
- Faciliter la coordination des parcours de soins
- Renforcer l'offre de santé par la mutualisation des compétences

Ce réseau s'inscrit sur un territoire de proximité, en zone rurale, avec un bassin de population de 150 000 habitants où il n'y a pas vraiment un problème de présence médicale mais plutôt de vieillissement des professionnels libéraux. C'est un réseau de santé « pluri-thématiques » qui regroupe, au sein d'un GCS, les deux hôpitaux généraux, l'offre de premier recours, 19 EHPAD, le SSIAD, les deux structures HAD et les institutions médico-sociales. Les professionnels sont tous regroupés au sein d'un même bâtiment loué par la mairie. Ce site unique (« guichet unique ») permet d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins. Le réseau est en lien direct avec l'ARS (SROS-PRS) car il répond à des besoins spécifiques sur ce territoire. Celle-ci a validé ce projet en amont. Les élus sont très impliqués au sein de ce réseau. Ils ont eu un rôle facilitateur quand le projet a émergé.

Cette démarche traduit la volonté de décloisonner les secteurs car il existe des attentes fortes des usagers en termes de continuité de la prise en charge. Deux outils permettent d'avoir cette prise en charge « multidimensionnelle » : le projet personnalisé de santé et le projet éducatif notamment pour les patients atteints de maladies chroniques.

Le réseau intervient sur les champs suivants :

- La périnatalité/parentalité avec « l'île aux parents » (participation importante du secteur de pédopsychiatrie)
- La prévention avec l'éducation pour la santé au sein des collèges et lycées
- L'addictologie avec une équipe dédiée
- La prise en charge des maladies chroniques (diabète, pathologies cardio-vasculaires, obésité, cancers)
- Les soins palliatifs
- La filière gérontologie avec la présence d'une MAIA et le CLIC qui est intégré dans les locaux du GCS
- Le handicap avec une antenne de la MDPH
- La précarité avec la présence d'une PASS

Du point de vue des usagers, le réseau permet l'introduction de la notion de « référent » dans l'orientation, dans l'accès, et pour la sécurisation des parcours de soins. Pour les médecins libéraux, il permet d'assurer la lisibilité de l'offre du territoire et permet une simplicité dans l'échange via le système d'informations. Pour les établissements de santé, le réseau apporte de la coordination et de la coopération entre les acteurs.

Des RCP sont organisées pour chacune des thématiques du réseau (définition du PPS pour les prises en charge les plus complexes). Un comité de suivi et d'amélioration continue de la qualité, composé de professionnels libéraux et des établissements, suit chacune des actions thématiques du réseau (démarche qualité, évolution, besoin de formation, protocolisation)

En matière de gouvernance, le réseau est porté par un GCS de moyen à but non lucratif constitué de quatre collèges :

- N°1 : les deux hôpitaux généraux
- N°2 : les acteurs libéraux de proximité avec 4 associations de professionnels de santé

- N°3 : les structures de maintien à domicile (HAD) et ainsi que celles pour l'hébergement des personnes âgées
- N°4 : les structures médico-sociales

Chaque collège détient respectivement 25% des parts sociales et doit élire un représentant.

Concernant les systèmes d'informations, le réseau dispose d'une messagerie sécurisée et il tend à évoluer vers une messagerie nationale. L'utilisation du DMP est à développer, le réseau a mené une expérimentation télémédecine ciblée sur la cicatrisation des plaies, (action désormais déployée au niveau régional).

La problématique de l'attribution des financements du réseau pour 2013 a été soulevée. En effet, le financement pour l'année 2013 n'a été connu qu'au mois de d'octobre 2013 (FIR). Cela a suscité des difficultés en termes de management et de dynamique projet. Le réseau a souligné également sa volonté d'évoluer vers la conclusion d'un CPOM entre le GCS et l'ARS. L'idée de la mise en place d'un contrat territorial de santé est approuvée.

Le réseau fait l'objet d'une évaluation externe tous les 3 ans les objectifs sont définis avec l'ARS. La question de l'évolution vers une démarche de certification HAS du GCS est posée.

La problématique de l'accessibilité financière a été soulevée. Tous les professionnels sont conventionnés en secteur 1 et ce principe est dans la charte du réseau.

La santé mentale adulte est « *le parent pauvre* » de toute la dynamique du réseau même si elle est bien organisée avec le secteur psychiatrique situé sur l'hôpital de Bayeux. Il existe une forte demande en géro-psycho-geriatrie.

La question de l'adhésion des professionnels du territoire au réseau a été posée. Tous les professionnels du Bessin ont participé au minimum à une prise en charge dans le cadre de cette dynamique de travail. La politique des réseaux de santé permet de relier les professionnels là où ils ne s'étaient jamais « *connectés* » entre eux.

Le positionnement du réseau par rapport « *aux situations en amont* » a été envisagé. Une thèse a été réalisée sur les besoins des médecins libéraux du territoire dans le domaine des soins oncologiques de support et l'idée majeure qui est ressortie est celle de la transmission de l'information. Le réseau n'a pas vocation à se substituer au médecin traitant.

La coordination est le cœur du travail en réseau, en particulier pour la gestion des situations complexes. Celle-ci doit être intégrée dans le métier même des professionnels.

❖ Synthèse de la présentation du REHPSY (Julien GOBBO et Dr CLERY-MELIN)

Dans les années 1980, un groupe de travail (né en Isère) a lancé une première dynamique autour de l'insertion des personnes en situation de handicap psychique avec un partenariat entre les acteurs du sanitaire et médico-social. La démarche initiée est très « *bottom up* » et c'est un facteur de réussite du projet.

En 2002, le réseau s'est formellement constitué. UNAFAM 38 a été pionnière dans la création de ce réseau. Les valeurs portées par le réseau (charte) tournent autour de la coordination des parcours de santé des personnes en situation de handicap psychique. Le réseau a un rôle militant pour une meilleure reconnaissance du handicap psychique. Cela se décline sous trois types d'interventions (auprès des personnes, des familles et des proches).

Le réseau regroupe :

- Deux médecins psychiatres
- Une quarantaine de personnes morales (tous les établissements de soins spécialisés)
- Des associations d'usagers
- Un opérateur pour l'emploi
- Quelques médecins généralistes
- Du personnel paramédical : infirmiers, psychologues et diététiciennes

Les structures médico-sociales sont partenaires du réseau et ce dernier est conventionné avec la MDPH.

L'intervention du réseau ne pose pas en préalable la reconnaissance du handicap psychique (par la MDPH). Il intervient également auprès de personnes en situation complexe. L'évolution du public est soulignée avec un rajeunissement des patients. Le problème particulier de l'accès aux soins des personnes en partie « exclues » du système de soins a été évoqué. Le réseau développe des programmes à destination des familles et intervient aussi au domicile. Il prend en charge une file active d'environ 300 personnes en situation de handicap psychique. Son activité est en forte augmentation.

Les interventions du réseau se réalisent sur différents niveaux:

- Niveau 1 : tous publics et il n'y a pas besoin d'être adhérents au réseau
- Niveau 2: réalisation d'une évaluation globale partagée avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux - élaboration d'un plan personnalisé de santé

Un focus est fait sur l'équipe spécialisée d'évaluation du handicap psychique (ESEHP). Elle a comme objectif l'évaluation pluridisciplinaire, globale, partagée et personnalisée de la personne dans un but d'insertion. Cette équipe s'appuie sur une fonction de gestionnaire de cas, avec une participation forte des acteurs du sanitaire. Le gestionnaire de cas est le référent du parcours, l'interlocuteur privilégié. L'infirmière et l'assistante sociale du réseau pourraient venir en appui sur la gestion de cas. L'ESEHP dispose à la fois de moyens humains et techniques (temps médical et administratif, une assistante sociale qui fait le lien avec la MDPH, deux gestionnaires de cas, un coordonnateur, lien avec les correspondants de structures pour la circulation de l'information...). Cette équipe est financée par des crédits DAF versés par l'ARS

ainsi que par une participation du Conseil général de l'Isère. L'ESEHP est un dispositif horizontal et fédérateur.

Le réseau développe avec l'ARS un projet territorial. Il s'agit de planifier des interventions de réhabilitation psycho-sociale avec un niveau territorial sur trois centres référents portés par les trois villes universitaires de la région (Grenoble, Saint Etienne, Lyon).

La gouvernance du réseau est réalisée par l'Assemblée générale qui se réunit deux fois par an. Celle-ci est conseillée par un COPIL qui n'a pas de pouvoir décisionnaire. La coordination se décline au niveau de chaque département avec la présence de comités locaux.

Les points forts du réseau ont été évoqués. Il a un caractère précurseur et son implantation est solide grâce aux partenariats ancrés. Les axes d'amélioration ont également été présentés. Les difficultés liées à la construction d'un partenariat avec les médecins généralistes ont été soulevées.

L'articulation du réseau avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les contrats locaux de santé (CLS) a été soulevée. Il travaille étroitement avec le CLSM et les élus locaux sont demandeurs de manifestations dans lesquelles le réseau est présenté.

Le réseau favorise également le maintien dans le logement avec un travail mené avec l'assistante sociale. La méthode du stage en FAM est utilisée car elle permet de pouvoir évaluer les capacités d'autonomie de la personne.

L'organisation de la géronto-psychiatrie et ses liens avec le réseau sont évoqués. Les dispositifs actuels (PAERPA) permettent d'être plus vertueux dans le dépistage précoce des troubles psychiatriques, somatiques et environnementaux. La réhabilitation psycho-sociale de la personne âgée est un enjeu majeur du réseau.

Un parallèle est fait avec l'organisation du réseau de santé mentale Sud-Yvelines où les médecins généralistes sont très impliqués.

En termes de communication, le réseau essaye de diffuser au maximum ses actions à de nombreux autres partenaires (ex : acteurs en charge des problèmes de précarité, de l'insertion professionnelle...).

Les axes d'amélioration du réseau ont été évoqués. Tout d'abord, la question de l'adhésion difficile des médecins généralistes a été abordée. Ces derniers ont souligné un manque de temps pour la prise en charge optimale des personnes en situation de handicap psychique même s'ils témoignent d'un réel intérêt pour le travail en réseau. Les psychiatres libéraux ont reconnu l'utilité du réseau qui n'a pas vocation à « *doublonner* » car il a une fonction « *d'entraînement* » des professionnels sur un territoire.

Le concept de « handicap psychique » est encore assez mal connu. La nécessité de partir des vrais besoins des patients et des professionnels a été soulignée. Le parallèle avec le secteur

psychiatrique a été fait. L'organisation via le secteur montre quelques limites dans ses missions initiales. Aujourd'hui, elle ne suffit pas à satisfaire tous les besoins.

Le modèle du REHPSY n'est pas de facto « *transposable* » mais les régions peuvent largement s'en inspirer.

Conclusion

Les facteurs de réussite de la coopération entre acteurs ont été dégagés. Ainsi, l'implication des élus, la concertation préalable entre les acteurs du territoire, l'identification précise des acteurs et de leurs missions ainsi que la présence d'outils communs d'évaluation des usagers constituent des leviers essentiels.

Il est essentiel également d'adopter une « dynamique qualité » pluri-professionnelle en lien avec les usagers, avec l'idée d'avoir des comités territoriaux de relation avec les usagers pour un traitement décloisonné des plaintes et réclamations et une dynamique de qualité sur le territoire. Ces comités territoriaux sont des émanations des instances de gouvernance.

Deux outils de coopération ont été présentés : le GCS et le GCSMS. Ils pourraient être repris au titre du SPTS pour la formalisation des coopérations, si nécessaire.

Les médecins généralistes soulignent que le positionnement du partage des expertises entre les acteurs dans le parcours de soins n'a pas été abordé au cours de la discussion. Dans l'organisation du contrat territorial de santé, il paraît essentiel de se mettre d'accord sur le positionnement des expertises, surtout pour la prise en charge des maladies chroniques.

La question de la fonction de coordination est soulevée : Doit elle être exogène (produite par un coordonnateur) ou endogène (produite par les acteurs eux-mêmes) ? La réponse formulée établie par le groupe établit un lien avec la maturité de la coopération. Au démarrage, la coordination très consommatrice en temps, a sans doute besoin d'être exogène. Au bout de quelques temps, lorsque les processus sont rôdés, elle peut sans doute devenir endogène.

Enfin, la notion de territoire adapté est abordée. Les exemples présentés dans les différents ateliers.

Quelques interrogations sont formulées sur l'intérêt du SPTS et sa faisabilité.

Un médecin libéral s'interroge sur la façon dont « les patients du quotidien » vont avoir accès au Plan Personnalisé de Soins (PPS), à l'éducation thérapeutique, aux ateliers éducatifs, ... ? Cela deviendra t-il un droit et comment l'organiser t-on ? S'agit-il d'organiser un service minimum ou d'organiser des réponses aux situations extrêmes ?

Bernadette DEVICTOR rappelle que le SPTS est un principe vertueux pour l'amélioration du service rendu à l'utilisateur incluant les éléments ci-dessus évoqués (PPS, éducation thérapeutique,). C'est une approche qui se veut pragmatique pour définir un cadre qui sécurise les

coopérations, qui les rend lisibles, qui leur associe un financement dans la mesure où le service rendu correspond aux caractéristiques fixées.

Liste des participants

Présidente : Bernadette DEVICTOR

ADESM : Gilles MOULLEC

Avenir Hospitalier : Bertrand MAS-FRAISSINET

CFTC : Christian CAILLIAU

CH-FO : Hélène THALMANN

CMH : Catherine BOITEUX – Christiane SANTOS

CNEDPAH : Marie-Odile VELUT

Conférence des Présidents de CME de CHS : Agnès METTON

DGOS : Natacha LEMAIRE – Christine BRONNEC - Charlotte NEUVILLE

FEHAP : Catherine REA

FHP : François MEILLIER – Anne MALLET

FMF: Patricia LEFEBURE

FNEHAD: Eric GINESY

INPH : Michel TRIANTAFYLLOU

ISNAR-IMG : Isabelle ETTORI-AJASSE

MG France: Marie-Hélène CERTAIN - Bernard PLEDRA

REHPSY: Julien GOBBO - Dr CLERY-MELIN

Réseau de santé du Bessin : Thierry GANDON

SML : Sophie BAUER

SNAM-HP : Jacques MOREAU

SNIIL: John PINTE

SYNCASS- CFDT: Michel ROSENBLATT – Noel VANDERSTOCK

UNAFAM : Jean-Claude MATHA

UNICANCER : Hélène ESPEROU

UNR : François BOUE

UNSA : Frédérique CATAUD

Relevé de conclusions Atelier Soins non programmés et Urgences du 23 octobre 2013

Introduction

Bernadette DEVICTOR a introduit la séance par une présentation du schéma global sur le SPTS qui est complété au fur et à mesure des ateliers. Ce dernier est un service qui a des objectifs (atteinte d'objectifs de santé publique, amélioration du service rendu à la population) et des attributs (respect des obligations de service public) complétés d'une approche en responsabilité populationnelle. Selon la feuille de route de la SNS, le SPTS doit porter une attention particulière aux soins non programmés et aux urgences.

Tous les acteurs du parcours sont concernés par le SPTS mais il n'est pas envisageable d'imposer la coopération. Ce constat amène à débattre du rôle des ARS en cas de carence constatée au sein d'un territoire. Une concertation préalable avec tous les acteurs dont les usagers dans le cadre d'un diagnostic partagé pour aboutir à un projet territorial de santé est souhaitable. Plusieurs niveaux de territoire en fonction des services et des objectifs sont envisageables. A quel stade la multiplicité des territoires sera-t-elle contre productive ? Par ailleurs, faut-il prioriser les territoires dans le cadre du déploiement du SPTS ?

Au titre des outils du SPTS, la création d'un contrat territorial de santé et celle d'un comité territorial de relations avec les usagers sont avancées. En termes de suivi et d'évaluation, il est nécessaire de définir des indicateurs partagés sur le service rendu à l'utilisateur. La réflexion sur les modalités de coordination invite à distinguer la coordination exogène ou endogène en fonction de la maturité de l'organisation.

L'approche méthodologique retenue au titre des ateliers est une approche par étude de cas, de situations de terrain.

La présente séance s'est articulée autour de quatre présentations et d'échanges avec la salle.

❖ **Intervention de Pierre CARLI (Président du conseil national de l'urgence hospitalière – CNUH, Directeur médical du SAMU de Paris, Chef du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Necker-Enfants malades (Assistance publique - Hôpitaux de Paris))**

L'intervention de Pierre CARLI a porté sur la réflexion générale d'une meilleure organisation des urgences et des soins non programmés sur le territoire. La première difficulté soulevée est celle d'assurer à la fois la « *proximité* » et « *toute la spécialité* », avec un accès facile à une structure au niveau d'un territoire. Le niveau 1 doit être une structure labellisée (décret) mais c'est le plus difficile à réaliser.

Un focus a été fait sur l'accès aux soins urgents en trente minutes. Pour y parvenir plusieurs axes de travail ont été retenus :

- La régulation a été remise au centre du dispositif pour utiliser au mieux les services hospitaliers.
- Des initiatives locales ayant fait leurs preuves sont reprises pour généralisation au niveau national. Il en est ainsi des médecins correspondants SAMU qui sont des médecins généralistes équipés, formés, coordonnés, véritables « *médecins avant coureurs* » du SMUR.
- Les structures de proximité doivent être redéfinies, disposer des moyens modernes (télédiagnostic, télé-médecine, ...), s'articuler entre elles mais elles rencontrent en pratique un vrai « *souci médico-administratif* ».

- Il est important de concevoir une « *cartographie opérationnelle* » afin d'assurer une certaine visibilité pour les professionnels.

La constitution d'équipe de territoire a été évoquée. Elle permet une mutualisation des ressources médicales autour d'un projet médical de territoire. Les petites équipes sont désenclavées. Cela se traduit par des régulations territoriales du soin non programmé et par une optimisation des moyens. L'information est partagée et transparente. De nouveaux partenariats sont créés (par exemple avec le service de santé des armées).

La problématique de la frontière entre les urgences et les soins non programmés a été discutée. Selon M. CARLI, cette zone « frontière » représente 10% des cas. S'il n'existe pas l'offre de proximité et la structure pour répondre à cette demande, cela rentre directement dans le système des urgences donc dans ce que l'on peut qualifier de « *dernier recours du premier recours* ».

La PDSA s'organise pour qu'il y ait des médecins 24h/24 (régulation départementale) et il existe aussi des centres d'appel associatifs. Les maisons médicales de garde passent également à des horaires élargis et peuvent être adossées à des plateaux techniques. L'hôpital doit venir en appui en fournissant les ressources nécessaires. Des pistes de réflexion ont été avancées comme la mise en réseau des différents cabinets de médecins généralistes afin « d'absorber » la demande de soins non-programmés ou le développement à l'hôpital de consultation d'orientation ou spécialisée en accès direct pour la médecine ambulatoire

L'information des usagers constitue l'un des problèmes majeurs qui a des conséquences en termes d'orientation des patients. En effet, la visibilité de l'offre n'est pas claire. Il est donc nécessaire d'avoir une politique d'information (ROR : répertoire opérationnel des ressources). La formation du public à la notion d'urgence et au bon usage du système de santé a également été évoquée.

Le lien avec la santé mentale a été fait. La prise en charge des urgences psychiatriques à domicile a été débattue. La loi du 5 juillet 2011 demande aux ARS d'organiser cette prise en charge. Souvent, le 15 n'apporte pas de réponse satisfaisante pour les patients. Dans certains départements, il y a une équipe mobile de psychiatrie mais ailleurs, les pompiers, voire même les forces de police, sont souvent les premiers acteurs à se rendre au domicile de la personne. A Paris, le centre 15 met un psychiatre à disposition et il est en lien étroit avec le CH de Sainte Anne. De plus, un travail a été réalisé sur ce point dans le rapport sur l'aval des urgences. Il est essentiel d'établir des connexions entre la psychiatrie et le réseau général de la prise en charge des urgences. La réponse à l'urgence psychiatrique est disparate et fragmentée sur les territoires. Le SPTS pourrait être un moyen d'y remédier. Le rôle du médecin généraliste, en amont des urgences, est aussi important, pour la prise en charge des patients psychiatriques.

D'une façon générale, les besoins des personnes avec altération des fonctions cognitives supérieures mériteraient d'être mieux pris en compte.

Il est évoqué le fait que les liens entre la médecine ambulatoire et les services de psychiatrie peuvent permettre d'anticiper sur les situations d'intervention à domicile.

La problématique de la prise en charge par les pompiers a été évoquée. Ils ne prennent pas en considération le lieu habituel du patient pour l'orientation dans les services d'urgences. Dans le cadre de la mise en place d'un système territorial, cette question est à envisager.

La distinction entre les « vraies » et les « fausses » urgences a été discutée. Pour certains, cette opposition est un « *faux débat* » car tous les malades ont leur place aux urgences. De plus, les urgences dites

« évitables » ne représenteraient que 5% des urgences selon certains, alors que d'autres affirment que 80% des patients pourraient être pris en charge ailleurs. Il est nécessaire de regarder « *l'amont* » des urgences. , car pour d'autres enfin, le débat véritable ne se situe pas entre vraies et fausses urgences, mais plutôt entre urgences évitables et urgences adéquates : des urgences sont souvent parfaitement adéquates, sans pour autant cesser d'avoir pu être, à un moment donné, des urgences évitables. C'est un enjeu important de la stratégie nationale de santé. Les maisons médicales de garde jouent un rôle essentiel avec la PDSA mais ont une influence très faible sur le taux de recours aux urgences.

La discussion a porté sur les modalités de financement. L'enveloppe forfaitaire semble être la mieux appropriée pour favoriser les coopérations.

Certains ont souligné la nécessité de se « *recentrer sur les attentes des patients* » en évitant de rentrer dans des « *considérations corporatistes* ».

En lien avec le SPTS, il ressort de ce débat, la nécessité de mettre autour de la table les urgentistes, les médecins généralistes, les centres de santé, les acteurs de la psychiatrie, les établissements médicosociaux, ... pour élaborer un mode d'organisation optimisée pour la prise en charge des soins non programmés et des urgences.

❖ **Présentation d'une équipe de territoire entre deux équipes d'urgences (Dr SOULAT, CH de Châteauroux)**

Les éléments de contexte ont été présentés au début de l'exposé. Cette équipe se situe sur un département rural, très étendu et peu peuplé. La démographie médicale y est très défavorable, avec des médecins généralistes qui sont proches de la retraite. La PDSA a été transférée sur les services hospitaliers d'urgences.

En 2008, la fédération des médecines d'urgences s'est fixée pour objectif d'harmoniser les pratiques en matière de prise en charge des urgences. En 2013, la convention constitutive du pôle territorial a été signée. Ce dernier rassemble l'activité d'urgence du département (CH de Châteauroux et Hôpital du Blanc). Il permet une meilleure prise en charge des patients et favorise les échanges entre les praticiens. Il a pour objectif de mieux orienter les patients et de consolider les équipes médicales. Ce pôle est piloté par un responsable nommé par les deux présidents de CME et il est aidé d'un médecin responsable des urgences à l'hôpital du Blanc. L'organisation dispose d'un hélicoptère ce qui permet de rapprocher du plateau technique de l'hôpital de Châteauroux. Le développement de la télémédecine permet d'avoir des échanges sur plusieurs spécialités.

Les avantages de ce dispositif ont été présentés. Il permet d'harmoniser les pratiques, de faciliter le parcours des patients et d'optimiser l'accès au plateau technique et la gestion des lits. Le rapprochement entre les équipes a permis d'équilibrer la charge de travail et d'homogénéiser le niveau de compétences des urgentistes sur le territoire. Les inconvenients ont également été soulevés. La difficulté a été de convaincre les personnels de la nécessité de mutualiser les équipes. Il y a toujours la crainte du plus petit face au plus grand et la réticence devant les trajets plus nombreux. Par ailleurs, le problème lié au versement de la prime multi sites vient d'être résolu.

La place des établissements d'hospitalisation privés a été abordée. Un gros travail avec les cliniques a été réalisé. Le service de soins continus de la clinique travaille avec l'hôpital de Châteauroux, notamment par le biais d'une coopération pour la réanimation. Il n'y a pas de concurrence car les acteurs sont complémentaires.

La constitution d'une CHT est en cours, sur la base d'un projet médical de territoire. L'hôpital d'Issoudun va intégrer cette CHT et va mettre en place une antenne SMUR. La gestion des lits des établissements membres de la CHT est réalisée par le biais de l'outil « trajectoire ».

A moyen terme, l'organisation tend vers la mise en place d'une équipe départementale avec une activité multi sites où la télé-médecine sera développée. Les filières d'orientation seront consolidées autour de la régulation médicale du SAMU. Enfin, seront mis en place des modules de formation à la communication pour toutes les personnes ayant à intervenir dans la prise en charge des urgences.

❖ **Présentation d'un centre de soins non programmés (Dr FRICHET et Mme BAUDE)**

- Présentation de Mme BAUDE (ARS Haute-Normandie)

L'ARS rappelle certains éléments de contexte. La Haute Normandie est une région composée de deux départements avec 4 territoires de santé. 58 000 habitants se trouvent à plus de 30 minutes d'une structure d'urgences. L'accès le plus long est estimé à 47 minutes.

L'ARS Haute Normandie accorde une place importante à la régulation ambulatoire des soins non programmés et des urgences.

Le pôle de santé de territoire est l'interlocuteur privilégié au sein duquel les soins non programmés seront pris en charge (centre de permanence de soins non programmés CPSP)

Plusieurs actions ont permis de mieux organiser la PDSA telles que le renforcement des trois centres de permanence (dont un qui fonctionne 24h/24, salles de soins équipées), le renforcement d'un « dispositif relai » avec un infirmier sapeur pompier et la mise en place d'un SMUR hélicoptère.

- Présentation du Dr FRICHET (Fédération nationale des maisons et pôles de santé)

Le Dr FRICHET a fait une présentation de la structure qui est à la fois une maison pluridisciplinaire de santé et un centre de permanence de soins non programmés à Neufchâtel en Bray. Ce centre assure la prise en charge des soins non programmés en associant la médecine de ville et les professionnels hospitaliers.

Un GCS de droit privé formalise cette coopération entre la MSP et le Centre hospitalier. Le CLIC est également intégré. Les médecins de la MSP présents à tour de rôle au Centre de Permanence y travaillent en binôme avec le personnel de l'hôpital : infirmiers, manipulateurs radio. Ils ont à leur disposition un plateau technique adapté qui facilite et sécurise le travail. Ils sont payés au temps de présence et ne sont pas directement liés à l'acte. Le centre fonctionne 7j sur 7 et 24h sur 24h. Il compte environ 12000 passages par an. C'est une « passerelle » entre le cabinet médical de ville et la structure d'urgences. Il prend en charge ce qui relève de la traumatologie, des urgences médicales et des soins complexes.

Le centre réalise également une activité de télé-médecine (conventions pour le transfert d'images). Des procédures de télé-expertises orthopédique et cardiologique et de télé-diagnostic radiologique en lien avec des structures privées de Rouen sont également développées. Un système de télé-diagnostic en lien avec le CHU de Rouen est également développé. Au delà de la prise en charge des soins non programmés, le centre assure l'animation du réseau territorial de santé. Ce mode d'exercice attire les jeunes professionnels (+10 médecins en quelques années).

Le centre a deux sources de financement : l'activité propre du centre (facturation par feuilles de soins) et l'hôpital qui bénéficie de dotations spécifiques. Un point est soulevé sur la pérennité de ces financements.

Les subventions ne sont qu'annuelles donc il existe une insécurité permanente. Il serait intéressant de réfléchir dans le cadre du SPTS à des modes de financement pluriannuels.

Cette organisation émane de la volonté des acteurs locaux (médecins libéraux) qui ont développé leur projet en s'appuyant sur des outils juridiques existants (SISA, GCS) en lien initial avec le SAMU. Cette dynamique territoriale apporte également une aide au maintien des cabinets médicaux périphériques. Ce centre répond à la demande qui se situe dans « *la zone frontrière* ». Cela permet à la population d'avoir une réponse clairement identifiée, sans carence.

Cette présentation souligne l'importance de la réflexion territoriale et du passage de la relation professionnel / patient à celle d'équipe / population (la responsabilité populationnelle, attribut du SPTS).

❖ **Présentation de Mme VIGNE du contrat de modernisation de l'offre et des parcours de soins (Directrice de l'efficience de l'offre de soins à l'ARS Rhône-Alpes)**

Cette expérimentation concerne plus particulièrement le secteur sanitaire. Les procédures de contractualisation en vigueur ne répondent véritablement pas aux attentes. Il n'existe pas d'approche globale permettant une réponse d'ensemble aux besoins de la population. Le contrat de modernisation présenté par l'ARS Rhône-Alpes constitue l'une des réponses possibles. C'est un outil de contractualisation pluri-partenarial qui permet de cibler les actions en fonction des dysfonctionnements constatés sur un territoire.

D'un point de vue méthodologique, un pré-diagnostic est établi par l'ARS puis partagé avec la mise en place de COPIL associant les acteurs, des élus, des représentants des usagers. L'ARS réalise une note de cadrage (= attentes du régulateur) et dans un certain nombre de cas, l'ARS procède par des appels à projet en suscitant les initiatives locales. Pour l'année 2013, 9 dossiers ont été retenus et qualifiés comme « *prioritaires* ». Dans la mise en œuvre de ces actions, l'ARS s'engage à apporter un appui méthodologique et un accompagnement social des acteurs (GPEC) et à prévoir un ajustement des autorisations d'activités de soins.

A titre d'illustration, le projet réalisé au sein de la Vallée de la Tarentaise a été présenté. Le problème au sein de cette zone du territoire est relatif à l'organisation des soins urgents et non programmés au sein des cabinets de montagne qui assurent la prise en charge de 140 000 blessés par an. Pour diverses raisons (pression immobilière, secteur 1, vieillissement, ..), il y a un risque réel de disparition de ces cabinets de montagnes qui disposent de plateaux techniques. L'objectif du contrat de modernisation est de pérenniser et de renforcer cette offre de soins de premier recours dans ces zones enclavées. Un cahier des charges a été défini avec, pour Objectifs : le renforcement des structures de premier recours, l'amélioration de l'accès aux soins non programmés, le renforcement de l'efficience.

Le contrat comporte :

- La définition d'une gradation des structures (type 1, 2, 3) selon leur niveau d'équipement
- L'accompagnement financier de l'ARS pour les investissements
- L'organisation des astreintes de jour et de nuit pour les médecins correspondants SAMU (l'exercice collectif permet à un des médecins de dégager du temps pour les soins non programmés)
- La facilitation de la bi appartenance (participation des urgentistes à l'astreinte des MCS)
- La fluidification des circuits et la rencontre des deux mondes (hospitalier et libéral)

Cet exemple illustre le constat selon lequel les vraies zones d'innovation se situent souvent là où il existe de véritables ruptures dans le parcours de soins. L'opportunité de développer un système similaire en Ardèche mais aussi dans des zones plus urbaines a été évoquée.

Conclusion

Des liens peuvent être faits avec plusieurs axes de la SNS pour améliorer la pertinence du recours aux urgences : le développement de l'éducation à la santé pour et de l'information du public et des professionnels au travers des ROR.

Dans les dispositifs présentés, plusieurs liens avec le SPTS peuvent être soulignés tels que l'utilisation de la méthode du diagnostic partagé, la constitution d'équipe opérationnelle de territoire, la procédure de contractualisation.

Certains soulignent que les acteurs politiques doivent se reconnaître dans les territoires. Par conséquent, un « *émiettement* » du territoire n'est pas souhaitable.

Il importe que les coopérations soient finançables, et cela passe probablement par la consolidation de tous les financements sur un territoire pour les flécher en priorité sur les organisations supports de SPTS. Enfin, la visibilité pluri annuelle est une nécessité.

Un participant s'interroge sur les modalités d'achèvement des travaux et regrette que plus de temps ne soit pas accordé aux débats sur les problématiques essentielles comme le financement ou la gouvernance.

La prochaine étape est la réunion plénière du 6 novembre 2013 qui permettra d'aborder les sujets transversaux suivants : le territoire, les modalités de contractualisation, ainsi que l'évaluation.

Liste des participants

Présidente du groupe de travail : Bernadette DEVICTOR

ADESM : Gilles MOULEC

ANEMF : Nicolas ROMAIN-SCELLE

Avenir Hospitalier : Pascal CAMPOMINOSI

CFTC : Yannick LARTIGUE

CMH : François FRAISSE

Conférence des Présidents de CME de CHS : Agnès METTON

Conférence nationale des directeurs de CH : Didier HOELTGEN

DGCS : Fabienne DUBUISSON

DGOS : Natacha LEMAIRE, Christine BRONNEC, Charlotte NEUVILLE, Perrine RAME-MATTHIEU, Elise RIVA et Anaïs VERMEILLE

FEHAP: David CAUSSE

FHF: Florence MARTEL

FHP-MCO: Thierry BECHU

FNEHAD: Anne DABADIE et Eric GINESY

MG France: Roland RABEYRIN

SML: Ozlem SAHIN et Sophie BAUER

SMPS: Olivier FALANGA

SNIL: John PINTE

SOS Médecins : Dominique RINGARD
SSA : Sonia MARESCA
SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT
UNAFAM : Jean-Claude MATHA
UNR : François BOUE
UNSA : Anne-Marie HOARAU
USMCS et FNCS S : Alain BEAUPIN

Intervenants :

CH Châtelleraut : Dr Louis SOULAT
ARS Haute-Normandie : Dr FRICHET et Claire BAUDE
ARS Rhône-Alpes : Céline VIGNE
CNUH : Pierre CARLI et le Pr PATERON des Urgences de l'hôpital Saint Antoine (AP-HP)

A2.2.6 Compte-rendu de la plénière du 6 novembre 2013 : SPTS

Relevé de conclusions de la réunion plénière du 6 novembre 2013 – SPTS

Introduction

Bernadette DEVICTOR a introduit cette séance en précisant son objet et son ordre du jour.

Cette deuxième réunion plénière a pour objet de faire un premier bilan de l'avancée de la réflexion sur le SPTS. Les enjeux de cette réunion ont également été précisés. Il s'agit d'une part de valider les points qui font consensus et d'autre part, de lister les questions sur lesquelles une analyse plus fine doit être réalisée.

L'ordre du jour de cette réunion a porté sur plusieurs points :

- Présentation de la DGOS de la synthèse des ateliers
- Présentation de Bernadette DEVICTOR de la carte mentale
- Interventions de M. FAUCONNIER (Directeur du CH de Niort) et de M. BLAISE (ARS Pays de Loire)

Des échanges ont eu lieu avec la salle entre les différentes présentations.

1. Retour sur les ateliers (Présentation DGOS)

La DGOS a fait une présentation synthétique des ateliers qui ont déjà eu lieu dans le cadre de la réflexion sur le SPTS.

Après un rappel du calendrier du déroulement des travaux, les quatre ateliers (offre de proximité, personnes en perte d'autonomie, maladies chroniques dont santé mentale, soins non programmés et urgences) ont été détaillés en reprenant à la fois les interventions et les principaux thèmes abordés.

Le support de présentation sera joint avec l'envoi du compte-rendu au groupe plénier.

2. Synthèse de la présentation de la carte mentale par Bernadette DEVICTOR et des débats

❖ Présentation de la carte mentale

Bernadette DEVICTOR a présenté au groupe l'état de la réflexion avec la carte mentale qui aborde tous les points et toutes les questions en suspens que pose la mise en place d'un SPTS. Cette carte sera transmise au groupe après quelques modifications actées en séance.

Elle a rappelé l'objectif du SPTS qui est l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le SPTS se positionne comme un service public rendu à une population pour répondre à ses besoins, au regard des objectifs de santé publique définis par la SNS.

Le principe de responsabilité populationnelle a été défini. L'idée est la suivante : les acteurs, sur un territoire, partageant la responsabilité de l'état de santé de la population.

Les quatre principes de service public qui font partie des attributs du SPTS ont été énumérés : neutralité, égalité, continuité et adaptabilité. Un focus a été fait sur le principe d'accessibilité tarifaire avec la question du reste à charge accessible pour les usagers. Aussi, le SPTS renvoie au partage de valeurs communes entre les acteurs.

Les attributs de qualité et de pertinence ont également été abordés. En effet, le niveau de qualité du SPTS devra être défini et la question de la certification du service ou de l'organisation SPTS est posée.

La définition des stratégies de développement pouvant être retenues pour le SPTS a été évoquée. Le principe retenu de déploiement d'un SPTS sur un territoire est un principe ascendant, partant de la volonté des acteurs. Néanmoins, cela renvoie à la question du rôle attendu des ARS notamment en cas de carence d'acteurs ou de volonté des acteurs à agir ensemble au sein d'un SPTS. Cette question est importante, car elle renvoie à un éventuel pouvoir de « contrainte » des ARS. Enfin, l'idée de lier le déploiement des SPTS à la garantie d'un service minimum sur tous les territoires pour tous les usagers n'est pas retenue car non réalisable en pratique.

Le lien a été fait avec le rôle attendu du service public hospitalier pour lequel la coopération avec les autres acteurs est prévue comme étant l'une de ses obligations (cf. travaux du rapport COUTY).

Il a également été rappelé que le SPTS s'inscrit dans un projet territorial de santé, en lien avec le PRS. Il est nécessaire de s'interroger sur la définition des territoires. Sur ce point, il semble que l'idée, partagée par tous, est celle d'une définition souple du territoire en fonction des acteurs et des besoins des usagers. Il n'est pas envisagé de réaliser un « *pré-découpage conçu au niveau national* ». Aussi, il est important de réfléchir à la compatibilité entre les différents territoires SPTS et les territoires administratifs, en lien avec la future loi de décentralisation. Il faut également se demander s'il est possible de mettre en place plusieurs SPTS sur un même territoire. La question d'une priorisation des territoires est également posée pour la stratégie de déploiement du SPTS.

La question de la formalisation de la coopération a été posée. L'idée de l'élaboration d'un contrat territorial de santé entre les acteurs et l'ARS est partagée. La formalisation de l'organisation SPTS peut si nécessaire passer par les outils juridiques existants (ex : GCS).

Le mode de gouvernance à deux niveaux semble à privilégier, avec un niveau de proximité et un autre plus stratégique. La question de la convergence et de la mise en cohérence avec les dispositifs en place (MAIA et expérimentation PAERPA, filières gérontologiques, ...) est essentielle dans la mesure où il faut éviter un « *empilement* » des structures. Il y a une forte attente de « *simplification administrative* ». La participation indispensable des usagers à la gouvernance a été rappelée.

Concernant les outils de mise en œuvre du SPTS, le développement d'un système d'informations partagé (DMP 2, dossier pharmaceutique...) apparaît comme incontournable pour assurer une bonne coordination des acteurs. Le lien avec le service public d'information en santé (chantier SNS) a été fait en citant pour Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

exemple l'annuaire des ressources du territoire et le référentiel d'actions qui assurent une meilleure lisibilité. Le plan personnalisé de santé (PPS) développé par l'HAS dans le cadre de l'expérimentation PAERPA a été également évoqué.

Sur les modalités de financement du SPTS, le contexte financier contraint a été rappelé. Les sources de financement ne sont pas extensibles. Les financements seront donc orientés en fonction de l'organisation des professionnels sur le territoire. Un financement via le FIR serait à privilégier afin de laisser une marge de manœuvre suffisante aux ARS. La question des critères de définition (taille de la cible, type de population, nature et qualité des services rendus) a été posée. L'idée d'un forfait global réparti a posteriori entre les acteurs est avancée.

Les modalités de suivi et d'évaluation ont été présentées. Il semble important que les acteurs se mettent d'accord sur des indicateurs partagés. L'évaluation sera axée sur l'amélioration du service rendu aux usagers.

Les facteurs clés de réussite ont été listés avec notamment la nécessaire implication des élus.

Parmi toutes ces thématiques, plusieurs questions restent en suspens à ce stade de la réflexion :

- Que se passe-t-il si une carence est constatée ?
- Y a-t-il un découpage territorial optimal ?
- Quelles sont les modalités de financement et de gouvernance ?
- Peut-on envisager plusieurs SPTS par territoire ?

Enfin, l'objectif final de cette concertation a été rappelé. Il s'agira de donner des recommandations/orientations pour l'écriture de la loi de santé publique 2014. Des contributions écrites des participants sont les bienvenues afin de consolider les approches autour de ses différentes thématiques du SPTS.

Le débat a ensuite été lancé. La présentation de la carte mentale a suscité plusieurs réactions.

❖ Les débats

Tout d'abord, quelques remarques ont été faites sur les relevés de conclusions des ateliers. Pour l'atelier « offre de proximité », il a été souligné le fait que les médecins spécialistes n'apparaissent « à *aucun moment* » alors qu'ils jouent un rôle important. Il a été également précisé que la matrice de maturité est un outil d'autoévaluation pour les professionnels travaillant dans des structures d'exercice coordonné. L'idée de tenir compte de l'existant et de faire une étude d'impact de l'introduction du SPTS sur le territoire a été soulevée.

Une interrogation par rapport au calendrier fixé pour la loi de santé publique 2014 et celui prévu pour la mise en place des ROR (et des autres outils nécessaires au SPTS) a été posée. Il y a effectivement une question de convergence de calendrier des travaux engagés.

Des remarques ont également été faites sur la méthodologie utilisée. L'impression de « *partir dans tous les sens* » a été évoquée. De fait, la démarche de construction d'une carte mentale, démarche ascendante d'exploration de toutes les branches de la réflexion peut donner à certain-e-s l'impression d'absence de méthodologie.

Sur la dénomination « *service public territorial de santé* », des remarques ont été faites quant à l'incertitude des termes employés et du maintien du « service public ». Sur le fond, cela renvoie à la

promotion des valeurs du service public donc il n'y a pas de glissement en termes de contenu mais la formulation est ressentie par certains acteurs libéraux comme inopportune.

La formation et l'enseignement des acteurs est un facteur clé de réussite pour la mise en place d'un SPTS.

Ensuite, les réactions ont porté sur les modalités de mise en œuvre du SPTS.

- Sur le territoire

Il a été évoqué le principe des « 3 P » (patient, patientèle et population) renvoyant à trois niveaux de territoire différents :

- le premier niveau : le colloque patient-médecin
- le deuxième niveau : la patientèle déclarée du médecin
- le troisième niveau : la population

L'élément de repérage peut être le secteur de garde en médecine ambulatoire. Les conférences territoriales de secteur sont intéressantes, mais elles sont inconnues des acteurs de terrain.

- Sur la gouvernance

L'idée d'une gouvernance collaborative a été avancée, avec la crainte de jeux de pouvoir entre les professionnels libéraux et l'hôpital.

- Sur l'ingénierie

L'élaboration d'un contrat territorial de santé, avec la mise en place d'une relation conventionnelle entre l'ARS et les acteurs, semble partagée.

- Lien avec la psychiatrie

Il a été souligné le fait que le secteur psychiatrique n'apparaît à aucun moment dans les débats alors qu'il s'agit d'une approche en responsabilité populationnelle sur un territoire. La santé mentale est l'une des priorités de la SNS.

- Lien avec la prévention

Il a été rappelé que la prévention et l'éducation à la santé sont des thèmes qui doivent prendre leur place au sein de la réflexion. L'atelier prévention viendra utilement compléter la réflexion.

3. Les interventions

❖ Synthèse de la présentation de M. FAUCONNIER (Directeur du CH de Niort) et des débats

M. FAUCONNIER a présenté un travail qu'il a réalisé avec plusieurs acteurs de santé de son territoire (les médecins généralistes, le secteur médico-social, les usagers...). L'objectif a été de réfléchir sur l'état de santé de la population sur un territoire. Partant de là, un travail en partenariat avec l'Ecole des Mines

de Paris et avec l'accord de la CNAM pour l'exploitation des données du SNIRAM a été réalisé. Un tableau de bord avec des indicateurs a donc été créé. Les données ont été affinées au fil du temps avec le concours de l'ARS.

Un premier tableau a été présenté au groupe. Ce document montre le bilan dans la région du Haut Anjou et permet d'avoir une meilleure vision de la consommation de soins sur le territoire. Il est constaté que les médecins généralistes exportent des soins et que ce territoire a une balance des paiements déficitaire. Ce tableau est intéressant car « *il fait parler le territoire* » et il permet d'en faire la photographie.

Le second document qui a été présenté est un tableau de bord médico-économique (expérimental) pour la région des Deux Sèvres.

Ces tableaux permettent d'objectiver et de donner une représentation commune pour les acteurs d'un territoire. Ils permettent de mettre en lumière certains dysfonctionnements et les failles au sein d'un territoire. A ce stade, ces tableaux ne peuvent pas être diffusés au groupe.

Echanges avec la salle

La présentation suscite l'intérêt des participants. Une remarque a été faite sur les limites du SNIRAM surtout pour la partie ambulatoire. L'idée de la création d'un système d'informations territorialisé complété dans le champ ambulatoire par des éléments médicalisés a donc été évoquée.

Les difficultés liées à la « *sanctuarisation* » de certaines données ont été soulignées. Les données de l'ORS peuvent également être mobilisées pour ce type de travail et il serait également intéressant d'utiliser des données populationnelles.

D'un point de vue général, il ressort des échanges que le principe du tableau de bord de territoire pourrait être retenu et utilisé dans le cadre du SPTS.

❖ **Synthèse de la présentation de M. BLAISE (ARS Pays de Loire) et des débats**

La présentation a été structurée en trois parties envisagées successivement. Le support de présentation pourra être transmis au groupe si validation de l'ARS.

- Territoire

L'enjeu a été présenté. Il s'agit de passer d'une logique centrée sur les pathologies ou sur les opérateurs à une logique de territoire. L'idée de cette démarche a été de définir des territoires d'action, les territoires de santé de proximité puis d'identifier les zones fragiles conventionnelles, en lien notamment avec les travaux du Pacte territoire santé.

Les territoires de santé créés par la loi HPST correspondent aux départements pour coïncider avec les politiques médico-sociales du Conseil Général. Les territoires dits de « santé de *proximité* » correspondent aux territoires d'intervention des équipes de soins pluriprofessionnelles (30 à 50 000 habitants). Ce sont des territoires d'action mais aussi des territoires de projets (contrats locaux de santé). Puis, la délimitation a évolué vers un niveau plus fin : celui de la patientèle et des équipes de soins. En effet, la dynamique des professionnels a parfois précédé la définition des territoires. Ce découpage permet d'observer précisément la démographie médicale pour savoir où les efforts doivent être portés en termes d'accessibilité aux soins.

Une cartographie du territoire a été présentée au groupe. L'indicateur de l'INSEE relatif à l'accessibilité potentielle localisée qui tient compte de la charge des professionnels est utilisé pour la réalisation de ces cartes. La carte relative aux espaces d'équipes de soins fragiles (en zone rouge) a été présentée.

- Parcours

L'idée du parcours est en lien notamment avec l'expérimentation PAERPA. Les travaux du HCAAM ont été cités en appui des développements. Le dispositif mis en place dans le cadre de PAERPA favorise la prise en charge à domicile avec une meilleure coordination des intervenants (SSIAD, hébergement temporaire, structures d'accueil de jour, EHPAD) autour de la personne âgée en perte d'autonomie. Trois piliers ont été identifiés pour la coordination : le partage d'informations, la mise en œuvre de fonctions d'appui à la coordination (information des usagers et des professionnels, gestion des cas complexes, ...), la mise en place d'une gouvernance qui soutient l'intégration des professionnels dans le dispositif.

- Gouvernance

Il a été souligné l'importance de « *faire profit* » de l'existant. A ce titre, la gouvernance de PAERPA s'appuie sur celle mise en place au sein des MAIA. Dans la gouvernance stratégique, le transfert de charges entre financeurs constitue un enjeu majeur. Il faut également être vigilant à la taille des territoires afin de ne pas avoir « *trop d'acteurs autour de la table* ».

L'idée d'éviter un empilement des organes de gouvernance, avec une seule gouvernance intégrée sur un territoire débouchant sur la coordination des professionnels, est rappelée.

Pour conclure, le lien a été fait avec le SPTS. Celui-ci doit être garant des principes de service public. Il doit également constituer « *un levier des initiatives en cours* », dans une logique ascendante.

Echanges avec la salle

- *Sur l'accompagnement de l'ARS*

L'accompagnement des ARS est majeur dans le déploiement de ce genre de projet mais des difficultés de terrain sont constatées. En effet, les organisations qui se sont créées avec des cultures différentes ont leur propre mode de fonctionnement et de gouvernance. Il y a nécessairement une période de montée en charge. Il est souligné une « *tradition du consensus* » sur le territoire nantais avec des acteurs volontaires pour travailler ensemble.

- *Sur les modalités financières*

La question du transfert de charges a été reprise dans les débats. Actuellement, il n'existe pas d'outils pour réaliser des transferts directs. La fongibilité du FIR permet d'avoir des marges de manœuvre pour négocier avec les acteurs. Cette marge de manœuvre devrait être développée.

- *Sur la gouvernance*

La nécessité d'avoir un « *catalyseur* » est posée. Il semble essentiel qu'il y ait un référent qui coordonne le parcours. La mise en place territoriale du parcours devra sans doute reposer sur un pilote désigné car l'animation du parcours n'est pas « *naturelle* ».

- *Sur le territoire*

L'échelle départementale est intéressante car cela permet d'impliquer les élus dans les décisions stratégiques. La nécessité d'être « *plus incitatif au niveau national* » est avancée, notamment par la définition de territoires prioritaires ou pilotes.

Par ailleurs « l'effet vertueux » du SPTS sera-t-il un levier suffisant ?

Conclusion

Bernadette DEVICTOR a annoncé les thèmes des trois ateliers à venir au mois de novembre. Elle a rappelé que les contributions/ présentations dans les ateliers sont depuis le début ouvertes à ceux qui le souhaitent. Elle a également appelé les participants à envoyer des contributions écrites à la réflexion globale sur le SPTS sur les principales questions abordées au cours de la séance : les territoires, la gouvernance, le financement, la traduction opérationnelle des obligations de service public, la stratégie de déploiement et la conduite à tenir en cas de carence, etc.

Bernadette DEVICTOR rappelle qu'elle est à disposition pour rencontrer les différentes organisations pour travailler sur les recommandations relatives au SPTS.

Liste des participants

ADESM: Gilles MOULLEC
ADESSADOMICILE, Aurore ROCHETTE
ANEMF, Nicolas ROMAIN-SCELLES
Avenir hospitalier, Bertrand MAS
ARS PAYS-DE-LOIRE, Pierre BLAISE
CFDT, Nathalie CANIEUX
CFE-CGC, Thierry AMOUROUX
CH-FO, Christian GATARD, Hélène THALMANN
CIH, Guillaume BLANCO
CMH, Rémy COUDERC, Jean-Gérard GOBERT, Claudine AZOULAY
CISS : Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, Daniel CARRÉ, Nicolas BRUN
CNAMTS, Michel MARTIN
CNDEPAH, Marie-Hélène ANGELLOZ-NICOUD
Collège des DG d'ARS, François DUMUIS

Conférence nationale des Présidents de CME des CHS, Christian MULLER, Sylvie PERON
Conférence nationale des Présidents de CME des hôpitaux généraux, Dr Pascal FORTIER
Conférence nationale des Présidents de CME, FHP Dr Jean-Luc BARON
CSMF, Dr Luc DUQUESNEL
DIHAL, Dr Pascale ESTECAHANDY
FHF, Florence MARTEL
FHP, David CASTILLO
FNCS, Hélène COLOMBANI
FNEHAD, Eric GINESY, Anne DABADIE
INPH, Jean-Michel BADET, Dr Michel TRIANTAFYLLOU
ISNIH, Emmanuel LOEB, Lionel BARRAND
MG France, Dr Claude LEICHER, Bernard PLEDRAN
Secrétariat Général, Marie-Claude HITTINGER
SML, Dr Sophie BAUER
SMPS, Christophe GAUTIER
SNAM-HP, Jean-Pierre ESTERNI
SNIL, TOUBA Annick et John PINTE, secrétaire général
SNMPMI, Dr Elisabeth JUDE-LAFITTE

SNPST, Dr Gérard LUCAS
SOS Médecins, Dr Dominique RINGARD
Syndicat National des Médecins de PMI, Elisabeth JUDE LARITTE
SYNCASS-CFDT, Michel ROSENBLATT
UNA, Line LARTIGUE
UNPS, Patrick PERIGNON
UNR Santé, Pr François BOUE ou Dr Gérard MICK
UNSA Santé et Sociaux, Jean-Claude STUTZ
UPSO, P. GELBHART
URIOPSS Ile-de-France, Michèle ESTRAILLIER
USMCS, Alain BEAUPIN
Personnalité Qualifiée, Pierre ALEGOET
Personnalité Qualifiée, Yves AUROY
Personnalité Qualifiée, Paul CASTEL
Personnalité Qualifiée, Jean-Noël CABANIS
Personnalité Qualifiée, Bertrand FENOLL
Intervenant : ARS PAYS-DE-LOIRE, Pierre BLAISE
Intervenant : Directeur du CH de Niort, Bruno FAULCONNIER

A2.2.7 Compte-rendu de l'atelier : SPH du 14 novembre 2013

Relevé de conclusions - Atelier Service public hospitalier - 14 novembre 2013
--

Introduction

Bernadette DEVICTOR introduit la séance en rappelant les grands axes du Rapport COUTY sur le service public hospitalier (SPH). Sa réintroduction, sous une forme rénovée, est nécessaire, et doit s'inscrire dans une approche territoriale en lien avec le SPTS. Ainsi, il convient d'envisager les modalités de rétablissement du SPH et d'en définir ses contours.

La séance est organisée autour d'une présentation historique et juridique du SPH de la DGOS, d'interventions des fédérations (FHF, FEHAP, FHF, UNICANCER et FNEHAD) sur leur vision globale du SPH puis d'un débat.

1. Synthèse de la présentation de la DGOS (Natacha LEMAIRE) sur l'évolution du cadre juridique du SPH

Seuls les principaux points sur le SPH sont repris dans ce relevé de conclusions dans la mesure où le support de présentation est joint à l'envoi du compte-rendu.

Avant d'envisager une évolution du cadre juridique du SPH qui sera traduite dans de la loi de santé publique 2014, il est nécessaire de rappeler l'historique du SPH et son articulation avec les règles européennes.

❖ Historique

La Loi Boulin a créé le SPH. Elle prévoyait que les établissements publics de santé étaient de droit SPH. Les établissements privés à but non lucratif (PSPH) pouvaient participer au SPH à leur demande. Les établissements privés à but lucratif pouvaient être associés au SPH par le biais d'un contrat de concession de service public. Les obligations de service public s'appliquaient à l'ensemble de l'activité de

l'établissement, à l'exception des établissements privés à but lucratif concessionnaires où les obligations concernaient uniquement l'activité concédée.

En 2009, la loi HPST a supprimé toutes les références au SPH. Elle a instauré une liste de 14 missions de service public ouvertes à tous les acteurs. La notion de « *bloc de SPH* » a donc été supprimée.

❖ Les règles communautaires

Il est nécessaire de prendre en compte le cadre communautaire dans le rétablissement du SPH en droit français.

La notion de « *service d'intérêt économique général* » (SIEG) est un concept communautaire mais qui ne se superpose pas avec celui de SPH. Le SIEG a une définition de nature jurisprudentielle qui implique trois conditions cumulatives à remplir pour être qualifié de SIEG (cf. présentation jointe).

La question majeure qui se pose est celle de savoir si l'ensemble de l'activité de soins des établissements de santé, tous statuts confondus, peut être qualifié de SIEG. Si la réponse n'est pas évidente, il reste certain qu'une partie de l'activité des établissements de santé peut être qualifiée de SIEG. Le lien entre le rétablissement du SPH et les règles communautaires concerne l'existence de règles particulières de financement à respecter.

❖ Réintroduction et rénovation du SPH

Le cadre législatif pour le rétablissement du SPH est celui de la loi de santé publique 2014. Afin d'assurer la compatibilité avec le droit communautaire, il convient de privilégier une approche par les obligations et non par le statut des établissements, de manière à faire le lien entre les obligations et les modalités de financement.

Un point d'attention est appelé sur « *l'effet cliquet* », Un retour à la situation antérieure n'est pas impossible, mais rendu difficile de par la mise en œuvre de la loi HPST, en particulier concernant l'attribution de certaines missions de service public aux établissements de santé privés (ex : PDSSES).

2. Synthèse des interventions des Fédérations

Cinq fédérations se sont exprimées sur leur vision du SPH et sur son articulation avec la réforme du SPTS. Les interventions sont reprises dans l'ordre chronologique.

❖ La FHF (René CAILLET)

René CAILLET indique que le service public territorial de santé est un sujet majeur sur lequel la FHF mène une réflexion depuis plusieurs années, en lien avec la publication de sa plate forme politique.

En ce qui concerne le SPH, la vision de la FHF est proche de l'esprit de la loi 1991, avec une intégration des 14 missions listées par la loi HPST au sein des missions inhérentes au service public. Cette réintroduction doit également s'accompagner d'un pouvoir « *d'injonction* » de la puissance publique (Etat ou ARS) avec mise en demeure, en cas de carence de l'offre sur un territoire. La réintroduction d'une notion de service public permet de prévoir et d'organiser une injonction adressée aux professionnels, y compris ceux qui ne sont pas directement acteur du service public (par exemple en ce qui concerne la liberté d'installation des acteurs libéraux), pour effectuer un service.

Dans cette perspective, l'approche par les obligations, est effectivement un commandement fort à l'application réelle du SPH.

Si les établissements de santé publics sont naturellement les premiers acteurs du SPH, la FHF estime que le SPH doit être ouvert aux autres établissements.

Le SPTS implique une approche populationnelle dont il conviendra de définir si elle est complémentaire du SPH, si elle en est une déclinaison (sur le mode du secteur en psychiatrie). Il s'agit d'une notion complexe qui suscite encore beaucoup d'interrogations. La FHF mène actuellement une réflexion sur le « *service territorial* » de santé et bien que les débats ne soient pas clos sur le sujet, l'hypothèse d'une phase d'expérimentation semble devoir être retenue. La réflexion sur le SPTS pose des questions essentielles sur les modalités de financement et de gouvernance. Sur ce dernier point, René CAILLET souligne que le SPH n'a pas vocation à être le pilote du SPTS. Un « *co-pilotage* » territorial serait préférable, mais pose toujours des questions compliquées de résolution des conflits et le rôle de l'ARS devra être évoqué dans ce cadre. La FHF évoque le fait qu'il n'existe pas de « *territoire type* » et que la variabilité des territoires n'est cependant pas facile à gérer. On pourra cependant tirer les conclusions de l'expérimentation PAERPA dans quelques temps pour alimenter la réflexion. Le service public hospitalier et le service public territorial de santé ne sont pas superposables. En conclusion, la FHF indique qu'il y a donc un socle « *dur* », le SPH, qui doit de toute façon trouver sa place dans la future loi de santé publique, et un dispositif « *souple* », le SPTS, sur lequel il convient encore de travailler.

La FHF débattre des conclusions de ses travaux le 11/12/13 lors de sa convention nationale. Celles - ci seront ensuite soumises au conseil d'administration de la FHF en janvier 2014.

❖ La FEHAP (David CAUSSE)

Avant d'engager la présentation elle-même, David Causse fait part de ses plus grandes réserves sur la présentation faite par la DGOS :

- Sur l'évolution du concept de service public hospitalier : pour la FEHAP (et sans doute beaucoup d'autres) il n'est pas conforme à la lettre des textes cités et commentés ni aux analyses de la doctrine, de rattacher à la Loi Hospitalière de 1991 le détachement entre les activités de soins et les garanties du service public hospitalier ;
- Sur les implications du droit européen pour le sujet de la définition du service public hospitalier : pour la FEHAP, la DGOS « fait parler » le droit européen bien au-delà de ce qu'il énonce véritablement comme cadre potentiellement contraignant. En réalité, les questions de santé sont très faiblement engagées dans des dimensions européennes, avec une application de la règle de l'unanimité et un très faible impact sur les échanges intra-communautaires. Dans ce cadre particulier, ce que l'Europe est susceptible de sanctionner se range plutôt dans le registre des décisions pour lesquelles la France se met gravement en contradiction avec les principes qu'elle aurait énoncés elle-même, dans une forme d'exigence de cohérence avec soi-même.

David Causse précise ainsi qu'un des enjeux de la redéfinition du service public hospitalier est également – du fait d'incohérences ou d'ambivalences conceptuelles ou rédactionnelles qui pourraient être propres au gouvernement et au parlement français - de ne pas « apporter de l'eau au moulin » de contentieux européens en cours ou à venir. Une mauvaise redéfinition législative du service public hospitalier pourrait ainsi venir contredire l'arrêt de la convergence tarifaire et préparer la censure de la double échelle des tarifs, intrinsèquement liée dans sa légitimité à la définition des rôles respectifs en matière de service public hospitalier.

Pour autant, il est des principes de justice ou d'équité budgétaire et tarifaire sur lesquels il n'est pas besoin d'inventer du droit européen ou des « effets cliquet » putatifs : la neutralité tarifaire -à savoir la cohérence entre l'échelle des coûts et l'échelle des tarifs- est un principe hexagonal qu'il est parfaitement

possible d'adosser à des normes juridiques françaises de haut rang¹⁹, d'ores et déjà existantes et assurément pérennes.

Cette clarification apportée, David Causse rappelle les grandes lignes des analyses et propositions de la FEHAP sur le service public hospitalier, en 7 points :

- 1) **Rétablir le « bloc de service public hospitalier »**, dans un continuum « soins-enseignement-recherche », dans la ligne directrice posée par le rapport Couty et les déclarations de Marisol Touraine à ce sujet.
- 2) **Rétablir le lien entre « le bloc de service public » et son portage par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dans leur vocation naturelle de « participant au service public hospitalier » (PSPH).** L'écriture d'un texte de loi, qui comporte ses dimensions techniques voire technocratiques, doit prendre soin de ne pas trop s'éloigner des perceptions et sensibilités de la société civile, pour laquelle la non-lucrativité publique ou privée non lucrative est une valeur de rang élevé concernant les activités de santé.
- 3) **Répondre, avec les obligations de service public, aux demandes profondes des français et des parlementaires qui les portent :** les délais d'attente, l'absence de reste à charge. Ce sujet amène une difficulté avec le sujet emblématique de l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans les EPS et de son encadrement (suffisant ou non). Cette question existe d'une autre manière pour 10 établissements de santé privés non lucratifs (sur 700), du fait d'une situation historique de collaboration très ancienne avec des médecins libéraux. La logique serait d'organiser cette collaboration dans le cadre d'une activité libérale uniquement en secteur opposable ou en secteur 1. Toutefois et dans certaines disciplines, le respect du secteur 1 est devenu illusoire, du fait du fort décalage apparu entre les tarifs de la sécurité sociale et les coûts : ici aussi se présente un énorme sujet de neutralité tarifaire, sous lequel il s'avère que le vrai sujet est tout autant celui de l'équité de fixation par la sécurité sociale des montants d'honoraires entre disciplines médicales (et donc entre patients), et non seulement le sujet de la partie émergée des dépassements d'honoraires. Pour la FEHAP, le rétablissement du service public hospitalier doit traiter de ce sujet, et au moins serait-il possible de se situer dans une démarche de « zéro reste à charge après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires).
- 4) **Rétablir aussi des obligations de service public qui participent aussi des prérogatives nécessaires du DG-ARS pour assurer la « légitime défense » de l'intérêt général, à savoir :**
 - a. La définition et validation des orientations stratégiques associant l'EPS ou le PSPH et le DG-ARS,
 - b. La transparence et la validation des comptes des EPS et PSPH par le DG-ARS (EPRD, PGFP voire PRE),
 - c. L'administration provisoire en cas de défaillance répétée et continue de la gouvernance de l'EPS et du PSPH
 - d. Le respect des principes d'égalité, de neutralité et de continuité²⁰ du service public pour l'ensemble des activités de soins menées par l'EPS ou le PSPH,

¹⁹ Ainsi le principe constitutionnel d'égalité devant les charges publiques.

²⁰ Le principe de continuité du service public a une traduction importante et très opérationnelle avec la notion de service minimum applicable.

- e. L'obligation de proposer une réponse à des besoins de santé ou à des territoires non couverts, lorsque l'ARS en fait le constat et en formule la demande aux EPS et PSPH, (obligation qui apporte un élément de lien entre SPH et SPTS),
 - f. Une non-lucrativité absolue et un désintéressement personnel des dirigeants non salariés des EPS et PSPH, avec des dispositions explicites concernant d'éventuels conflits d'intérêt à prévenir
- 5) **Amplifier la participation des usagers et de leurs organisations représentatives dans la gouvernance** des établissements de santé publics et privés non lucratifs (dont les usagers sont souvent à l'origine et en responsabilité de gestion), **mais aussi dans la gouvernance territoriale**, avec la régulation territoriale du SPH (et du SPTS) avec les autorités de contrôle et de tarification,
 - 6) **Organiser sous la forme de concessions de service public**, l'implication de structures privées de droit commercial, pour satisfaire les besoins de la population avec les garanties et obligations de service public, ainsi que les compensations adaptées desdites sujétions,
 - 7) **Ouvrir la possibilité à des structures privées de droit commercial qui opteraient pour le statut d'entreprise de l'économie sociale et solidaire (vote du Sénat du 7 Novembre)**, avec une lucrativité limitée ou encadrée des propriétaires de parts sociales (réinvestissement majoritaire dans l'entreprise) et qui fonctionneraient dans le cadre d'une absence de reste à charge pour les patients après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires, de bénéficier en contrepartie de la possibilité d'exercer une option d'adhésion à l'échelle publique des tarifs.

❖ La FHP (Elisabeth TOME- GERTHEINRICH)

La FHP débute son intervention en énonçant deux points de vigilance. D'une part, il faut éviter de se « diluer » dans des débats autour des intérêts respectifs afin de garder la dynamique du groupe. Il est important de se rester centré sur les besoins des usagers. D'autre part, il faut être vigilant vis-à-vis de l'Europe et du respect des dispositions communautaires. En effet, l'Etat français court le risque d'être condamné s'il ne respecte pas le droit européen.

Sur le SPH, la FHP rappelle que les établissements publics constituent la « clé de voûte » du système de santé, dans la mesure où contrairement aux autres établissements, ils sont « immortels ».

Concernant le SPTS, la FHP est favorable à la conclusion d'un contrat territorial entre les acteurs et l'ARS. En effet, l'enjeu est de répondre aux besoins en santé (incluant donc le médico-social) de la population. Il existe 10-12 besoins en santé fondamentaux, qu'il est possible de définir et sur lesquels tous les acteurs doivent s'engager : l'hôpital public bien sûr mais pas seulement, et la FHP cite quelques territoires (Sarcelles, Trappes) où ce sont des cliniques de statut commercial qui sont présentes. L'essentiel est que l'ARS réunisse tous les acteurs et leur demande de s'engager. E. TOME souligne l'intérêt de la notion de « *servitude de service public* », principe déjà détaillé dans ses contributions écrites pour le rapport COUTY.

❖ UNICANCER (Hélène ESPEROU)

UNICANCER a rappelé que la notion d'appartenance au SPH est effectivement identifiante pour les établissements ex PSPH, dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Il est nécessaire de bien distinguer les missions de service public et les obligations. Pour les missions, il faut envisager le retour à un « *bloc complet* ». La mission de soins se doit d'être rétablie dans son entier. Le périmètre de la notion de « soins » doit être revu en allant au-delà du soin purement curatif. Concernant les obligations de service public (égalité et continuité), il semble important d'envisager quelque chose de plus fonctionnel. A titre d'illustration, UNICANCER a évoqué l'application du tarif opposable dans les CLCC. Les médecins sont salariés (secteur 1) donc il n'y a aucun dépassement d'honoraires pour les patients.

Les principes d'égalité d'accès et de continuité nécessitent quant à eux des coopérations pour leur mise en œuvre, coopérations qui doivent être portées financièrement.

Pour conclure, UNICANCER a souligné la nécessité de « *rendre visible* » les parcours à tarif opposable ainsi que l'importance de la participation des usagers au sein des instances de gouvernance.

❖ La FNEHAD (Eric GINESY)

A titre liminaire, la FNEHAD souligne la difficulté de penser le SPH alors que la dénomination du SPTS n'est pas encore stabilisée. Le SPH doit nécessairement être ouvert sur son environnement en se coordonnant, en amont et en aval, avec l'ensemble des acteurs du SPTS.

L'HAD se positionne de façon un peu particulière puisque d'ores et déjà elle est en principe en position de responsabilité populationnelle bien que composée d'établissements publics, ESPIC et d'établissements privés de statut commercial. La difficulté est bien dans la généralisation des principes. En effet, la qualité de la prise en charge implique que le patient soit adressé vers l'acteur qui a la plus forte valeur ajoutée pour le patient. Cela pourrait conduire à l'élaboration d'un cahier des charges établissant les critères qui définissent sur un territoire les établissements qui participent au service public.

La FNEHAD partage les grands axes déjà dégagés sur le SPTS : la responsabilité populationnelle, l'approche par les besoins et le rôle clé de la coordination sur un territoire.

La FNEHAD souligne l'enjeu du SPTS qui est d'assurer la lisibilité de l'offre de soins, en incluant le secteur médico-social et le premier recours. Cela nécessite une suppression des « *redondances* » de l'offre. L'élaboration d'un engagement conventionnel entre les acteurs de type « *CPOM territorial* » pourrait être une bonne piste.

La FNEHAD fait également le lien avec les MAIA qui permettent une identification claire des acteurs et qui met en place un système de guichet unique.

L'UNIOPSS souhaite intervenir à ce stade et indique qu'il lui semble qu'il existe un certain consensus autour de la nécessité d'une évolution du système de santé. On sent actuellement beaucoup d'inquiétude des acteurs autour des questions de financement et le service public est un concept fédérateur qui doit s'imposer. Ce sera aussi une façon de reconnaître la place particulière des établissements privés à but non lucratifs qui étaient devenus invisibles avec la loi HPST. Ces débats autour du SPH et du SPTS sont une chance et une façon de poser la question à partir des besoins des patients. Les territoires doivent s'organiser par rapport aux besoins et non par rapport aux acteurs.

Michel ROSENBLATT (SYNCASS-CFDT) rappelle que la loi HPST constituait une véritable révolution qui n'a sans doute pas été suffisamment prise en compte par certains acteurs à l'époque. Il s'agit désormais de remettre de la cohérence au moins pour la lisibilité du système. Par exemple, quand on parle des MSP et des MIG, il faut s'entendre sur la nature des missions et ne pas confondre une approche en termes d'activité et une approche en termes de financement. Il lui semble évident que le SPH est un bloc.

La question n'est pas de définir des activités hospitalières qui relèveraient du SPH et d'autres pas car le sens est bien le cadre dans lequel un acte est effectué.

Dans ce cadre, l'articulation entre SPH et SPTS doit être pensée finement et il faut répondre à des questions de principe telles que : Veut-on une autogestion encadrée ou au contraire une planification avec un pilotage intégré ?

Le CISS souligne que plusieurs intervenants ont souhaité une meilleure intégration des usagers dans les gouvernances territoriales ou d'établissements. Cela implique cependant de prévoir des ressources indispensables pour la montée en compétence des usagers. Il est surtout essentiel que les usagers soient présents au moment des diagnostics de besoins et de l'évaluation des organisations mises en œuvre et du service rendu.

Concernant l'accessibilité financière aux soins, il faut faire attention à la multiplication des compléments, et à l'évolution des tarifs journaliers de prestations qui sont certes remboursés par les mutuelles mais qui induisent une augmentation des tarifs des mutuelles, ce qui en exclut certains usagers.

Enfin, Nicolas BRUN souligne, en accord avec l'ADESM, la place importante des partenariats entre acteurs. Dans ce cadre, il estime qu'il faut pouvoir imposer la complémentarité des acteurs. Pour cela, le fait de disposer d'un système d'information partagé est indispensable.

L'ADESM souligne que le SPH constitue la colonne vertébrale de la santé publique sur un territoire. Elle évoque également le rattachement de la psychiatrie au dispositif commun, tout en marquant certaines spécificités. Selon l'ADESM, les établissements publics et les ESPIC ont la « *vocation commune* » d'assurer le SPH en santé mentale. De plus, elle évoque l'originalité de la responsabilité populationnelle en psychiatrie avec la nécessité de « *l'aller vers* ». Enfin, l'ADESM insiste sur la nécessaire réforme du financement en s'appuyant nécessairement sur une réflexion autour du contenu des activités de psychiatrie (urgences, hôpital de jour, HAD... etc.)

A l'issue de ces interventions, Bernadette DEVICTOR relève trois points :

- Il est difficile de penser le SPH en dehors du SPTS mais quelle stratégie de développement pour le SPTS ? Jusqu'à présent on avait considéré qu'il était difficile de l'imposer sur tous les territoires et qu'il pouvait y avoir des SPTS thématiques. N'y a-t-il pas un en-commun à la démarche sur tous les territoires avec des déclinaisons thématiques ?
- Le SPTS doit-il inclure tous les professionnels ou être basé sur le volontariat ?
- la question de la carence et les modalités de financement sont deux sujets à approfondir.

3. Synthèse des débats

Les débats se sont principalement orientés sur la réintroduction du SPH, en lien avec la réforme du SPTS, ainsi que sur les modalités de mise en œuvre du SPTS.

❖ Rétablissement du SPH et articulation avec le SPTS

- *Rétablissement du SPH*

La proposition de rétablissement d'un SPH, sous forme de bloc, semble faire consensus. Ce SPH doit se traduire par des obligations et être ouvert, sous certaines conditions, à des acteurs privés de statut commercial.

Sur les 14 missions de service public, le lien est fait entre les missions de service public et les missions d'intérêt général (MIG) définies dans le Code de la sécurité sociale. Il convient de revoir l'ensemble des activités de la liste des MSP pour identifier celles qui continuent à nécessiter un traitement particulier et pourraient éventuellement être traitées comme des MIG, sous réserve de clarifier les concepts entre activité et financement.

L'articulation du SPH avec les dispositions européennes (« *soft law* ») est également débattue. Celle-ci avait déjà été évoquée lors des travaux du rapport COUTY. Il s'agit de réfléchir aux adaptations à prévoir pour que la réintroduction du SPH n'entre pas en contradiction avec la jurisprudence communautaire.

- *Articulation avec le SPTS*

Il est avancé le fait que la définition du SPH doit finement s'articuler avec la définition juridique du SPTS. Ce cadre permet d'imposer au SPH des partenariats avec les autres acteurs. Cependant plusieurs participants soulignent que le SPH n'est pas un sous ensemble du SPTS et doit pouvoir être rétabli en soi.

❖ Définition du SPTS

- *Gouvernance*

L'association des usagers à la gouvernance semble faire consensus. Il est nécessaire d'avoir une vraie discussion autour de la valorisation de cette participation (« *investissement citoyen* »), en envisageant une nouvelle responsabilité pour les associations des usagers. La même question a été posée pour l'évaluation de l'organisation support du SPTS, afin de vérifier qu'il n'y a pas un « *type* » de patients qui « *traverse le système de soins* ».

- *Territoire*

Le SPTS peut apporter une méthode d'approche des territoires, sachant qu'il n'y a pas de territoire type mais que la compatibilité entre le SPTS et la définition administrative des territoires est importante afin d'assurer la cohérence avec les politiques publiques.

La question de la méthode de développement est importante car ce qu'apporte le SPTS est une méthode publique d'intervention sur un territoire favorisant l'organisation des professionnels à partir d'un diagnostic partagé. Il a également été évoqué l'importance de rétablir un lien entre l'hôpital et le territoire sur lequel il s'inscrit. Les difficultés liées aux contrastes entre les territoires ont été soulevées. La question de la spécialisation du SPTS et de la définition d'un territoire en regard a été posée.

- *Système d'informations*

La nécessité d'avoir un SI « *interopérable* » afin de permettre la communication entre tous les acteurs du parcours de santé est soulignée.

- *Stratégie de déploiement du SPTS*

L'idée de recourir à la contrainte dans le déploiement d'un SPTS sur un territoire, en cas de carence, est évoquée. La contrainte renvoie à la sanction qui n'a pas d'effet pédagogique. En pratique, il semble difficile de rendre obligatoire l'existence d'un SPTS sur un territoire.

D'une manière plus générale, deux approches sont discutées sur les modalités de mise en œuvre du SPTS : soit opter pour une « *autogestion encadrée* » avec l'idée de l'attribution d'« un label SPTS » à un

service, soit aller vers une démarche de planification avec pilotage intégré. Il semble, à ce stade de la réflexion, que l'approche souple du label soit à privilégier.

La question du développement d'un ou de plusieurs SPTS sur un territoire est posée. Cela renvoie à l'idée de la création d'un SPTS unique avec des déclinaisons thématiques.

Conclusion

Bernadette DEVICTOR rappelle que le concept de SPTS est l'un des engagements de la SNS. L'objectif de la mission qui lui a été confiée est d'explorer l'ensemble des sujets connectés au SPH et au SPTS pour se recentrer sur un socle de base législatif minimum. Il s'agit ici de sortir du régime de l'expérimentation.

La réintroduction du SPH dans la loi fait l'unanimité. Sur les modalités du rétablissement du SPH, il est partagé l'idée que les 14 MSP font partie intégrante du « bloc SPH ». Il est donc proposé de revisiter ces 14 missions au regard des MIG afin de mettre en cohérence les missions et les financements. Concernant l'approche par les obligations de service public, Bernadette DEVICTOR souligne l'importance de l'accessibilité tarifaire pour garantir le principe d'égalité.

Concernant l'articulation du SPH et du SPTS, il est mis en avant le fait que le SPH contribue obligatoirement au SPTS. Le SPH sera un acteur incontournable du SPTS. Le SPTS apporte cependant un cadre de coopération dans lequel la notion de responsabilité populationnelle prend sens. Bernadette DEVICTOR souligne le fait que la question de la subsidiarité du SPH en cas de carence des acteurs de l'offre de proximité mériterait d'être plus développée et est en lien avec les principes d'injonction et de servitude de service public qui ont été proposées par plusieurs acteurs. D'autres possibilités à la main des ARS, notamment des incitations financières peuvent également contribuer à permettre un service effectif pour l'ensemble de la population.

La notion de contrat territorial qui pose un cadre, un « *cahier des charges* » pour l'intervention de chacun est avancée par plusieurs et son contenu mérite d'être affiné.

Sur les modalités de gouvernance et en lien avec la démocratie sanitaire, il est souligné la volonté d'introduire la dynamique qualité au niveau du territoire.

Liste des participants

Présidente : Bernadette DEVICTOR

ADESM : Gilles MOULLEC

CH-FO : Philippe GUINARD

CISS : Nicolas BRUN

CMH : François FRAISSE

Conférence nationale des Présidents de CME des CH : Didier HOELTGEN

Conférence nationale des Présidents de CME des CHS : Christian MULLER

Conférence nationale des Présidents de CME des Hôpitaux généraux : Pascal FORTIER

DGOS: Natacha LEMAIRE, Christine BRONNEC, Adeline TOWNSEND, Charlotte NEUVILLE

FEHAP: David CAUSSE

FHF: René CAILLET

FHP: Elisabeth TOME-GERTHEINRICHS

FNEHAD: Eric GINESY – Anne DABADIE

Personne qualifiée : Professeur GIBELIN

SMPS: Olivier FALANGA

Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

SNAM: Sadek BELOUCIF – Christophe SEGOUIN
SSA: Yves AUROY
SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT
UNAFAM : Jean-Claude MATHA
UNICANCER : Hélène ESPEROU
UNIOPSS : Michèle ESTRAILLIER
UNR : François BOUE
UNSA : Willy KALB

A2.2.8 Compte-rendu de l'atelier : Prévention du 20 novembre 2013

SPTS - Relevé de conclusions - Atelier Prévention - 20 novembre 2013

Introduction

Bernadette DEVICTOR introduit la séance en indiquant que nous entamons la deuxième partie de la réflexion sur le SPTS. L'approche retenue au sein des ateliers est thématique, permettant de partir d'exemples de terrain et de voir en quoi le SPTS apporte potentiellement une plus value à l'existant.

Elle évoque la nécessaire clarification de la dénomination : « *service public territorial de santé* » ou « *service territorial de santé au public* » et l'engagement autour de la promotion des valeurs du service public. Elle souligne également le fait qu'il sera privilégié une approche ascendante, partant d'un diagnostic partagé entre les acteurs et de leur volonté de s'organiser pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population du territoire.

Ensuite, elle avance l'idée de l'élaboration d'un « *contrat collectif* » entre les opérateurs, avec une régulation de l'ARS et des engagements des financeurs.

Bernadette DEVICTOR pose la question d'un ou plusieurs SPTS sur un territoire, en soulignant la complexité qui pouvait résulter de la multiplicité. Elle souligne que la définition du territoire et de sa délimitation devra être réfléchie en lien avec la volonté d'associer les collectivités territoriales.

Enfin, les échéances contraintes de calendrier sont rappelées, avec une inscription des dispositions relatives au SPTS dans la loi de santé publique pour juin 2014.

Synthèse des interventions

➤ **Présentation par Emmanuel RUSCH (PUPH au CHU de Tours - Président de la Fédération Régionale des acteurs en promotion de la santé en région Centre) de la réflexion autour d'un service public de la prévention**

A titre liminaire, il est précisé que la réflexion de la région Centre sur la mise en place d'un service public de prévention émane directement des acteurs de santé. La discussion sur la formulation définitive de l'objectif de cette réflexion (« *service public territorial de prévention* ») est encore en cours.

Une présentation rapide de la région Centre est effectuée. La densité des professionnels de santé (médecins et infirmières) est très faible au sein de cette région. En effet, elle occupe la dernière place, en alternance, avec la Picardie.

Le souhait d'un service public de prévention est né de la Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (FRAPS) qui a initié les premières réflexions. Elle rassemble 53 associations différentes. La FRAPS a développé un pôle de compétences plurielles. De plus, la CRSA et l'ARS ont été saisies dès l'initiation du projet (partenariat fort entre la Fédération et ses deux organisations). Le projet a été inscrit dans le schéma régional de prévention de la région centre et au sein du projet triennal soumis à l'INPES.

La FRAPS partage trois préoccupations communes avec ses interlocuteurs :

- Les ressources financières sont contraintes. Les budgets alloués à la prévention sont en baisse.
- La recherche de la qualité et de l'efficacité des actions de prévention est essentielle.
- Il est nécessaire de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Le faible nombre de professionnels de santé entraîne de facto des déserts médicaux (ex : en Indre, où il n'y a pas de diabétologue).

La FRAPS partage également quatre certitudes communes :

- La prévention est une activité où il y a nécessairement un retour sur investissement (reprise des travaux anglo-saxons).
- L'approche par déterminants de santé et non par pathologies est privilégiée.
- Le travail en « *inter sectorialité* » (sanitaire, social, médico-social) est fondamental.
- La construction d'un service public de prévention se réalise au niveau local.

La réflexion menée par la FRAPS sur la construction d'un service public de prévention s'articule autour des points/actions suivants :

- La question d'un service de prévention « *de référence* » pour les populations éloignées du territoire local est posée.
- Le choix entre un objectif d'égalité ou d'équité est évoqué. Deux options sont donc à envisager : soit il est envisagé que toute la population d'un territoire bénéficie a minima d'un panier de service, soit il est privilégié un raisonnement par rapport à des populations ciblées (vulnérables) qui ont des besoins plus urgents.
- Les bénéficiaires de ce service de prévention sont la population mais également les professionnels de santé qui sont qualifiés de « *bénéficiaires intermédiaires* ».
- Une réflexion est en cours sur l'impact financier de ce projet en termes de retour sur investissement.
- La réalisation d'une cartographie des actions de prévention sur les territoires permet de mettre en perspective les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Le service public territorial de prévention est nécessairement en lien avec les volets prévention des MPS et des contrats locaux de santé.

- L'accompagnement sur le « *travailler ensemble* » est fondamental car les acteurs sont parfois en concurrence.

Synthèse des échanges avec la salle

Après avoir souligné l'intérêt pour cette réflexion autour d'un service public de prévention, Bernadette DEVICTOR ouvre les débats.

❖ *Prévention primaire et secondaire, individuelle et collective*

La prévention primaire est essentielle car elle est réalisée dans les écoles maternelles et primaires, dès le plus jeune âge. La prévention collective et la prévention individuelle doivent s'articuler dans le SPTS.

❖ *Rôle des médecins de l'Education Nationale en matière de prévention*

Il est souligné que l'école est au cœur des politiques de prévention. Une difficulté liée aux modalités de gouvernance est avancée. En effet, la gouvernance émane du Ministère de l'Education nationale et les médecins souhaiteraient travailler en étroite collaboration avec le Ministère de la santé. Il faut faire en sorte que l'Ecole ne soit pas un bastion en dehors du système de santé.

Il a également été ajouté que la redéfinition et la connaissance des compétences de chaque professionnel de santé au sein de l'Education nationale et à l'extérieur de celle-ci est indispensable pour construire un réseau d'offres de professionnels adapté aux besoins en matière de prévention.

❖ *Association des populations étudiantes aux travaux sur la prévention*

La question de l'association de la population étudiante aux mesures de prévention a été posée. Les services de l'enseignement supérieur ont un rôle important à jouer en matière de prévention.

❖ *Soins de santé primaires et prévention – lien avec le SPTS*

Il est souligné que les soins de santé primaires n'ont pas été abordés. Le médecin traitant, notion créée en 2004, est le pivot de l'organisation des soins primaires.

Il est constaté un « *morcellement* » dans le soin (exemple des réseaux par pathologie), ce qui conduit à un échec général car les patients ne sont pas intégrés dans les réseaux. Le SPTS doit avoir la capacité de « *prendre la responsabilité de l'ensemble de la santé* ».

❖ *Création d'un « mandat de santé publique » et lien avec les tutelles*

L'idée de la création d' « *un mandat de santé publique* » (idée initialement développée par Didier TABUTEAU) a été avancée. Les acteurs du territoire sont destinataires du mandat par le biais d'un contrat territorial. Le mandat est partagé entre tous les acteurs. Pour faire le lien entre tous les acteurs, les tutelles doivent élaborer des projets locaux.

Le SPTS est donc une porte d'entrée pour développer ces liens. Le mandat correspond à une responsabilité collective. Il est proposé que les autorités de tutelle définissent le mandat général et que les acteurs s'en saisissent ; il faut faire le recensement des expertises existantes sur le territoire. Si une carence est constatée, les acteurs doivent s'organiser pour intervenir en subsidiarité. Il est largement fait référence à la question de la mutualisation des compétences.

❖ *Association des acteurs du social et des médecins libéraux*

Il est souligné le fait qu'il est impossible de concevoir un service de prévention sans y associer étroitement les acteurs du social et les médecins libéraux.

❖ *Unicité du SPTS*

Les participants se prononcent en faveur d'un SPTS unique dont les thèmes se déclinent.

➤ *Présentation de l'Ars Languedoc- Roussillon (Dominique KELLER – Directeur du pôle santé publique) sur le panier de soins minimum en lien avec les contrats locaux de santé*

Dans la mesure où le support de présentation est joint au relevé de conclusions, le relevé de conclusions reprend uniquement les principaux points de cette intervention.

La réflexion de l'ARS est partie d'un constat général: au sein de la région Languedoc-Roussillon, il existe une multiplicité d'acteurs, avec une couverture très inégale des actions de prévention. L'enjeu dans le cadre de ces travaux est de mieux répondre aux besoins, d'augmenter le niveau de la qualité des actions, de couvrir tout le territoire et de réduire les inégalités sociales et territoriales par le biais d'une offre structurée sur le territoire. L'ARS a donc introduit la notion de « panier de services ».

❖ *Définition de la notion de panier de services*

Il s'agit de définir un ensemble de services « socle » comprenant, pour exemples, les soins médicaux de base et la prévention organisée. L'idée est de mettre en place un « socle minimum » pour les professionnels de santé et la population. Ce projet est porté de manière « inter institutionnelle » pour faire le lien avec les collectivités locales (médico-social).

❖ *Composition du panier de services (cf. diaporama)*

Ce panier de services comporte 14 items.

Les services qui composent ce panier sont les suivants :

- Prise en charge des addictions
- Traitement du cancer
- Santé mentale des jeunes
- Nutrition
- Vaccination,
- Contraception
- Tuberculose
- HIV/Hépatite

Le panier de services a permis l'identification de thématiques « support » (éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire, soins de premier recours) et de thématiques « transversales » (PRAPS, Périnatalité, santé environnement).

❖ *Stratégie de déploiement du panier de services*

Il s'agit de passer d'une logique de juxtaposition d'offreurs à celle d'une approche globale couvrant tout le champ de la santé. Il est donc nécessaire dans un premier temps de s'interroger sur le panorama de l'offre existante. Puis, il est important de définir la limite du territoire. En l'espèce, le territoire est défini par le bassin de vie, en lien avec le découpage politique (intercommunalités). Le pilotage est « mixte » (ARS et Conseil Général) afin de permettre une articulation des politiques. Ce pilotage politique est

assuré avec l'exécutif de l'intercommunalité. Dans deux départements (Gars et Pyrénées Orientales), le pilotage passe à trois.

Les usagers sont associés au diagnostic des besoins et dans la mise en œuvre concrète. Il est fondamental de partir des attentes de la population. La prévention mobilise les crédits du 204 mais aussi du médico-social (CSAPA, CAARUD).

Synthèse des échanges avec la salle

❖ *Rôle de l'ARS et définition du territoire*

Le « *pilotage fort* » par l'ARS de la démarche menée en Languedoc-Roussillon est souligné. Dans les travaux sur le SPTS, il est envisagé une contractualisation entre les acteurs et l'ARS. La maîtrise d'œuvre suffisamment forte de l'ARS afin de mener à bien les projets semble nécessaire.

L'intérêt de se calquer sur les territoires politiques afin de coordonner les différentes politiques est confirmé.

❖ *Contrat territorial*

Le contrat territorial doit être établi autour du cahier des charges de la prévention sur le territoire. Cette démarche contractuelle n'est pas utopique : institutions et acteurs ont fait la preuve de leur capacité à se mettre d'accord notamment pour la PDSA.

❖ *Coordination entre les acteurs*

Les deux niveaux de coordination ont été développés : le niveau de coordination « *primaire* » et la coordination territoriale d'appui (CTA). L'exemple a été pris avec le dispositif mis en place au sein de la région de Beaune. La CTA est « *sous la responsabilité* » des professionnels de santé, au service des acteurs de proximité qui manquent de moyens opérationnels pour organiser le parcours.

❖ *Rôle des centres hospitaliers*

Le rôle des CH est évoqué en matière de prévention tertiaire. L'idée selon laquelle les médecins hospitaliers ne seraient pas intégrés dans la prévention est une idée reçue. Le problème est qu'il n'existe pas à ce jour les modalités adéquates de financement.

❖ *Recensement de l'offre et cartographie des compétences*

Il est souligné l'importance de réaliser une cartographie de compétences afin de permettre aux acteurs de mieux se connaître. Elle permet de rendre lisible l'offre de soins sur un territoire et de mettre en évidence les zones où la densité de l'offre est faible. Cette cartographie doit être réalisée par l'ARS avec l'appui du Conseil général.

❖ *Lien avec la santé mentale*

L'importance d'une sensibilisation du grand public aux problématiques de santé mentale pour « *dé stigmatiser* » les personnes atteintes d'un trouble mental est évoquée. L'UNAFAM a souligné le fait qu'à l'heure actuelle, 40% des personnes psychiatriques n'ont pas de médecin traitant déclaré.

❖ *Rôle des systèmes d'informations*

L'information est un point central en mettant les soins primaires au centre, avec un investissement dans les nouveaux modes de communication.

❖ *Rôle d'ingénierie*

Il ressort des débats que l'ingénierie relève à la fois de l'ARS et des acteurs ; cette approche très consensuelle devra trouver une traduction opérationnelle sur le terrain pour favoriser le développement du SPTS.

Conclusion

Bernadette DEVICTOR conclut la séance en précisant que la réunion plénière du 17 décembre abordera les thématiques transversales du SPTS (gouvernance, contrat, diagnostic partagé...etc.) sur lesquelles les différents ateliers ont permis d'avancer.

Liste des participants

Présidente du groupe de travail : Bernadette DEVICTOR

ADESSA Domicile : Aurore ROCHETTE

ANEMF : Nicolas ROMAIN-SCELLE

ARS Languedoc-Roussillon : Dominique KELLER

CHU de TOURS : Emmanuel RUSCH

CISS: Daniel CARRE

CMH / IDEPP: Gérard MILLERET

CMH: Didier THEVENIN

DGOS : Charlotte NEUVILLE

DGS : Philippe LEBORGNE

FHF: Florence MARTEL

FNCS: Sabrina TANQUERAY

FMF: Patricia LEFEBURE

FNEHAD: Anne DABADIE

ISNAR-IMG: May FIANI

MG France : Claude LEICHER

SGCIH : Guillaume BLANCO

SML : Sophie BAUER

SNAM-HP : Jean-Pierre ESTERNI et Christophe SEGOUIN

SNAMSPEN : Patricia COLSON

SSA : Sonia MARESCA

SYNCASS-CFDT: Michel ROSENBLATT

UNAFAM : Jean-Claude MATHA

UNSA Santé – Sociaux : Alain VIGNE

UNR : François BOUE

A2.2.9 Compte-rendu de l'atelier : Précarité du 27 novembre 2013

SPTS - Relevé de conclusions - Atelier Précarité - 27 novembre 2013
--

Introduction

Bernadette DEVICTOR a introduit la séance en rappelant les attributs du SPTS. Les acteurs du SPTS doivent avant tout assurer la continuité des soins en se coordonnant ensemble. L'objectif principal du SPTS est de « *ne laisser personne en dehors du système de santé* ».

Elle a également réaffirmé le principe de responsabilité populationnelle, concept structurant l'action collective des acteurs. L'approche ascendante, privilégiant ainsi les initiatives des professionnels de terrain, a été rappelée.

La séance a été rythmée par deux interventions avec la présentation de deux organisations en réseau.

Synthèse des deux interventions

1. Synthèse de la présentation du Réseau Santé Précarité par Mme ESTECAHANDY (DIHAL)

➤ Présentation générale du réseau

Le réseau santé précarité est implanté sur Toulouse, ville où des liens forts entre les différentes institutions du territoire existaient avant sa création. Ainsi, la mise en place de celui-ci s'est faite de manière très « *partenariale* ».

Ce réseau est né en 2003 et il a ensuite été repris par la municipalité mais sans financement propre. Il regroupe une quinzaine de structures et a pour objectif d'assurer la coordination et l'accès aux soins des personnes précaires. L'organisation en réseau permet un décloisonnement entre les acteurs et une meilleure prise en charge globale des usagers.

Le réseau est en charge de plusieurs activités, telles que la formation pluridisciplinaire inter structures. Des réunions d'échanges entre les acteurs ont lieu tous les mois. Des réunions de synthèse se déroulent une fois tous les trimestres.

Les usagers sont impliqués au sein de ce réseau. A ce titre, l'association « Amitié Fraternité » joue un rôle très actif. Ils s'appuient notamment sur le Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies (CCRPA).

➤ Le Rapport sur la santé des personnes « sans chez soi »

Ce rapport a permis d'identifier les principaux freins à l'accès aux droits des personnes en situation de précarité. Le frein financier constitue le premier obstacle qui a été mis en avant dans cette réflexion. La généralisation du tiers payant (généralisation pour 2017), identifié comme un « *incontournable du SPTS* », peut ainsi permettre d'améliorer l'accès aux soins.

Ce rapport a également mis en avant les difficultés liées au repérage des personnes sans droits. Il a été estimé qu'environ 15 à 20% des personnes en grande précarité pourraient bénéficier de la CMU. Il a été souligné que le repérage n'est pas possible aux urgences car il n'existe pas d'indicateurs suffisamment fiables (CMU, CMU-C, AME...) pour estimer le « *non-recours* » aux soins. La problématique du refus de soins a également été évoquée.

L'existence de dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de précarité leur permet d'accéder aux soins. Le passage au droit commun, par le biais des « *dispositifs passerelle* » suscite donc un accompagnement particulier et cela pourrait être un rôle du SPTS. Un point de vigilance relatif à la question de la discrimination des personnes bénéficiant de dispositifs spécifiques a été soulevé.

➤ Les liens avec le SPTS

Dans cette présentation, le parallèle a été fait avec le SPTS sur plusieurs thématiques : le territoire, la gouvernance, les outils et les modalités de financement.

Concernant le territoire, il serait intéressant de mettre en place d'une part une instance régionale avec un pilotage de l'ARS pour assurer la coordination au niveau régional. D'autre part, il semble indispensable d'avoir un « *maillage fin* » à l'échelle d'un territoire local pour assurer la coordination dite « *de proximité* ».

Sur la gouvernance, il a été soulevé l'idée de laisser aux acteurs le soin de pouvoir faire remonter l'existant. L'idée d'un contrat territorial incluant à la fois les élus et l'ARS a été avancée. L'implication indispensable des usagers a été rappelée.

Par rapport aux outils, il serait nécessaire d'arriver à faire un repérage en amont des situations précaires avec des indicateurs plus efficaces que ceux qui sont actuellement utilisés.

Concernant les modalités de financement, il s'agit en priorité de financer de la coordination entre acteurs.

Enfin, il a été souligné la nécessité de travailler en proximité avec les équipes mobiles généralistes et spécialisées. Il semble nécessaire d'une part de clarifier leur rôle et de les développer d'autre part. Le SPTS pourrait ainsi promouvoir ces deux actions.

➤ Le diagnostic à « 360 degrés »

La méthode du diagnostic à 360 degrés a été présentée. Dans le cadre du plan annuel de lutte contre..., le gouvernement a proposé de mettre en place des diagnostics territoriaux qui permettent de faire un repérage large et partagé des personnes « sans chez soi ». Ce travail permet de « mettre autour de la table » tous les acteurs avec une même problématique: les personnes à la rue. A ce jour, il a été précisé qu'un peu moins de 10 régions (territoires « non tendus ») appliquent ce diagnostic.

Cette méthode de diagnostic pourrait ainsi être reprise au titre du SPTS, avec une montée en charge progressive en partant, au départ, d'expérimentations sur quelques territoires.

Echanges avec la salle

❖ *Sur la définition de la précarité*

Il a été souligné le fait que la précarité ne visait pas uniquement les personnes à la rue. La précarisation des aidants a également été avancée. La notion de précarité renvoie à une dimension éthique qui doit être intégrée dans le SPTS.

❖ *Sur la problématique du repérage*

La question du repérage des situations est très importante avec un repérage nécessaire, en amont, par les acteurs de proximité dans une optique de prévention. Les médecins généralistes jouent un rôle clé dans ce repérage. Ces derniers ont souligné le manque d'interlocuteurs lorsqu'ils se trouvent confrontés à une situation de précarité. Ainsi, il serait intéressant de créer une plateforme de réponse pour les acteurs sanitaires avec réponse sociale, et vice-versa. Ce dispositif renvoie à l'idée d'une coordination plus étroite entre le soin et le social.

De plus, il a été avancé que le repérage aux urgences par les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) pouvait être l'une des solutions les plus adaptées. D'autres ont souligné l'impossibilité de réaliser « *un diagnostic social* » aux urgences. En effet, il a été évoqué le rôle majeur de l'hôpital dans le repérage, avec une articulation nécessaire avec les autres acteurs pour établir un travail conjoint.

❖ *Sur les liens entre la précarité et la santé mentale*

Le lien entre la précarité et la santé mentale a été souligné. Au niveau des centres médico-psychologiques (CMP), des personnes dites « référentes » sont présentes et facilitent l'accès aux soins. Ces derniers ont également mis en place des dispositifs d'alerte, notamment pour les personnes âgées, permettant une prise en charge rapide. Il est également indispensable de s'articuler avec les CLIC et les réseaux gérontologiques.

2. *Synthèse de la présentation du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole Mme LAZZARI et Mr CAPLIER*

Ce relevé de conclusions reprend uniquement les points essentiels de la présentation dans la mesure où le support de présentation est joint au compte-rendu.

A l'appui des développements des intervenants, un film de présentation du réseau d'une vingtaine de minutes a été diffusé en séance.

A titre liminaire, une rapide présentation du cadre légal a été faite. Les dispositions de l'Ordonnance Juppé de 1996 ainsi que celle de la loi KOUCHNER de 2002 ont été rappelées. Cette dernière a été un « tournant » pour les réseaux dans la mesure où elle a favorisé le développement de l'articulation des Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

partenaires et elle a permis d'asseoir le financement. L'article L 6321-1 du Code de la Santé publique définit l'objet des réseaux de santé.

Sur la définition de la précarité, l'approche sociologique a été présentée. La santé est souvent envisagée comme une absence de maladie alors qu'elle recouvre un champ plus global. La population « précaire » peut être très hétérogène : hommes et femmes à la rue, personnes confrontées aux accidents de la vie, jeunes en errance, migrants...etc.)

Le réseau est né en 2005. Il existait avant cette année mais de manière plus informelle. Une charte constitutive a été signée et les neuf membres fondateurs partagent des valeurs communes.

Une difficulté a été soulevée lors de la présentation concernant les financements du réseau. L'ARS avait décidé d'enlever 10% du budget annuel alloué mais les membres du réseau ont réussi à réduire cette baisse à 4%. Les financements ne sont pas pérennes. Le CHR de Lille est bénéficiaire de la MIG Précarité. L'ensemble de ces crédits alloués est reversé à l'association Médecins solidarité.

Synthèse des débats

❖ Sur le rôle de l'école dans le repérage des situations de précarité

Il a été souligné le rôle important des infirmières scolaires dans le repérage des situations de précarité chez les enfants. L'école est le lieu de repérage de la précarité. Il a été également avancé le fait que le système est « *un peu isolé* ». Il a été précisé que les médecins de l'Education Nationale sont formés au diagnostic mais n'ont pas le droit de prescription.

❖ Sur le rôle des médecins libéraux dans la prise en charge des personnes précaires

Il a été évoqué que les médecins libéraux soignent et prennent en charge des patients précaires. Ces derniers se heurtent au problème de l'ouverture des droits mais aussi à celui du suivi. Il a été souligné le fait que la plupart de ces patients ne parlent pas de leur « *détresse* ». Selon le SML, la précarité est à traiter « *comme une maladie chronique* ».

Les médecins libéraux sont également confrontés au problème du repérage. Ils sont à ce titre demandeurs d'une ligne téléphonique fonctionnant 24h/24 qui permet à la fois l'ouverture des droits et l'accès à une structure d'hébergement.

❖ Sur le territoire et les modalités de financement

La question de l'identification du territoire a été posée dans la mesure où il y existe plusieurs zonages possibles. Il faut également faire une différence entre les territoires opérationnels et de concertation. Un point de vigilance a été précisé concernant la multiplication des dispositifs sur les territoires. Il semble indispensable de privilégier une réponse globale sur un territoire.

Concernant les financements, il a été avancé la nécessité de mettre en place des financements pluriannuels s'inscrivant dans un projet global.

❖ Sur les outils de repérage à disposition des acteurs

Il a été avancé l'existence d'outils d'évaluation et de repérage tels que le « *score épices* » qui est un questionnaire sur la précarité développé par l'IRDES. Tous les acteurs devraient être en mesure de connaître les différents outils qui sont à leur disposition. Ainsi, l'idée de la création d'un répertoire de recensement des acteurs de santé a été soutenue, avec la difficulté liée au cloisonnement.

❖ *Sur l'implication des CPAM*

Il a été souligné la nécessité de mieux impliquer les caisses primaires d'assurance maladie afin de permettre des ouvertures de droit en 48h, à partir du moment où les personnes ont des droits potentiels.

❖ *Sur les liens avec la santé mentale*

Le travail des équipes mobiles de précarité psychiatriques (EMPP) a été évoqué. Celles-ci vont « *au devant* » des populations et essayent de les ramener vers le soin. L'importance des PASS psychiatriques a également été rappelée.

❖ *Sur la place des élus*

Il est essentiel de restaurer la place des élus car ces derniers s'intéressent à la santé sur leur territoire. Il est donc indispensable de les associer à la démarche du SPTS. L'un des vecteurs à utiliser pour le SPTS pourrait être le conseil local de santé.

Conclusion

Bernadette DEVICTOR a rappelé que le SPTS « *fixe un cap* ». Il s'agit en effet d'en définir ses contours, avec la promotion des valeurs du service public dans une dimension de responsabilité populationnelle.

Elle a rappelé que la démarche SPTS part du diagnostic partagé des besoins. Il n'est pas envisagé de demander un service public minimum sur les territoires mais plutôt de définir des thématiques prioritaires à la fois aux niveaux national et territorial.

Elle a également insisté sur le fait qu'il n'est pas souhaitable de prôner la multiplication des acteurs et la juxtaposition des dispositifs. Il semble ainsi nécessaire de permettre l'identification des ressources et la répartition des rôles de chacun.

Bernadette DEVICTOR a évoqué également le choix politique entre l'instauration d'un panier de service ou permettre aux ARS de monter en charge sur des zones prioritaires

La question de la présence des usagers présents dans les instances de gouvernance a fait consensus. Le lien entre le SPTS et les instances de la démocratie sanitaire est donc indispensable.

Bernadette DEVICTOR a conclu la séance en rappelant de date (17/12/13) et l'objet de la dernière réunion plénière. Celle-ci aura pour objectif de finaliser la position du groupe de travail et de conclure la mission.

Liste des participants

Présidente du groupe de travail : Bernadette DEVICTOR

ADESSA Domicile : Aurore ROCHETTE

ARS PACA : Paul CASTEL

CISS : Mathé TOULLIER – Claire GUIGNARD-HAMON

CNDCH : Didier HOELTGEN

CMH : François FRAISSE – Alain MERCUEL

DIHAL : Pascale ESTECAHANDY

DGOS : Christine BRONNEC - Charlotte NEUVILLE - Denise BAUER - Carole RUELLE
DGS : Philippe LEBORGNE
ISNAR-IMG: Julien POIMBOEUF – May FIANI
FEHAP : Laurent PERRAZZO
FHF : Florence MARTEL
FNCS : Céline LEGENDRE
FNEHAD : Anne DABADIE
MG France : Marie-Hélène CERTAIN – Bernard PLEDAN
Réseau santé solidarité Lille Métropole : Marina LAZZARI et François CAPLIER
SML : Sophie BAUER
SSA : Sonia MARESCA
SNAMSPEN : Patricia COLSON
SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT
UNAFAM : Jean-Claude MATHA
UNSA : Eric WETTLING

A2.2.10 Compte-rendu de la plénière du 17 décembre 2013

Relevé de conclusions – Réunion plénière finale du 17 décembre 2013 – STS

Introduction

Bernadette DEVICTOR rappelle que l'objet de cette dernière réunion plénière est la restitution des travaux engagés depuis mi-septembre, dans le but de finaliser des recommandations à la Ministre sur la création du service public territorial de santé. Celles-ci ont vocation à alimenter l'écriture de la loi de santé 2014. Le rapport final sera remis à la Ministre en janvier 2014 et tiendra compte de toutes les contributions, notamment écrites, des participants de ce groupe de travail.

Elle évoque également les débats autour de la dénomination en rappelant qu'il ne faut pas s'attacher au terme lui-même qui n'est pas encore stabilisé, mais plutôt porter l'attention sur le contenu de la réforme.

Elle fait également un retour sur la méthode de travail retenue. Le choix a été fait de travailler à partir de situations concrètes, dans une démarche « *bottom up* ». Il a été étudié le fonctionnement d'offres de services et d'organisations professionnelles déjà en place et analysé en quoi le STS pourrait conforter ces démarches et permettre l'émergence de nouveaux projets.

Synthèse de la présentation de Bernadette DEVICTOR

Ce relevé de conclusions reprend de manière synthétique les principaux points de l'exposé dans la mesure où le support de présentation a été remis aux participants et sera également joint à l'envoi du compte-rendu.

A titre liminaire, Bernadette DEVICTOR rappelle que l'origine de la réflexion sur le STS émane des conclusions du rapport COUTY. Celui-ci préconise une approche large de coopération sur le territoire dans un but d'amélioration de la réponse aux besoins de santé de la population.

Elle rappelle qu'il est « impossible de tout régler avec le STS » et qu'il est donc nécessaire d'avoir une approche pragmatique. Elle indique que le STS ne doit pas venir complexifier le système : le STS ne doit pas être un outil « en plus » mais il doit soutenir et/ou s'articuler avec l'existant. Elle rappelle la méthodologie utilisée avec une première phase d'exploration et de construction d'une carte mentale au fur et à mesure de l'avancée des travaux, présentée lors de la plénière de novembre, puis une deuxième phase de consolidation sur les points essentiels.

La présentation de la synthèse des travaux porte sur les points suivants :

- *La définition du STS et l'approche retenue*

Bernadette DEVICTOR énonce la définition du STS comme étant une offre de service(s) qui s'appuie sur une organisation d'offres en santé portant les valeurs du service public (en particulier, accessibilité et continuité). Elle décrit les différentes caractéristiques du STS : la continuité horaire et la continuité le long du parcours, l'accessibilité géographique, tarifaire, en droits et pour tous quelles que soient leurs situations, et les nécessaires exigences en terme de qualité et de pertinence.

Elle souligne que le STS s'inscrit dans une « approche territoriale populationnelle ». Celle-ci renvoie à l'idée selon laquelle les acteurs de santé sont responsables collectivement, sur un territoire, de l'état de santé de la population. Le STS n'intervient pas directement sur la coordination autour d'une personne, mais met en place la coopération nécessaire entre les professionnels au niveau d'un territoire.

L'approche territoriale suppose la définition d'un territoire de projet, qui se situe à un niveau infra territoire de santé tel qu'il a été conçu dans la loi HPST. La définition du territoire de projet doit être souple pour qu'elle puisse s'adapter aux parcours des usagers et à l'organisation des acteurs. Les modalités de découpage territorial peuvent donc être différentes selon les zones géographiques. Bernadette DEVICTOR indique néanmoins que pour le groupe, il est apparu nécessaire d'inscrire, dès le début, certains principes afin d'avoir une convergence à terme, notamment avec les territoires administratifs pour éviter la multiplicité des découpages qui deviendrait vite ingérable tant pour les acteurs que pour les institutions.

- *Le diagnostic partagé*

Bernadette DEVICTOR précise que le diagnostic partagé des besoins constitue la première étape de la démarche. Il est nécessaire de partir des besoins des usagers. Ce diagnostic est axé sur les problématiques d'accessibilité et de continuité, mais aussi sur des priorités de santé publique. Bernadette DEVICTOR cite en appui plusieurs exemples de thématiques possibles. Elle indique également que l'ANAP est en train de construire une méthodologie de diagnostic partagé sur laquelle il serait intéressant de s'appuyer pour généraliser les diagnostics sur les territoires. Les ARS se verront confier un rôle de cadrage et d'orientation dans la conduite du diagnostic qui doit être partagé avec tous les acteurs.

- *Le projet local de santé*

Bernadette DEVICTOR indique que c'est à partir du diagnostic des besoins que s'élabore le projet local de santé. Au regard des éléments mis en avant par le diagnostic, les acteurs proposent un mode d'organisation avec une répartition des rôles. L'idée d'un partage de la « responsabilité populationnelle »

entre les acteurs porteurs du projet est avancée. Ce principe, très développé au Québec, est déjà connu et appliqué en France dans le secteur de la psychiatrie.

- *Le contrat territorial de santé (CTS)*

Bernadette DEVICTOR indique que la traduction opérationnelle du projet se fait par le biais de la conclusion d'un contrat territorial de santé entre les acteurs, les financeurs et l'ARS. Il prévoit les engagements réciproques des acteurs, la traduction de la responsabilité populationnelle ainsi que les modalités financières et de gouvernance. La dynamique qualité mise en œuvre sur le territoire doit également être présente dans le contrat.

Bernadette DEVICTOR précise que le CTS est un contrat d'engagements réciproques entre acteurs alors que le contrat local de santé (CLS), tel qu'il est prévu dans la loi HPST, est un contrat entre décideurs/financeurs, qui n'inclut pas de facto les acteurs même s'ils ont la possibilité d'y être associés. Il est clair que le contrat territorial de santé inclut ce volet d'accord entre financeurs, il ne remet donc pas en cause les contrats locaux de santé déjà signés mais ajoute l'engagement réciproque des acteurs impliqués dans la réalisation.

- *La gouvernance du STS*

Bernadette DEVICTOR présente les modalités de gouvernance du STS : il est proposé la mise en place d'un comité local de santé (niveau opérationnel) qui définirait les modalités d'organisation des professionnels pour la prise en charge et l'orientation des usagers dans les parcours et d'un comité territorial de santé (niveau stratégique) qui serait en charge, notamment, de la validation des projets des acteurs, de leur suivi et de leur évaluation. Le comité territorial de relations avec les usagers, chargé de la dynamique qualité sur le territoire, serait une commission de ce comité territorial.

Elle soumet l'idée de faire migrer les actuelles conférences de territoire vers les conseils territoriaux de santé.

A l'appui de cette proposition, Bernadette DEVICTOR met en avant le fait que des dispositifs existants (MAIA, PAERPA) développent des modes de gouvernance à deux niveaux. La question centrale est celle du pilotage du projet qui doit être fort et légitime.

La gouvernance à deux niveaux peut paraître « *trop lourde* » pour les acteurs. Il est clair qu'il ne faut pas multiplier les instances de gouvernance dans un souci de lisibilité et de cohérence. Les pistes proposées pourront donc être adaptées aux territoires.

- *Les modalités de financement*

Bernadette DEVICTOR évoque la question des leviers financiers pour favoriser le développement du STS. L'actuelle juxtaposition des financements (Etat, assurance maladie, conseils généraux, mutuelles, caisses de retraite, collectivités locales, ...) entraîne une perte d'efficacité. Elle précise néanmoins que dans le contexte budgétaire actuel, le financement du STS devra principalement reposer sur du redéploiement de crédits. Ainsi, les crédits disponibles devront être priorisés pour la mise en œuvre du STS. L'idée d'une modélisation des financements pour le STS est avancée comme c'est déjà le cas dans les expérimentations en cours (PAERPA, rémunération d'équipe).

- *Le rôle des ARS*

Bernadette DEVICTOR précise la place et le rôle de l'ARS dans le STS qui a fait l'objet de nombreuses attentes dans le cadre des travaux. Les ARS doivent avoir un rôle d'animation territoriale au sens fort. Les

ARS doivent avoir un rôle d'impulsion et de motivation des acteurs. Elles sont aussi le garant de la pérennité des organisations, notamment lorsqu'un acteur fait défaut, et jouent un rôle de régulation si nécessaire pour que chacun joue bien le rôle auquel il s'est engagé.

- *Les apports attendus du STS*

Bernadette DEVICTOR indique en premier lieu que le STS permet un décloisonnement des secteurs allant au-delà de ce qui a été promu par HPST. Le lien avec le secteur social est un enjeu majeur. Le STS doit également promouvoir les valeurs du service public et s'orienter en priorité là où il y a des problèmes d'accès à l'offre en santé. Il doit aussi promouvoir et sécuriser les coopérations, tout en favorisant la diffusion des nouveaux outils.

- *La réintroduction du service public hospitalier (SPH)*

Le dernier point de la présentation concerne le SPH et les modalités concrètes de sa réintroduction en droit. Le SPH serait donc rétabli en « *bloc de service* » avec la suppression des 14 missions de service public. Un lien avec les missions d'intérêt général est également prévu. Le SPH est un des acteurs du STS. Les établissements contribuant au SPH ont une double obligation de coopération : entre eux au sein du SPH et avec tous les acteurs participant aux SPTS dans lesquels ils sont parties prenantes.

Synthèse des débats

D'une manière générale, les intervenants ont exprimé leurs remerciements et ont félicité Bernadette DEVICTOR pour la qualité de sa présentation, tant sur la forme que sur le fond. Ils soulignent la difficulté de cette mission.

La synthèse des débats reprend les principaux points abordés par les participants.

- *Sur le changement de dénomination et les principes de service public*

De très nombreux participants regrettent le changement de dénomination et la disparition du terme « *service public* », qui pose question sur la réelle ambition du STS, bien que les obligations de service public semblent maintenues dans la présentation qui a été faite. Certains soulèvent l'intérêt d'une approche « *service public* ». De plus, le risque juridique d'un retrait du terme « *public* », tout en conservant dans la définition certaines valeurs du service public, est soulevé. Bernadette DEVICTOR précise que la dénomination n'est pas encore stabilisée et que l'option prise dans la présentation est de promouvoir les valeurs du service public en dépit d'un changement de terminologie. Néanmoins, elle se fera l'écho de la demande exprimée de maintien de la dénomination SPTS.

- *Sur la volonté de supprimer la loi HSPT*

Certains intervenants ont manifesté leur souhait de voir abroger toutes les dispositions de la loi HPST.

- *Sur l'association et le rôle des élus et des usagers*

La place des élus dans le STS a été mentionnée à plusieurs reprises. Leur rôle a été qualifié « *d'incontournable* », à la fois dans les instances de gouvernance, mais également dans les politiques médico-sociales et sociales. Leur place ne doit pas être cantonnée à celle de « *simples financeurs* ». Ils doivent être reconnus en tant « *qu'acteurs* ». Une difficulté particulière liée au fait que la santé ne soit qu'une compétence optionnelle des communes et non pas une compétence obligatoire a été soulevée ainsi que le manque de compétences professionnelles qui en découle.

Le rôle des associations d'usagers est également réaffirmé. La question de l'élaboration « *d'un mode d'emploi* » pour les usagers a été évoquée car il y a beaucoup de ressources disponibles (ressources informationnelles...) et les usagers sont souvent mal informés et mal orientés, ce qui renvoie au service public d'information tel qu'annoncé dans la SNS.

- *Sur l'accessibilité financière*

De nombreux participants estiment que l'accessibilité financière est « *indispensable* » si la démarche reste fondée sur les valeurs du service public. Le principe du reste à charge accessible et la généralisation du tiers-payant ont été cités en exemple. Il est souligné que les dépassements d'honoraires tant en ville qu'à l'hôpital sont en contradiction avec l'accessibilité financière.

- *Sur la lisibilité du dispositif*

Afin de s'assurer de la lisibilité du STS, certains intervenants ont posé la question de la création d'une structure juridique pour l'organisation (GCS, association). De plus, il n'est pas question d'aborder le STS par pathologie car cela serait trop compliqué à mettre en œuvre. Bernadette DEVICTOR indique que le groupe a pris conscience de l'impossibilité de multiplier les STS et de la nécessité de concevoir un seul STS sur un territoire mais pouvant traiter de un ou plusieurs thèmes selon les besoins.

Aussi, plusieurs intervenants ont mis en évidence le risque de concevoir une « *usine à gaz* » et ont ainsi demandé la plus grande vigilance afin de prévenir une complexification supplémentaire du système global. Certains, peu nombreux, ont également exprimé des doutes sur la réelle plus value de ce nouveau dispositif.

- *Sur la responsabilité populationnelle*

L'introduction du principe de responsabilité populationnelle est saluée par certains intervenants qui qualifient cette approche de « *vraie innovation* » et « *d'avancée importante* ». Toutefois, l'application de ce concept nécessite un accompagnement et une mesure de ses conséquences réelles pour les acteurs.

- *Sur le lien avec les soins primaires*

Le lien avec les soins primaires réalisés par les médecins généralistes de ville a été fait. L'articulation entre les acteurs du monde libéral et les institutionnels (hôpital notamment) semble indispensable pour garantir la réussite du STS.

- *Sur la prise en compte de l'existant*

Certains soulignent la nécessaire prise en compte des travaux des ARS et de ce qu'il se fait sur le terrain, en particulier pour la construction des communautés hospitalières de territoires (CHT). Bernadette DEVICTOR indique que l'approche retenue pour la mise en place du STS s'appuie sur les modes de coopération déjà existants. L'idée est de dégager un principe fédérateur pour toutes les initiatives en cours et de limiter la dispersion potentielle (multiplication d'expérimentations thématiques par exemple).

En ce qui concerne les coopérations hospitalières au sein du SPH, il est souligné qu'elles ne passent pas toutes nécessairement par des CHT et que les conventions inter établissements sont parfois les réponses appropriées. Le SPTS et le SPH rénovés viennent insister sur le fait que les réorganisations se font dans l'objectif d'améliorer le service rendu à l'utilisateur.

- *Sur le rôle des commissions régionales paritaires (CRP)*

Il a été regretté que les CRP n'aient pas été évoquées dans la présentation de la synthèse des travaux. Les CRP sont « *un lieu de dialogue démocratique* » où sont évoqués les éventuels dysfonctionnements. Elles pourraient être utilement sollicitées dans le cadre de la pérennisation des coopérations entre les acteurs.

- *Sur les modalités de financement*

Les nouveaux modes de financement (ENMR, rémunération au forfait) ont été évoqués et certains ont souligné leur intérêt. Certains intervenants expriment leur crainte d'une superposition des financements et évoquent les difficultés liées à leur répartition entre les acteurs. Les principaux coûts du STS sont ceux relatifs au temps de coordination.

Plusieurs participants expriment fortement leur désaccord avec un simple redéploiement de crédits car cela risque de minimiser l'impact réel de la réforme.

- *Sur le rôle des ARS*

La question du rôle des ARS dans le pilotage du STS a été soulevée à plusieurs reprises. Certains indiquent que l'animation territoriale n'est pas le cœur de métier des ARS et qu'il serait essentiel de renforcer leurs moyens pour développer cette compétence (formations indispensables). De plus, la question du rôle régulateur de l'ARS dans le STS a été posée, en lien avec la réflexion autour de l'application d'un pouvoir de contrainte si un acteur ne respecte pas les engagements contractuels pris au titre du STS.

- *Sur la contractualisation*

L'idée de la création d'un nouveau contrat, le contrat territorial de santé, entre les acteurs et avec l'ARS est acceptée. Certains intervenants font le parallèle avec le contrat local de santé (mis en place par la loi HPST) qui peut servir de base de départ pour le STS. Bernadette DEVICTOR rappelle que le CLS est une contractualisation entre financeurs, et représente un des volets du contrat territorial de santé qui inclut un contrat entre les acteurs et avec l'ARS.

- *Sur la gouvernance*

Certains soulignent leur crainte de voir s'ajouter une « *nouvelle couche* » dans l'organisation actuelle avec la création des conseils local et territorial de santé. La question du pilotage de ces deux instances de gouvernance est également posée.

Bernadette DEVICTOR précise que le conseil stratégique au niveau territorial peut soutenir les conseils opérationnels de proximité, il n'y a pas nécessairement les deux niveaux sur chaque territoire ; en revanche, il paraît indispensable de créer une structure opérationnelle où tous les acteurs concernés se rencontrent au niveau du territoire de proximité. Au niveau du conseil stratégique, ce sont les représentants des acteurs qui siègent.

Le pilotage du conseil stratégique paraît revenir à l'ARS. Au niveau des territoires de proximité, le pilotage peut relever d'un acteur de proximité, sous réserve qu'il soit reconnu par les acteurs du territoire et donc en mesure d'assurer un pilotage fort.

- *Sur l'organisation du premier recours*

Quelques participants posent la question du lien avec la « *révolution du premier recours* ».

Bernadette DEVICTOR indique que le développement du STS nécessite une organisation structurée de l'offre de premier recours. Le rôle des centres de santé a été réaffirmé.

- *Sur les liens avec la prévention et la santé publique*

Quelques participants indiquent que la prévention mérite la mise en place d'une organisation spécifique car c'est un enjeu de santé publique. D'autres demandent « *l'ancrage institutionnel* » des activités de santé publique. Le rôle majeur des PMI est rappelé en termes de soins de santé préventifs de premier recours ouverts à tous les enfants et toutes les familles.

- *Sur les liens avec les secteurs médico-social et social*

Plusieurs intervenants indiquent que le STS est « *l'occasion unique* » de renouer des liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Un participant évoque l'idée d'englober le champ du social dans le SPTS. Bernadette DEVICTOR considère que le lien avec le secteur social est inscrit dans le STS, mais que le STS n'englobe pas tout le social comme il n'englobe pas d'ailleurs d'emblée toute la santé, cela risquerait de le rendre difficilement gérable. Il se construit progressivement en fonction des besoins des territoires et avec tous les acteurs concernés.

- *Sur l'opportunité d'une expérimentation*

Quelques intervenants évoquent l'idée d'expérimenter le dispositif STS et de faire un bilan au bout d'une année. Bernadette DEVICTOR évoque d'une part, la maturité des acteurs à l'égard du STS et d'autre part, le sentiment de « *lassitude* » des professionnels devant les expérimentations. L'inscription du STS dans la loi pallie ce sentiment d'insécurité et de fragilité des expérimentations. Mais le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des STS sur les territoires sont essentiels pour réorienter si nécessaire les déploiements.

- *Sur les « obstacles » existants*

D'une manière générale, plusieurs « *obstacles* » ou « *éléments de blocage* » ont été soulevés comme le bicéphalisme entre l'assurance maladie et l'Etat, le *numerus clausus* et la baisse de la démographie médicale. Bernadette DEVICTOR précise qu'elle a conscience de ces blocages mais que le STS n'a pas vocation à régler tous les problèmes du système de santé.

- *Sur le service public hospitalier*

La FHF a indiqué qu'elle se satisfaisait de la réintroduction du SPH mais qu'elle porterait une attention particulière à ses modalités d'application, notamment concernant le lien avec les missions d'intérêt général.

- *Sur le risque d'accroissement des inégalités entre les régions*

Plusieurs intervenants évoquent le risque d'application et de mobilisation différente d'une région à une autre pour le STS. Ainsi, cela peut entraîner un accroissement des inégalités interrégionales.

Conclusion

Bernadette DEVICTOR indique qu'elle remettra son rapport dans le courant du mois de janvier. Elle présentera les éléments consensuels qui se sont dégagés des travaux et de cette réunion plénière tout en faisant état des positions différenciées exprimées.

Elle précise qu'elle a bien entendu les craintes formulées par les intervenants de voir cette réforme vidée de son sens si elle n'est pas soutenue par une réelle volonté politique, notamment en ce qui concerne la notion de service public, la volonté de déploiement ainsi que les modalités de financement.

Elle ajoute qu'elle souhaite que son rapport ne soit pas « *mécano-organisationnel* », mais plutôt orienté vers la réponse aux besoins des usagers. Toutes les contributions transmises par les participants seront annexées au rapport.

Elle remercie les participants du travail réalisé en commun au cours de ces trois derniers mois.

Liste des présents :

Présidente : Bernadette DEVICTOR

ADESM : Gilles MOULLEC

ADESSADOMICILE : Aurore ROCHETTE

ANEMF : Nicolas ROMAIN-SCELLES

CFDT : Nathalie CANIEUX

CISS : Nicolas BRUN, Sylvain FERNDEZ-CURIEL, Daniel CARRE

CME de CHU : Jean-Pierre CANARELLI

CME de CH : Dr Pascal FORTIER

Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS : Dr Agnès METTON

CMH : Jean-Gérard GOBERT

DGOS : Samuel PRATMARTY, Bernard LAURENT, Adeline TOWNSEND, Cécile BEHAGHEL, Charlotte NEUVILLE

DIHAL : Pascale ESTECAHANDY

FEHAP : David CAUSSE

FHF : René CAILLET

FHP : Elisabeth TOME-GERTHEINRICH

FMF : Dr LEVEBURE

FNCS : Hélène COLOMBANI

FNEHAD : Eric GINESY, Anne DABADIE

INPH : Jean-Michel BADET

ISNAR-IMG : Elodie HERNANDEZ

MG France : Marie-Hélène CERTAIN

Mutualité Française : Sylvie GUERIN

SG : Marie-Claude HITTINGER

SMPS : Christophe GAUTIER

SNAM-HP : Sadek BELOUCIF

SNIIL : John PINTE

SOS Médecins : Dr GUERIN

SSA : Yves AUROY

SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT

UNA : Line LARTIGUE

UNAFAM : Jean-Claude MATHA

UNICANCER : Hélène ESPEROU

URIOPSS IDF : Michèle ESTRAILLIER

UNR : François BOUE
UNSA : Karine ROGER
SNMPMI : Dr Elisabeth JUDE-LAFITTE

Personnalités qualifiées :

- Pierre ALEGOET
- André GRIMALDI
- Professeur GIBELIN

A3. RENCONTRES & ENTRETIENS

M. Paul CASTEL, directeur général de l'ARS PACA,
M. Claude EVIN, directeur général de l'ARS Ile de France,
Mme Sabine FOURCADE, directrice de la DGCS,
Pr MC HARDY BAYLE,
Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la FNEHAD,
Mme Marie Dominique LUSSIER, ANAP,
M. Gérard MICK, président de l'UNRS
M. ROSENBLATT,
Mme Claire SCOTTON, chef de projet PAERPA,
M. Frédéric VAN ROCKENGHEM, directeur de la CNAMTS,
M. Michel VERMOREL, directeur HGA de l'ARS Rhône Alpes.

A4. CONTRIBUTIONS ECRITES

- ADESM
- ANEMF
- Centre de Santé Hospitalo-Universitaire APHM
- Conférence nationale des Présidents de CME des CHS, Dr Muller
- FEHAP

- FMPS
- FHP fédération de l'hospitalisation privée
- FNARS (contribution conjointe avec UNIOPSS)
- FNCS Fédération Nationale des Centres de Santé
- FNEHAD
- Pr Gibelin sur urgences
- SNIIL syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
- SNMPMI Syndicat national des médecins de Protection Maternelle et Infantile
- SOS Médecins
- UNICANCER Fédération Nationale de Centre de lutte contre le Cancer
- UNAFAM
- UNICANCER
- UNIOPSS (contribution conjointe avec la FNARS)
- UNR

A4.1 Contribution écrite de l'ADESM



Groupe de Travail sur le Service Public Hospitalier & le Service Public Territorial de Santé

Contribution de l'ADESM (Association des Etablissements assurant le Service Public de Santé Mentale)

Au moment où se déroulent les travaux pour préparer la rénovation du Service public hospitalier et la mise en place du Service public territorial de santé, les établissements publics et privés assurant la prise en charge en santé mentale se trouvent dans une situation paradoxale : leurs activités ont fortement subi l'impact de la loi HPST réduisant leurs missions de service public à la seule prise en charge des soins sans consentement ; en outre, alors que leur organisation repose très largement sur la sectorisation, les établissements constatent que « supprimés par l'ordonnance de 2010 en tant qu'unité territoriale de planification sanitaire, les secteurs perdurent a minima dans l'organisation interne de l'hôpital sans support juridique » (rapport de la Cour des comptes relatif aux effets du Plan Psychiatrie et Santé Mentale). D'un autre côté, l'appel de la société aux professionnels de la santé mentale n'a fait que se renforcer ces dernières années, élargissant ainsi progressivement le champ d'intervention de ces établissements pour les faire passer de la psychiatrie, en tant que spécialité médicale soignant les maladies mentales, à une prise en compte beaucoup plus large de la santé mentale dans l'ensemble de ses dimensions sanitaires, sociales et citoyennes.

Les établissements publics et privés assurant le service public de santé mentale sont donc concernés au premier chef par la rénovation du Service public hospitalier ; ils trouvent dans les orientations du Service public territorial de santé en devenir, à la fois un outil de consolidation de leur mode actuel d'intervention dans la cité et un écho du bien fondé de leur approche élargie des besoins de la population. Là où il a trouvé à exprimer pleinement sa logique soignante, le secteur psychiatrique a contribué à développer la notion de parcours de soins au profit des patients pris en charge. Il a ainsi largement amorcé l' « intégration des soins » que la Stratégie nationale de santé appelle de ses vœux. En santé mentale, c'est bien « autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidence de non qualité, que (...) se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé. » (Rapport HCAAM du 22 mars 2012, cité dans le Projet Global pour la Stratégie Nationale de Santé juin 2013).

L'impact de la maladie mentale dans la population, le niveau de dépenses publiques dont ces pathologies sont la source et les incertitudes actuelles de la politique nationale en santé mentale nécessitent une prise en compte, au sein de la future Loi de santé publique à paraître en 2014, des aspects spécifiques de la psychiatrie ; ces aspects justifient qu'on en marque certaines particularités, tout en envisageant leur rattachement à un dispositif commun. La prise en charge en santé mentale, c'est en particulier :

- La distinction à établir entre une demande de prise en charge pas toujours formulée et le besoin réel de la population,
- L'importance de « l'aller vers » et son corollaire de la vigilance accrue vis-à-vis de certaines situations à risques,
- Le lien des activités en santé mentale avec l'exercice des libertés publiques par le patient en tant que citoyen, -L'importance des situations d'exclusion et de précarité,
- La nécessité mais aussi la difficulté d'impliquer les usagers, leur famille et leurs représentants.

1. Le service public hospitalier rénové en matière de santé mentale

L'ADESM partage les orientations du rapport sur le pacte de confiance, présenté par Edouard COUTY : c'est bien « l'ensemble de l'activité de soins qui est couverte par les obligations de service public et qui doit être incluse dans le service public ». L'ADESM se reconnaît dans les termes de service public hospitalier comme « colonne vertébrale » de la santé publique sur un territoire, ainsi que dans la notion de « mandat territorial » au profit des établissements du service public.

En ce qui concerne la santé mentale, l'ADESM souligne :

- Le rôle historiquement partagé des hôpitaux publics et des ESPIC, et leur commune vocation à assurer le service public de santé mentale,
- La nécessité de ne pas cantonner le Service public hospitalier aux soins sans consentement même avec l'ajout de leur dimension ambulatoire ; une approche restrictive, outre qu'elle méconnaît le fait que les pratiques soignantes ne sont pas liées aux modalités juridiques de la présence du patient dans l'établissement, induit un effet de stigmatisation des établissements en réduisant leurs missions de santé publique à un type minoritaire de prise en charge,
- A travers le dispositif de la sectorisation, les établissements de santé mentale assurent une mission de soins de premier recours telle que la définit l'article L1411-11 du Code de la santé publique :
 - 1 La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
 - 2 La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique
 - 3 L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
 - 4 L'éducation pour la santé

Cette activité fait partie du service public hospitalier à rénover ; il convient de lui redonner une assise officielle dans la législation.

Cette activité de premier recours a vocation à s'intégrer dans le service public territorial de santé, le secteur étant maintenant conçu, non plus dans une approche totale (le secteur peut tout faire) mais dans une approche rénovée d'articulation avec les autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Sur le volet santé mentale, la responsabilité des établissements du Service public hospitalier pour la promotion du Service public territorial de santé est particulièrement forte. La notion de parcours de soins leur est familière ; il leur appartient donc de jouer un rôle moteur dans une approche plus large vers le parcours de santé du patient. Il paraît donc souhaitable que les établissements du Service public hospitalier se voient confier, au titre de leurs obligations de service public transcrites notamment dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, un rôle moteur dans la promotion du SPTS, assorti éventuellement d'un portage de crédits au profit de l'ensemble des partenaires de celui-ci.

- Les missions et les obligations confiées aux établissements du Service public hospitalier ne pourront trouver à s'exercer dans la clarté que si la réforme du financement des activités de santé mentale, annoncée depuis de nombreuses années, aboutit enfin.

Les travaux du pacte de confiance ont conclu à l'inadaptation de la tarification à l'activité dans le domaine des maladies chroniques ; il est urgent de conclure les travaux relatifs à la valorisation de l'activité en psychiatrie en prenant en compte les travaux en cours sur le financement du parcours de santé. A cet égard, le parcours de la personne âgée dépendante n'est pas sans analogie avec celui de l'usager en santé mentale.

Si, en l'état actuel du dispositif, l'accessibilité financière aux soins en santé mentale est assurée, il y aura lieu de clarifier la question de la facturation des consultations en CMP.

- Compte tenu de l'hétérogénéité du contenu des activités et de la dispersion des coûts qui en résulte, il est indispensable que cette réforme du financement s'appuie sur une clarification des activités de psychiatrie : organisation des urgences psychiatriques, centres de crise, hospitalisation à domicile, hôpitaux de jour/CATTP, etc...

2. La santé mentale dans le Service public territorial de santé

Pour les établissements assurant le Service public de santé mentale, la mise en place du Service public territorial de santé constitue une innovation majeure, permettant d'étendre à l'ensemble du domaine de la santé et d'officialiser le travail réalisé de longue date dans le domaine de la santé mentale en faveur d'un partenariat de réseau à partir du secteur psychiatrique. L'ADESM partage l'idée, portée par la Stratégie Nationale de Santé, que l'effort majeur doit porter sur la prise en charge de proximité. La guérison n'est pas le seul objectif : « le plus grand défi de la médecine aujourd'hui est de trouver le bon chemin pour que le *prendre soin* reste central, c'est-à-dire le traitement et la prise en charge de l'environnement de la personne malade et non de la seule maladie » (projet global par la Stratégie Nationale de Santé – juin 2013)

2.1 Principes généraux du SPTS :

- Un cadre souple et évolutif qui valorise les initiatives existantes tout en assurant un minimum de services, -Un pilotage déconcentré au niveau des ARS, avec pouvoir de décision notamment quant à la fongibilité des enveloppes,
 - Un SPTS coordonnateur et déclencheur de financements (« instrument financier d'une démarche professionnelle »),
 - Un SPTS assurant une mission globale d'accompagnement, avec un volet santé mentale que
- Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

l'on retrouve aussi dans les outils (volet santé mentale du contrat territorial de santé). Dans ce volet, une attention soutenue est portée à la coordination sanitaire, médico-sociale et sociale (notamment quant à la problématique du logement), à « l'aller vers », à la gestion de la crise et aux risques de rupture du parcours. Ce volet s'intègre bien sûr dans l'organisation générale du parcours global de santé.

2.2 Populations cibles :

La notion de responsabilité populationnelle est particulièrement prégnante en santé mentale vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques, reconnues ou non comme personnes handicapées. L'articulation du trouble psychique avec le handicap psychique permet de faire le lien au niveau de l'individu entre le sanitaire et le médico-social. La forte implication des usagers, des familles et de leurs associations doit permettre de s'appuyer sur les compétences de la personne malade tout en renforçant la dimension citoyenne des prises en charge et en assurant le soutien aux aidants. Cette dimension concerne tant le Service public hospitalier (par exemple en associant les représentants des usagers au Directoire des établissements publics) que pour le SPTS (notamment avec la participation des usagers à la gouvernance, la création de structures telles que la maison des usagers en santé mentale dans la cité proposée par la MGEN à Lille et le développement des groupes d'entraide mutuelle).

2.3 Territoires :

Il doit être adapté en fonction du contexte : par exemple, le milieu rural peu peuplé est à distinguer de la grande ville paupérisée, qui appelle un SPTS spécifiquement organisé et une gouvernance différenciée. Les débats lors des ateliers ont laissé apparaître une absence de prédéfinition du territoire du SPTS qui deviendrait ad hoc, c'est-à-dire plutôt une zone de desserte que les professionnels définiraient en fonction de leur projet de SPTS, par différence par rapport au terme de territoire qui renvoie à la planification ; en santé mentale et compte tenu de la territorialisation historique du secteur, l'idée de territoire prédéfini est à maintenir pour le SPTS.

En conséquence, 2 niveaux sont à distinguer:

- le volet santé mentale du SPTS ne peut rester sans reconnaître de nouveau officiellement le secteur en tant que 1er niveau, correspondant aux soins de 1er recours. Il est à noter que lorsque le 1er recours est évoqué en lien avec l'article du CSP issu de la loi HPST, on fait toujours référence à la médecine de ville, jamais à la sectorisation psychiatrique. Le secteur "rénové" est le lieu de ce que les dispositifs de prise en charge des personnes en perte d'autonomie appellent la "coordination clinique de proximité"; celle-ci doit associer le psychiatre de secteur et le médecin de ville, afin de sortir de la concurrence de fait qu'ils se livrent pour la prise en charge de la maladie mentale (d'où les reproches en miroir de recours trop tardif au spécialiste et de confiscation du patient par ce même spécialiste). Mais le secteur, s'il est le lieu du soin, n'est pas le lieu de l'organisation du soin du fait de sa taille insuffisante, notamment dans les villes importantes.

- un niveau doit apparaître pour organiser et coordonner les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social; ce niveau correspond à la notion de "coordination territoriale d'appui". C'est le niveau de la grande ville ou du département, avec une gouvernance distinguant les régulateurs et les effecteurs, le pilotage et l'opérationnel. C'est ainsi que sur un grand territoire urbain, celui de la ville de Marseille, se met en place un pilotage à travers un conseil local de santé mentale (COSM : élus, EPSM, ARS, DDCS, usagers) et deux niveaux opérationnels, l'un

sanitaire et médico-social, l'autre social avec un GCSMS axé sur le logement.

2.4 Le « label » SPTS :

La question a été posée de savoir s'il faut un « SPTS minimum ». Dans le domaine de la santé mentale, si on veut favoriser l'accès aux soins et la continuité de la prise en charge, la réponse doit être positive. L'idée pourrait alors être de considérer le SPTS comme un label, octroyé par l'ARS et ouvrant droit à des financements; les établissements du Service public hospitalier seraient pilotes pour sa mise en place. Plusieurs niveaux de label pourraient être prévus en santé mentale:

- niveau 1: respect des grands principes du service public (neutralité, adaptabilité, continuité, égalité)
 - ✓ Organisation de base avec le secteur psychiatrique assurant
 - ✓ La coordination clinique
 - ✓ Dispositif assurant :
 - l'articulation secteur / médecine de ville
 - les soins sans consentement
 - les soins somatiques
 - les urgences, la PDS en psychiatrie et le lien avec le centre 15
 - le lien sanitaire / médico-social
 - les outils souples de coordination (convention multilatérale, établissement chargé de porter les crédits fléchés, une gouvernance sans personnalité morale impliquant les élus et les usagers) Ce niveau 1 serait obligatoire; les établissements du SPH seraient chargés, au titre de leurs obligations de service public, de coordonner à son déploiement. Ce niveau peut trouver son articulation avec le « panier de soins », socle minimum de services à la population dans le domaine de la prévention, tel qu'évoqué dans l'atelier consacré à la prévention.

-niveau 2: = niveau 1 + renforcement de la coordination des acteurs et de la gouvernance, avec ajout d'objectifs de santé publique, soit:

- conseil local (ou départemental) de santé mentale
- impliquant fortement les élus et les usagers (ce conseil peut s'intégrer dans un conseil local de santé à vocation globale)
- rédaction d'une charte, reprenant notamment les 6 principes transversaux du plan de santé mentale de l'OMS
- équipe de suivi dédiée de l'ARS
- désignation de référents du parcours de santé pour les handicapés psychiques
- objectifs dans les domaines de la précarité, du logement, de la gestion de la crise et des situations à risque et/ou complexes, de l'éducation thérapeutique.

Ce niveau 2 correspond plus aux départements fortement urbanisés et aux grandes villes; la labellisation permettrait au CLSM (ou CDSM) de coordonner, sans les gérer lui-même, des financements issus du sanitaire, de la politique de la ville, du médico-social et du social. La simplification annoncée des outils de la politique de la ville pourra faciliter cette synergie des financements.

Coordination de l'offre de soins ambulatoire

Contribution de l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF), dans le cadre de la mission sur le Service Public Territorial de Santé

Introduction

Il a été évoqué lors de l'atelier "Offre de soins de proximité" la pertinence d'une organisation coordonnée avec tous les acteurs de l'offre de soins au niveau régional de la mise en place des SPTS afin de faciliter le travail d'incitation et d'accompagnement des Agences Régionales de Santé dans la mise en place des équipes de soins sur les territoires. Cette contribution vise à proposer un modèle type d'organisation de cette commission au sein des ARS, en termes de moyens, de cadrage, et de composition, pour répondre au mieux aux attentes des acteurs de l'offre de soins sur le territoire ainsi qu'aux besoins de la population.

Cette commission, proposée dans cette contribution, à également la volonté de permettre une continuité entre formation des professionnels et exercice des professions de santé, les deux volets étant très intégrés en France via la formation clinique et pratique précoce des étudiants en santé et l'implication grandissante du monde ambulatoire dans la formation des jeunes professionnels.

Rôles de la commission

Les rôles et composition proposés de cette commission de coordination des professionnels de santé ambulatoires se fondent sur quelques constats partagés par l'ensemble des acteurs de santé ambulatoires.

Quel que soit le niveau de gouvernance, ou les sujets abordés, le simple fait d'asseoir autour d'une table toutes les catégories de personnes concernées permet de faciliter la coopération de chacun des acteurs. Cela permet de mettre en évidence les problématiques particulières de chaque groupe représenté, et de donner un outil efficace et favorisant l'émulation permettant d'arriver à des solutions conjointement établies aux points de blocage soulevés, acceptés par tous. Ce travail collaboratif ne peut que faciliter l'articulation entre les différents groupes de professionnels concernés, en leur accordant une certaine reconnaissance via leur implication.

De plus, on relève trop souvent au sein du monde universitaire ou sanitaire le manque d'intérêt des jeunes professionnels de santé, notamment médicaux, pour l'exercice ambulatoire : 9,8%¹ seulement des nouveaux médecins font le choix de l'installation à la fin de leurs études. Les conséquences sont pourtant identifiées : un crucial manque de connaissance et de visibilité sur l'exercice en milieu libéral à l'issue des études suite à un cursus hospitalo-universitaire extrêmement fort.

La commission proposée dans ce document a donc plusieurs vocations :

- Assurer l'implication de tous les acteurs de l'offre de soins ambulatoire dans la gestion régionale de l'accès aux soins des populations,
- Donner aux Agences Régionales de Santé et leurs services impliqués dans la gestion et la coordination de l'offre de soins un outil opérationnel pour considérer les problématiques de chaque acteur sur le terrain,
- Offrir aux interlocuteurs concernés un lieu de rencontre privilégié, et faciliter les échanges directs entre représentants des professionnels de santé et des étudiants,
- Permettre une articulation plus fine de la formation des professionnels avec les besoins de santé des populations, en assurant une meilleure ouverture du milieu de santé ambulatoire aux étudiants.

¹ Atlas de la démographie médicale en France, 2013, Conseil National de l'Ordre des Médecins
Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier

Quelle place pour cette commission au sein de la gouvernance régionale en santé ?

Tout d'abord, il va de soi que cette instance aura une vocation consultative auprès des services des Agences Régionales de Santé. Cependant, il semble important que les services administratifs des ARS puissent bénéficier et utiliser ses conclusions, qu'il s'agisse des services de l'offre de soins, mais aussi du secteur médicosocial et de prévention, dans l'optique de réduire la sectorisation de la gouvernance en santé. De plus, cette commission doit pouvoir bénéficier des travaux des autres instances consultatives existantes au sein des ARS relatives aux autres secteurs de la santé, voire inclure des représentants de ces services pour faciliter l'échanges entre secteurs, et la productivité des travaux.

Composition de cette commission

Pour effectuer au mieux les missions de la commission proposée, il nous apparaît essentiel de ne pas rester limitatif dans sa composition. Voici donc une proposition concrète de membres de cette commission :

- Des représentants des services de l'Agence Régionale de Santé (offre de soins, médicosocial, et prévention),
- Des représentants des Unions Régionales des Professionnels de Santé,
- Des représentants des Ordres professionnels,
- Des représentants des caisses d'assurance maladie,
- Des représentants des usagers,
- Des représentants des étudiants en santé,
- Des représentants des lieux de formation aux professions médicales, pharmaceutiques, et paramédicales,
- Des représentants des élus locaux,

Synthèse

Cette commission de coordination des professionnels de santé ambulatoires a vocation à impliquer l'ensemble des acteurs de terrain, actuels et futurs, dans la mise en place et le développement du Service Public Territorial de Santé. Il s'agit non seulement d'organiser et de coordonner les efforts de chaque acteurs, mais aussi de permettre le plus précocement possible l'implication des futurs professionnels dans la mise en place de ces nouvelles modalités d'organisation des soins, et d'en préparer la relève dès maintenant.

Pour nous contacter

Nicolas ROMAINSCELLE,
Vice-Président chargé des Problématiques Professionnelles
nicolas.romainscelle@anemf.org

A4.3 Contribution écrite du Centre de Santé Hospitalo-Universitaire APHM :

Centre de Santé Hospitalo-Universitaire APHM

(CSHU APHM) ou Pôle de santé HU (PSHU)

Note méthodologique sur la conduite du projet médical et de santé publique

En fonction du premier cadrage médical, issu de la mission confiée à Bertrand Mas par le Pr. Guy Moulin, et dans la perspective du rendez-vous avec le directeur de cabinet de la ministre, cette note propose les axes méthodologiques à développer pour construire le projet médical et de santé publique du CSHU APHM, ainsi que les questions restant aujourd'hui à clarifier.

La cible opérationnelle de démarrage du centre étant fixée à la fin 2014 ou au début 2015, il serait souhaitable de disposer d'un avant projet d'ici décembre prochain et d'un projet finalisé pour avril 2014 (calendrier PREPS et PHRC, PLFSS), pour s'inscrire ensuite dans l'accompagnement de sa mise en place.

La mise en place du CSHU répond à six objectifs :

1. Mettre à disposition des populations des quartiers Nord de Marseille une offre de soins de premier recours et de spécialités médicales dans un cadre de santé publique, impliquant de s'inscrire dans une coordination des parcours de soins et de permettre l'accès à des actions de prévention, de dépistage et d'information sur la santé.
2. Développer sur le site une dimension universitaire d'enseignement (étudiants en médecine et internes de médecine générale et de spécialités) et de recherche (médecine générale, santé publique, lutte contre les inégalités de santé)
3. Garantir à la population un accès à des soins de qualité en secteur 1, en tiers payant ou avec un reste à charge minima (cf. volet juridique)
4. Mettre en place une dimension citoyenne et de proximité en lien avec les ateliers santé ville, le CCAS, les associations d'usagers et les professionnels libéraux du secteur d'implémentation du CSHU.
5. Améliorer l'attractivité, le recrutement et l'activité des hôpitaux de l'APHM, en particulier de l'Hôpital Nord, en intégrant le centre de santé dans l'organisation des filières de soins APMH. Le volet cancérologique s'intégrerait dans le cadre de la coopération avec l'Institut Paoli Calmettes (IPC).
6. Inscire le CHU de Marseille dans sa mission de service public territorial de santé au profit des populations les plus défavorisées et faire reconnaître une dimension d'expérimentation pilote nationale à ce projet précurseur.

Si l'APHM, à l'initiative de la démarche, sera le pilote du projet, celui-ci sera porté et mis en œuvre avec l'ensemble des partenaires qui souhaiteront s'y associer : médecins libéraux, IPC, hôpital des armées, CCAS et associations de terrain.

L'APHM aborde le projet de CSHU Quartiers Nord dans un principe à la fois de complémentarité avec les acteurs existants mais aussi de subsidiarité, en y apportant les compétences professionnelles qui manqueraient et qui contribueront à améliorer la qualité de cette offre de soins de proximité.

Le projet s'inscrit aujourd'hui dans les suites du rapport IGAS sur les centres de santé, qui porte des propositions concrètes de reconnaissance et de valorisation financière de ces structures.

A. Projet médical et de santé publique : Mettre à disposition de la population des quartiers Nord une offre de soins de proximité

La définition des besoins de santé publique s'appuie sur l'enquête 2011/2012 réalisée par l'ORS PACA (cf. documents Mas / Sorrentino). Pour y répondre, il sera nécessaire d'offrir à la fois l'accès à de la médecine générale de premier recours et à des spécialités médicales prioritaires, au regard de l'état de santé et de la précarité sociale des populations des quartiers Nord.

1. Accès à la médecine générale de premier recours

L'accès à un médecin généraliste et aux compétences de premier recours est important.

Plusieurs options sont possibles, en fonction du site retenu et du maillage existant :

- ✓ **L'offre de médecine générale existe et est suffisante.** Il est essentiel de ne pas offrir une offre APHM concurrente car les généralistes sont nos adresseurs. Par contre, il faut que le projet puisse être un plus pour eux. Il faudra discuter de l'accès au plateau technique du CESU ou de leur intérêt pour des vacations au sein du CSHU ; puis organiser les parcours des malades dans le cadre des filières APHM (protocoles conjoints).
- ✓ **L'offre de médecine générale n'est pas suffisante pour couvrir les besoins.**
Plusieurs cas de figure peuvent exister :
 - La dynamique CSHU est un effet d'aubaine et stimule l'installation in situ de nouveaux généralistes, qui choisissent un exercice groupé soit sous forme d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) soit sous forme d'un cabinet médical.
 - La dynamique d'installation ne prend pas immédiatement et l'APHM répond aux besoins de médecine générale.

Les médecins généralistes qui exerceront dans le CSHU pourront ainsi être :

- des médecins libéraux travaillant au sein du centre, soit sous forme de MSP soit sous forme de cabinet de groupe
- ou des médecins libéraux exerçant dans les quartiers Nord, voire d'autres quartiers de Marseille, et assurant en sus des vacations dans le centre de santé
- et/ou des médecins salariés de l'APHM.

A ce jour, en raison à la fois du choix d'implémentation du centre, qui n'est pas encore arrêté, et du niveau de maturation du projet, la participation des médecins généralistes libéraux n'est pas connue, alors qu'elle est une variable importante du projet.

Il faut donc, en fonction du choix le plus probable de site géographique, pouvoir prendre les contacts nécessaires pour estimer qui pourrait être intéressé, sous quels délais et selon quelles modalités.

Enjeux : évaluer rapidement quels MG libéraux participeraient au CSHU et comment pour, en fonction, mobiliser des ressources internes APHM par subsidiarité. Construire une relation de qualité avec le maillage des généralistes de terrain, qui sont les recruteurs du centre.

Interlocuteurs : MG installés ; URPS ; relais MG France sur place ;

Modes opératoires : contacts individualisés avec support courrier conjoint DG et PCME à destination des MG du secteur Nord (voir si association représentative ou collectif en place ?) ; RDV URPS pour présenter le projet actualisé plus attentes (avec Guy Moulin). Contact président Leicher et Caudran (MG France) plus De Haas et Ordre des médecins (CDOM)

Calendrier :

- affiner l'évaluation de cette participation d'ici fin octobre – mi novembre
- prendre RDV dès début septembre.

2. Accès aux spécialités médicales

Plusieurs spécialités médicales et l'odontologie devraient pouvoir être accessibles au sein du CSHU :

- Pédiatrie
- Endocrinologie : Diabétologie et Nutrition
- Addictologie
- Gynécologie médicale
- Gynécologie obstétrique
- Psychiatrie
- Gériatrie
- Cancérologie
- Ophtalmologie
- Odontologie.

Des questions internes à l'APHM doivent être posées pour affiner l'organisation future du CSHU ainsi que les ressources à déployer en miroir.

Se posent en particulier les questions suivantes :

- Quel type d'offre chacune de ces spécialités pense développer et comment s'organise t'elle pour le faire ? Quelle organisation de filière porte t'on pour assurer la meilleure coordination possible des parcours patients ? Quelle place donne t'on au volet prévention/dépistage ?
- Est-ce que toutes les spécialités doivent être présentes avec la même fréquence hebdomadaire, sachant qu'une montée en charge est à prévoir sur au moins 6 mois et qu'il faudrait conserver une souplesse d'adaptation ?
- Quels sont les besoins et attentes des spécialités par rapport au plateau technique sur place ?
- Le CSHU va assurer le diagnostic et le suivi des nouveaux patients qu'il recrute et progressivement le suivi des patients APHM qui souhaiteront être surveillés au plus près

de chez eux. Ce qui implique qu'une partie de l'activité de consultations, de l'hôpital Nord en particulier, pourra être redéployée vers le centre et une part des urgences simples traitée sur place, tant adultes que pédiatriques.

- Logiquement, du fait de l'implantation du CSHU, l'hôpital Nord est en première ligne pour l'organisation de toutes ces filières. Quelle est la place et le rôle des autres sites de l'APHM et des équipes médicales qui y exercent ?
- Projet spécifique à la cancérologie à rediscuter avec l'IPC
- Lien et organisation avec les équipes d'HAD.

Mode opératoire : CME – interfaces médicales par spécialités

Calendrier : Iers constats et propositions de contenu opérationnel d'ici fin novembre.

3. Accès au plateau technique du CSHU

Il devrait permettre :

- des prélèvements sur place et une biologie automatisée de 1ère intention
- une réponse à l'urgence simple (sutures, corps étrangers, orthopédie simple, etc. ;),
- des radiographies standard voire une échographie avec transmission d'images.

Sa configuration va s'appuyer sur les urgences de l'Hôpital Nord et sur les services de biologie et d'imagerie.

Mode opératoire : Construction du projet PT en complémentarité des spécialités et du volet MG.

Calendrier : Novembre.

4. Prise en compte de la précarité sociale

La dimension spécifique des quartiers Nord impose que non seulement le projet CSHU comporte un volet social mais tienne compte spécifiquement des caractéristiques de ces populations sur les questions d'accès aux soins et de précarité, y compris pour celles qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale. En ce sens, l'équipe de la PASS APHM doit être associée en amont à la réflexion et au suivi projet.

Mode opératoire : présentation du projet et échanges sur la place et l'interface avec les équipes PASS

Calendrier : septembre/octobre

5. Mise en place d'un système d'information intégré

Le système d'information est une des clés de réussite du lien ville / hôpital et du lien Intra APHM / CSHU dans le cadre de la coordination des parcours, ainsi que de la fluidité et de la cohérence des filières de soins qui vont se mettre en place.

Il devrait permettre l'accès et l'alimentation du dossier médical des patients. Et offrir une bonne opérationnalité vis-à-vis des médecins libéraux pour être un des supports de la coordination du parcours.

Les dimensions possibles de télémédecine doivent être intégrées dans cette analyse.

Mode opératoire : Direction des services informatiques en fonction échanges avec MG et praticiens de l'APHM

Calendrier : avant projet novembre (architecture système et coûts)

6. Accès aux compétences soignantes

Elle est centrale et porte la coordination du parcours patient, en lien avec l'hôpital Nord et avec les professionnels libéraux du territoire.

Mode opératoire : calibrage des besoins et de l'organisation par la direction des soins infirmiers

Calendrier : novembre

7. Relations avec les usagers

Deux éléments plaident pour une prise en compte forte de cette dimension dans le projet dès sa conception et pour accompagner son démarrage et sa montée en charge :

- le choix stratégique de la DG pour faire des relations avec les usagers un levier de changement
- une communication, un accueil et un relationnel avec les personnes en difficulté sociale, qui peut s'avérer difficile et sollicite souvent beaucoup les professionnels, ce qui renforce l'intérêt d'associer une réflexion conjoint usagers/professionnels dans un esprit d'anticipation et de médiation partagées
- un principe éthique que l'on doit à ces populations.

Mode opératoire : à construire en lien avec associations de quartiers, CCAS et représentant d'usagers APMH. Expertise Chantal Deschamps à mobiliser.

Calendrier : octobre – mars

B. Projet Hospitalo-Universitaire

. La dimension APMH fait naturellement du CSHU un lieu d'enseignement et de formation mais aussi de recherche. Il est donc important de mobiliser le Doyen et l'Université pour discuter des modalités d'intégration des stages d'internes de médecine générale et de spécialités dans le CSHU.

. Le projet doit intégrer une dimension d'évaluation et proposer une méthodologie avec des indicateurs de résultats.

. La dimension novatrice du projet de CSHU, porté par un CHU, milite pour l'obtention d'une reconnaissance nationale de projet pilote, renforcé par une dimension recherche, via le dépôt 2014 d'un dossier PREPS (projet de recherche et d'évaluation sur la performance des systèmes de santé : cible prioritaire en raison du champ de l'AAP priorisé sur coordination des parcours et approche pluridisciplinaire). Le PHRC représente également une alternative.

Mode opératoire :

- interface Université et Doyen dès premier cadrage interne APMH
- Service de santé publique pour construction des projets d'évaluation et de recherche

Calendrier : réflexion et discussions à ouvrir dès septembre

C. Projet Territorial de Santé

En inscrivant l'hôpital Nord dans la mise à disposition de services de santé de proximité, pour répondre aux besoins sanitaires non couverts, vis-à-vis d'une population en difficulté d'accès aux soins et en précarité sociale, le projet installe l'APHM dans une dimension de service public de santé. A ce titre, les partenaires sanitaires et médico-sociaux du territoire (CCAS, ASV, responsables santé des arrondissements, associations de prévention) doivent être entendus et en fonction associés. Ils représentent le tissu local de proximité, sur lequel s'appuyer pour réussir l'implémentation concrète du projet et prendre en compte, dans l'organisation et le fonctionnement du CSHU, les us et coutumes locales ainsi que les besoins ressentis.

Ces structures locales peuvent également souhaiter intervenir dans le CSHU sur des créneaux spécifiques ou pour des actions, structurelles ou ponctuelles, de prévention et/ou d'accès aux services

Les représentants du tissu citoyen et associatif seront intégrés dans le volet dimension usagers/citoyen du projet.

Mode opératoire :

- interface Elus
- interface représentants CCAS et santé/ville
- interface avec associations de quartiers

Calendrier : à compter de septembre

En synthèse,

Une fois les grandes lignes de cadrage arbitrées (pilotage, démarche projet, montage juridique et financier), il est important de communiquer d'ores et déjà et d'échanger dans un esprit de concertation :

- En interne APMH
 - auprès des services, professionnels et spécialités médicales listées ci dessus
 - auprès des représentants syndicaux de l'Hôpital Nord en particulier (le projet a une réelle logique de proximité et d'apport à la population des quartiers – mission noble de l'hôpital et renforcement/ancrage de Nord – rééquilibrage par rapport aux restructurations et aux redéploiements en cours)
 - auprès du doyen
 - auprès du service de santé publique
 - auprès des représentants d'usagers
- En externe
 - à un niveau politique auprès des élus
 - à un niveau politique avec le président de l'université
 - à niveau technique et territorial auprès des équipes CCAS et Ateliers Santé Ville
 - à un niveau technique et d'articulation ville hôpital avec les médecins libéraux
 - avec l'IPC et le Service de Santé des Armées
 - et à un niveau citoyen avec les associations de quartier.

Christine Bara, le 15/08/2013

A4.4 Contribution écrite du Dr MULLER

Les conseils locaux de santé constituent une instance novatrice d'information et de concertation en matière de santé publique, dans le contexte de la stratégie nationale de santé.

Le développement des conseils locaux de santé, souvent initiés par les secteurs de psychiatrie en tant que conseils locaux de santé mentale, est de nature à compléter utilement le dispositif de démocratie sanitaire. Le conseil local de santé pourrait initier la mise en place d'ateliers santé-ville dont il assurerait la pertinence. Il servirait de lieu de concertation pour la réalisation des contrats locaux de santé. Il pourrait s'appuyer sur la base de diagnostics de territoire établis en partenariat avec les ORS

Ces conseils pourraient s'inscrire dans le prolongement des CLSM et rassembler autour des élus, des représentants des usagers et des familles, des représentants du champ social, des professionnels libéraux et hospitaliers, et des représentants de la psychiatrie publique. Leur territoire de compétence est du ressort du maire ou du responsable de l'instance concernée en cas d'intercommunalité. Ils sont des instances de concertation et d'échanges en matière de santé à l'échelle communale, voire intercommunale. Ils sont aussi des outils à la disposition des élus contribuant à leur information et à leur connaissance des problématiques de santé publique et de leurs acteurs. Leur installation est réalisée en concertation avec l'ARS. Le financement du temps nécessaire de coordination est du ressort de l'ARS et de la municipalité concernée.

Ils pourraient être initiés sur la base des conseils locaux de santé mentale qui peuvent en constituer par la suite une sous commission, évitant ainsi des effets de stigmatisation inhérents à l'identification d'une population spécifique. **Les problématiques individuelles n'ont pas à y être abordées ainsi que la transmission d'informations nominatives.** Les élus peuvent être amenés à s'appuyer sur un conseil local de santé pour l'approche des questions de santé en rapport avec la petite enfance, les comportements alimentaires, les activités sportives, la médecine du travail et le risque psycho-social etc.... En tant que plateforme de concertation, les conseils de santé permettent la définition de priorités locales en santé publique et la co-construction des projets en réponse aux problématiques locales et à organiser une régulation entre les actions des partenaires qui y contribuent. Il paraît peu envisageable de mobiliser les acteurs concernés tantôt pour les questions de santé mentale, tantôt pour celles de santé publique, santé au travail, enfance adolescence et famille etc.... La santé mentale est incluse dans un domaine plus vaste qu'est la santé publique. L'expérience a montré le risque d'essoufflement des CLSM d'une part et de la difficulté de disposer du temps d'élus à plusieurs reprises sur les thématiques de santé.

Les conseils locaux de santé pourraient contribuer à la signature des contrats locaux de santé. La validation en serait confiée à la conférence de territoires de santé, avant de passer devant le conseil municipal. La co-signature est du ressort du maire, du préfet et du directeur de l'ARS. Les actuels comités de pilotage des contrats locaux de santé constituent de fait une préfiguration des conseils locaux de santé.

L'établissement de diagnostics de territoire permet la détermination des enjeux, de choix stratégique et de propositions d'actions. C'est une démarche de santé publique complexe nécessitant de disposer de données dans des domaines variés (démographique, socio-anthropologique etc...) et leur analyse. (Par exemple : recensement du nombre de généralistes et psychiatres sur le secteur, l'existence de lits d'hospitalisation en psychiatrie, autres que ceux de l'établissement, de structures médico-sociales etc... Ils pourraient s'appuyer notamment sur les travaux des ORS avec lesquelles un partenariat est établi. Les particularités géographiques des territoires (zones urbaines sensibles, ruralité, afflux saisonniers etc...) sont ainsi prises en compte. Dans le même ordre d'idée, **la mise en place systématique d'un volet de santé mentale dans les contrats locaux de santé en lien avec les ARS devrait** permettre de préciser les actions territoriales pertinentes dans le domaine de la santé mentale, notamment en termes de partenariat, après évaluation des besoins et des mesures nécessaires à la compensation du handicap.

Ces contrats participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale etc.).

Le Projet régional de santé (PRS) pour sa mise en œuvre, peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus entre l'Agence et les collectivités territoriales. Il renforce la cohérence intersectorielle inter-dispositif des actions en santé en mutualisant les moyens (principe de transversalité et de cohésion).

A4.5 Contribution écrite de la FFMPS



NOTE DE LA FFMPS

A propos du service public territorial de santé

Service public territorial de santé

Contexte : sur le portail du gouvernement :

Pour la ministre de la santé, "le service public territorial de santé, c'est reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. (...) L'ensemble des acteurs de santé partagent sur un territoire donné la responsabilité de l'état de santé de la population."

En pratique, "toutes les structures, tous les professionnels, y compris les libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées", précise-t-elle, "autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé, prévention et promotion de la santé, accès aux soins, prise en charge sanitaire, médico-social et social."

"Les moyens des ARS chargées d'organiser l'offre sanitaire au plan territorial, doivent être renforcés", avait déclaré le Premier ministre à Grenoble. Ces mêmes ARS devront établir au début du mois de juillet un recensement des besoins territoriaux sous la forme de Schéma régional d'investissement en santé (engagement 4) nouvellement mis en place par le Pacte de confiance. Pour Marisol Touraine, "Hôpitaux, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, systèmes d'information... : peu importe le type d'investissement retenu par les agences, c'est la réponse aux besoins de santé qui compte." Elle a précisé que "45 milliards d'euros seront investis dans nos hôpitaux au cours des dix prochaines années", et demandé désormais "d'orienter [les] investissements à l'échelle des territoires."

1 - Les objectifs

Structurer les soins primaires, soins de premier recours

Justification : pour organiser une offre sanitaire sur chaque territoire, il nous faut bâtir un socle. La plus grande part de la population accède à la demande de soins par les soins primaires, soins de premier recours. Il devient nécessaire d'organiser cette offre de soins. Cela passe par la constitution d'équipes de soins coordonnées et pluriprofessionnelles permettant une meilleure prise en charge des polyopathologies. Le travail en équipe permet de passer du seul soin à la personne à la prise en compte de la santé de la population sur un territoire. Les 400 équipes fonctionnant aujourd'hui ont démontré que c'était possible. 150 équipes ont participé à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération qui a démontré un effet positif sur leur développement. Il est donc important de dépasser cette expérimentation vers des forfaits stimulant une meilleure organisation et coordination des équipes de soins primaires sur les territoires au service de la population.

Mutualiser ces unités de soins primaires par une organisation territoriale

Justification : plus loin que la simple réponse aux soins de proximité, il est nécessaire de structurer l'organisation générale des soins primaires sur les territoires. Si les équipes de soins primaires répondent à la plupart des demandes, il leur est nécessaire de mutualiser des services avec d'autres équipes : relations ville-hôpital, ETP, campagne de santé publique, production de données, etc. C'est le rôle des plateformes territoriales qui commencent à se développer. Plateformes de service pour les équipes de soins de proximité.

Structurer les relations ville-hôpital

Justification : lors de différents travaux de coordination ville-hôpital, les principales récriminations des acteurs montrent une méconnaissance réciproque des modes de fonctionnement des équipes « de l'autre côté ». Les médecins hospitaliers et cadres infirmiers hospitaliers ne sortent pas de l'hôpital et ne connaissent pas les conditions de travail des équipes de soins primaires sur le terrain. Les hospitaliers se plaignent d'entrée aux urgences de patients sans coordination avec la ville. Les médecins de ville se plaignent des difficultés de contacts avec les hospitaliers et de sortie de patients non programmées. Cette méconnaissance réciproque des conditions de travail des uns et des autres est un frein à une meilleure fluidité du parcours de soins des personnes âgées, entraînant une augmentation des hospitalisations évitables, voire des ré hospitalisations précoces. Cette méconnaissance aboutit à un manque de circulation des données nécessaires aux équipes hospitalières pour assurer leur mission et permettre un retour à domicile rapide et dans de bonnes conditions. Cette méconnaissance entraîne aussi une difficulté pour les équipes de ville à obtenir des informations rapides sur les raisons des traitements lors de la sortie de l'hôpital pour assurer une bonne continuité des soins : pharmacien face au patient sortant de l'hôpital le samedi après-midi, l'infirmière devant effectuer une injection d'héparine sans connaissance des contrôles biologiques, médecin revoyant le patient avant l'arrivée des informations, etc

2 - Le service rendu attendu

Meilleure réponse à la demande de soins sur le territoire

La présence d'équipe coordonnée sur un territoire améliore la réponse aux demandes de soins. Il est possible d'inclure dans le cahier des charges des équipes en contre partie des forfaits d'équipe, une garantie de réponse à la demande de soins. Chaque équipe définissant le territoire sur lequel toute demande de soins obtient une réponse dans la journée.

Améliorer le parcours de soins des patients

La conjonction d'équipe de soins de proximité sur les territoires et de mutualisation de services par des plateformes territoriales doit permettre de protocoliser les entrées et sorties d'hôpital, mais aussi protocoliser les relations entre soins primaires et soins secondaires.

Implication des usagers

La création de structure de regroupement de professionnels de santé donne l'opportunité de définir une gouvernance impliquant les usagers dans les soins primaires. Que ce soit au niveau de la maison de santé d'une équipe ou au niveau des plateformes territoriales.

3 - La déclinaison des obligations de service public

Les obligations de service public pour les équipes de soins de premier recours peuvent être définies dans le cahier des charges donnant accès aux rémunérations d'équipes. La principale est que toute équipe de soins définie sur un territoire bénéficiant des forfaits d'équipe assure la continuité des soins sur son territoire. Une fois le territoire défini pour une équipe, les demandes de soins sur ce territoire ont une réponse.

4- Les modalités de mise en œuvre ainsi que les outils nécessaires.

Développement des forfaits d'équipe (et de la matrice de maturité)

L'outil central de l'approche territoriale pour les professionnels des soins primaires est le forfait d'équipe. Ce forfait doit être calculé à partir de deux items :

- Nombre de patients pris en charge
- Niveau atteint de qualité des soins

Pour définir le dernier item, un groupe de travail va finaliser d'ici fin 2013 une matrice de maturité, sorte de grille d'analyse permettant de donner un niveau de service offert à la population sur le territoire.

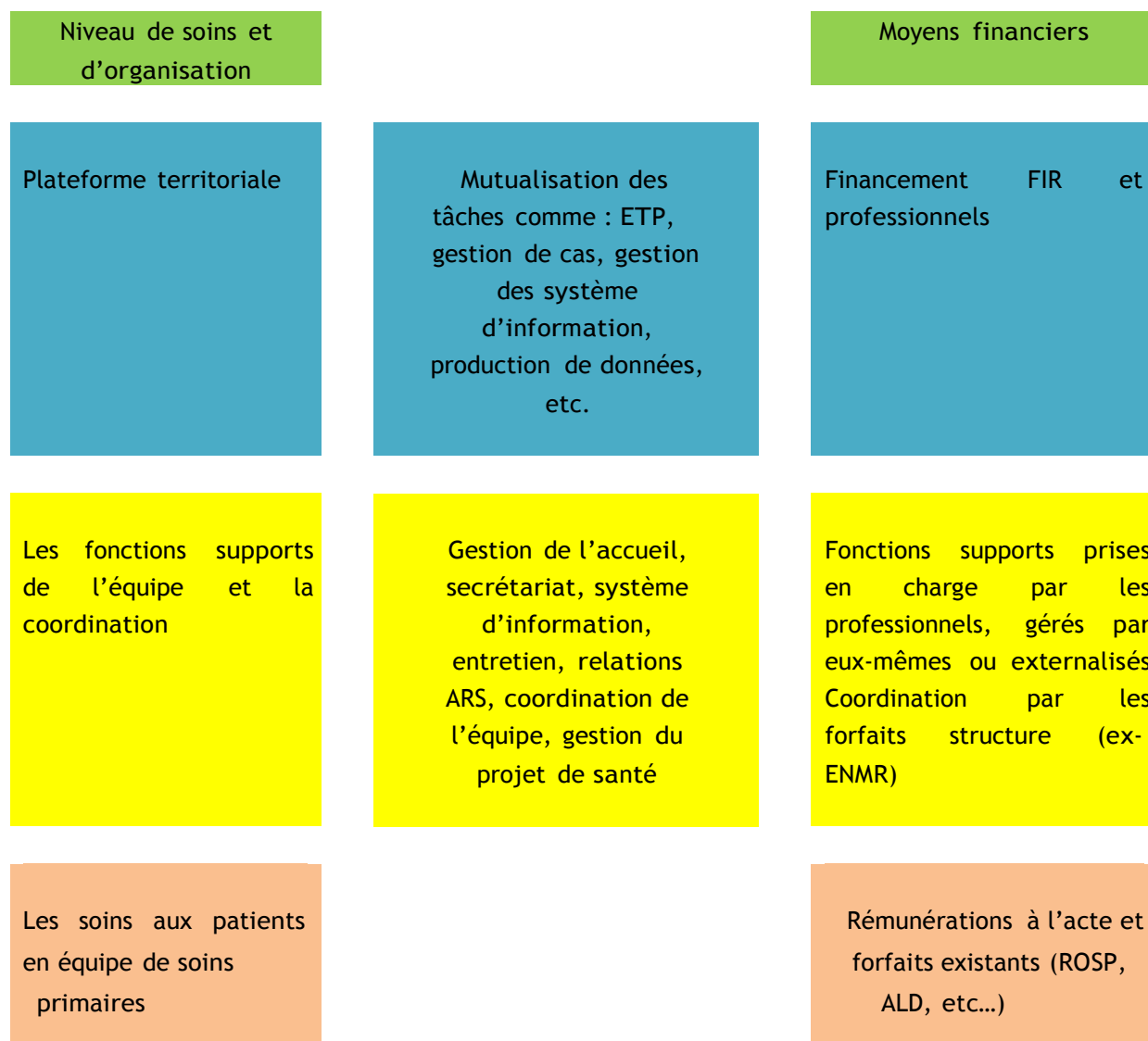
Développement des plateformes territoriales

Les plateformes territoriales se développent actuellement sous l'impulsion des acteurs de terrain ou des réseaux de soins. Appuyé par l'UNR-s et la FFMPs, plusieurs réseaux pathologie se transforment en réseaux d'appui aux acteurs des soins primaires. Il suffit de signer quelques CPOM entre ARS et ces plateformes pour montrer la direction.

Protocolisation des relations ville-hôpital (SI et protocoles)

Plusieurs expériences existent de protocolisation des relations entre ville et hôpital. Cela permet d'une part de définir les modalités de communication (système d'information), et d'autre part de créer des protocoles décrivant les modalités du suivi des patients concernés. Mais rien, aujourd'hui, n'incite les professionnels à utiliser ces protocoles. Une fois de plus, la rémunération d'équipe avec un item signalant cette utilisation dans la matrice de maturité pourrait les inciter.

Schéma explicatif des niveaux d'organisation des soins



A4.6 Contribution écrite de la FEHAP

Synthèse des analyses et positions de la FEHAP sur la rénovation du service public hospitalier (SPH) et ses liens avec la dynamique de service public territorial de santé (SPTS)

Préambule commun de la FEHAP et d'Unicancer

La FEHAP et UNICANCER partagent ensemble le souhait d'une dynamique de rétablissement du service public hospitalier (SPH) qui prenne en compte la place des établissements de santé non lucratifs participant de très longue date au service public hospitalier, au même titre que les établissements publics de santé.

Elles estiment que le désintéressement personnel des dirigeants et la non-lucrativité absolue des établissements de santé privés non lucratifs ont une réelle valeur distinctive et appréciative dans la société civile : le projet politique relatif au service public hospitalier doit prendre en compte cette réalité.

La FEHAP et UNICANCER estiment également que d'autres demandes sociales fortes doivent être prises en compte dans la démarche de rétablissement du service public hospitalier et valorisées :

- la réduction des délais d'attente, qui doivent être maîtrisés précisément pour certains actes et séjours,
- l'objectif de zéro reste à charge en établissement de santé, après intervention des organismes complémentaires,
- l'absence de dépassements d'honoraires qui caractérise les établissements de santé privés non lucratifs.

Pour la FEHAP et UNICANCER, la réflexion consacrée à l'ouverture à d'autres composantes d'une démarche coopérative et loco-territoriale de service public (professionnels de santé libéraux en ville, secteur social et médico-social, etc.), dans le cadre des réflexions sur le service public territorial de santé (SPTS), ne doit pas pour autant diluer les exigences de rétablissement du noyau dur historique, et à forte charge symbolique, du service public hospitalier.

Les 7 axes directeurs des analyses et propositions de la FEHAP sur la rénovation du service public hospitalier (SPH) et la dynamique du service public territorial de santé (SPTS):

- 1) **Rétablir le « bloc de service public hospitalier »**, dans un continuum « soins-enseignement-recherche », dans la ligne directrice posée par le rapport Couty et les déclarations de Marisol Touraine à ce sujet.
- 2) **Rétablir le lien entre « le bloc de service public » et son portage par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dans leur vocation naturelle de « participant au service public hospitalier » (PSPH).** L'écriture d'un texte de loi, qui comporte ses dimensions techniques voire nécessairement technocratiques, doit prendre soin de ne pas trop s'éloigner des perceptions et sensibilités de la société civile, pour laquelle la non-lucrativité publique ou privée non lucrative est une valeur de rang élevé concernant les activités de santé.
- 3) **Répondre, avec les obligations de service public, aux demandes profondes des français et des parlementaires qui les portent : les délais d'attente, l'absence de reste à charge.** Ce sujet amène une difficulté avec le sujet emblématique de l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans les EPS et de son encadrement (suffisant ou non). Cette question existe d'une autre manière pour 10 établissements de santé privés non lucratifs (sur 700), du fait d'une situation historique de collaboration très ancienne avec des médecins libéraux. La logique serait d'organiser cette collaboration dans le cadre d'une activité libérale uniquement en secteur opposable ou en secteur 1. Toutefois et dans certaines disciplines, le respect du secteur 1 est devenu illusoire, du fait du fort décalage apparu entre les tarifs de la sécurité sociale et les coûts : ici aussi se présente un énorme sujet de neutralité tarifaire, sous lequel il s'avère que le vrai sujet est tout autant celui de l'équité de fixation par la sécurité sociale des montants d'honoraires entre disciplines médicales (et donc entre patients), et non seulement le sujet de la partie émergée de ce sujet sous la forme des dépassements d'honoraires. Pour la FEHAP, le rétablissement du service public hospitalier doit traiter de ce sujet, et au moins serait-il possible de se situer dans une démarche de « zéro reste à charge après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires ».

- 4) **Rétablir des obligations de service public qui participent aussi des prérogatives nécessaires du DG-ARS pour assurer la « légitime défense » de l'intérêt général**, à savoir :
- a. La définition et validation des orientations stratégiques associant l'EPS ou le PSPH et le DG-ARS,
 - b. La transparence et la validation des comptes des EPS et PSPH par le DG-ARS (EPRD, PGFP voire PRE),
 - c. L'administration provisoire en cas de défaillance répétée et continue de la gouvernance de l'EPS et du PSPH
 - d. Le respect des principes d'égalité, de neutralité et de continuité du service public pour l'ensemble des activités de soins menées par l'EPS ou le PSPH,
 - e. L'obligation de proposer une réponse à des besoins de santé ou à des territoires non couverts, lorsque l'ARS en fait le constat et en formule la demande aux EPS et PSPH, (obligation qui apporte un élément de lien direct et cohérent entre la rénovation du SPH et la promotion d'une dynamique de SPTS),
 - f. Une non-lucrativité absolue et un désintéressement personnel des dirigeants non-salariés des EPS et PSPH, avec des dispositions explicites concernant d'éventuels conflits d'intérêt à prévenir des différentes parties prenantes aux décisions prises.
- 5) **Amplifier la participation des usagers et de leurs organisations représentatives dans la gouvernance** des établissements de santé publics et privés non lucratifs (dont les usagers sont souvent à l'origine et en responsabilité de gestion), **mais aussi dans la gouvernance territoriale**, avec la régulation territoriale du SPH (et du SPTS) avec les autorités de contrôle et de tarification,
- 6) **Organiser sous la forme de concessions de service public**, l'implication de structures privées de droit commercial, pour satisfaire les besoins de la population avec des garanties et obligations de service public, ainsi que les compensations adaptées desdites sujétions,
- 7) **Ouvrir la possibilité à des structures privées de droit commercial qui opéreraient pour le statut d'entreprise de l'économie sociale et solidaire (vote du Sénat du 7 Novembre)**, avec une lucrativité limitée ou encadrée des propriétaires de parts sociales (réinvestissement majoritaire dans l'entreprise) et qui fonctionneraient dans le cadre

d'une absence de reste à charge pour les patients après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires, de bénéficier en contrepartie de la possibilité d'exercer une option d'adhésion à l'échelle publique des tarifs.

Confidentiel

Note de la FEHAP sur le service public hospitalier

1 – C'est la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui a institué le service public hospitalier qui jusqu'alors n'existait ni dans les textes, ni dans la jurisprudence administrative.

L'article 2 de cette loi disposait ainsi que « *le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement – notamment les soins d'urgence – des malades, des blessés et femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.*

De plus, le service public hospitalier :

Concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical ;

Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée ;

Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique ».

Le service public hospitalier était ainsi défini suivant une approche fonctionnelle (c'est-à-dire à partir des missions qui sont assurées dans son cadre) renvoyant à deux types de missions, les soins universels d'une part et, d'autre part, les missions auxquelles il concourt.

L'article 3 de cette même loi identifiait les établissements qui assuraient le service public hospitalier à savoir :

- les établissements d'hospitalisation publics et les établissements d'hospitalisation privés PSPH, suivant un critère purement organique, pour l'ensemble de leurs activités ;

- les établissements d'hospitalisation privés concessionnaires, ainsi que les établissements associés au fonctionnement du service public hospitalier, suivant des critères organique et fonctionnel, pour les seules missions identifiées dans la concession ou l'accord d'association.

Cet article 3 détaillait ensuite les principes que ces établissements devaient respecter, comme suit « *les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requière leurs services.*

Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur (...) ».

Ainsi, cette loi du 31 décembre 1970 instituait-elle le service public hospitalier en retenant une définition fonctionnelle et organique, en ne prévoyant aucun monopole des établissements d'hospitalisation publics mais bien au contraire en y indiquant explicitement la participation des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif (pour l'ensemble de leurs missions dans le cadre de la participation à l'exécution du service public hospitalier) et enfin en détaillant les principes du service public que sont la continuité et l'égalité.

2 – La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière n'a, concernant le service public hospitalier, rien fait de plus, ni de moins que la loi de 1970.

Comme le soulignait la doctrine universitaire sur ce texte « *Pas de révolution sur le fond : il y a peu de grandes innovations, hormis la notion d'établissement de santé* »¹.

¹ D. TRUCHET, *La réforme hospitalière*, AJDA 1992, p. 130.

La loi de 1991 maintient la définition fonctionnelle du service public hospitalier, qui pour partie est commune à celle des missions des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés, puisque le service public hospitalier, comme les établissements de santé, assure « *les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.*

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à des actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention » (C. santé publ., ancien art. L. 711-1).

L'article L. 711-3 de l'ancien Code de la santé publique précisant la liste des six missions auxquelles le service public hospitalier concourt (enseignement universitaire, formation continue, recherche, action de médecine préventive et d'éducation à la santé, aide médicale urgente ...) avec d'autres acteurs, cette liste ayant été étendue progressivement par les réformes législatives qui se sont succédées entre 1991 et 2009.

Cette loi de 1991 ne modifie pas non plus la liste des établissements qui assurent le service public hospitalier et maintient les critères organique et fonctionnel de la définition de ce service public. En effet, elle se borne à reprendre mot pour mot les dispositions de l'article 3 de la loi de 1970 dans le nouvel article L. 711-4 de l'ancien Code de la santé publique en indiquant que « *le service public hospitalier est assuré :*

1° Par les établissements publics de santé ;

2° Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 et L. 715-10 (PSPH et concessionnaires) », sans reconnaître le moindre monopole aux établissements publics de santé et donc sans remettre en cause la participation des établissements de santé privés à but non lucratif au service public hospitalier.

Néanmoins, cette loi de 1991 a reformulé les missions de service public, sans que ces changements sémantiques aient une quelconque portée sur le fond. En effet, l'article L. 711-4 précité précisait que « *Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.*

Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur ».

Concernant le service public hospitalier il est ainsi impossible de parler de réforme en 1991, il faut parler de « *modestes retouches* »² ou de « *continuité avec la loi hospitalière de 1970 (...) parfaite* »³.

² V. en ce sens D. TRUCHET, *La réforme hospitalière*, préc., p. 133.

³ J.-M. de FORGES, *La réforme hospitalière de 1991*, RDSS 1991, p. 530.

Au surplus, il faut souligner que l'identité (partielle) de définition du service public hospitalier (qui n'a jamais été assimilé par le législateur au secteur public hospitalier) avec les établissements de santé n'a semble-t-il jamais posée de difficulté à la doctrine universitaire, comme à l'administration sanitaire, à la suite de l'adoption de la loi du 31 juillet 1991.

3 – Le gouvernement et le législateur ont supprimé, en 2009, le service public hospitalier, et par voie de conséquence le statut de la Participation à l'exécution du service public hospitalier (PSPH) des établissements de santé privés à but non lucratif.

Cette suppression a pour origine la composante commune de définition du service public hospitalier et des établissements de santé par référence à la mission de soins universels (c'est-à-dire « *les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes* ») et la décision des pouvoirs publics de l'époque de ne plus distinguer les soins relevant du service public hospitalier et ceux n'en relevant pas. Ce faisant, ils ont exfiltré la mission de soins universels du texte et ont donc supprimé ce qui était le critère de définition propre au service public hospitalier.

Sans ces soins universels, le service public n'avait plus rien d'hospitalier et les établissements de santé, publics ou privés, qui l'assuraient devenaient des acteurs parmi d'autres susceptibles de concourir à certaines missions de service public (innommé).

Aussi en supprimant le service public hospitalier le législateur a maintenu et distingué quatorze missions de service public qui loin d'être nouvelles (à l'exception peut-être de la PDES) étaient déjà inscrites dans le Code de la santé publique parmi les missions de service public reconnues au gré des réformes législatives qui se sont succédées depuis 1970. Soigner n'était donc plus une mission de service public sauf s'il s'agit de soins palliatifs ou de soins aux personnes privées de liberté. Cette évolution a été très mal perçue par les communautés soignantes et dirigeantes des établissements de santé publics et privés PSPH.

En dépit de cette volonté d'une rupture idéologique - que la démarche de rétablissement et de rénovation du service public hospitalier engagée par la Ministre des affaires sociales et de la santé entend désormais réparer - la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, n'a néanmoins rien changé sur certaines valeurs fondamentales puisque si le service public hospitalier a été supprimé par la loi HPST, le régime juridique qui y était attaché a été maintenu sous une nouvelle dénomination de garanties de service public. Ainsi l'égalité et ses différentes facettes (neutralité, accessibilité financière), ainsi que la continuité demeurent applicables :

- 1° aux patients pris en charge dans les établissements publics de santé (*C. santé publ.*, art. L. 6112-3-1) ;
- 2° aux patients pris en charge dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), notion qui intègre tous les ex. PSPH mais qui est plus large que le seul périmètre de l'ex participation au SPH (*C. santé publ.*, art. L. 6161-5) ;
- 3° aux patients admis au titre de l'urgence (*C. santé publ.*, art. L. 6112-3) ;
- 4° aux patients pris en charge par un établissement de santé ou une personne chargée d'une ou plusieurs missions de service public dans le cadre de ces missions (*C. santé publ.*, art. L. 6112-3).

Le législateur a ainsi eu recours comme auparavant à la fois au critère organique (établissement public ou ESPIC) et au critère fonctionnel (au titre de l'urgence ou dans le cadre d'une mission de service public) pour justifier l'application à un patient des garanties de service public (soit un critère matériel), ce qui correspond à un périmètre plus large que celui défini dans la législation antérieure.

Du reste le seul vrai changement aurait pu concerner les conditions d'attribution d'une mission de service public par appel à candidature (suivant en cela une inspiration libérale du « new management public » et/ou communautaire). Cependant le fait de prévoir une « *reconnaissance prioritaire* », gage de sécurité juridique et de continuité des prises en charge, aux établissements de santé assurant une mission de service public avant la réforme de 2009 a limité largement les évolutions.



Fédération de l'hospitalisation privée

Contribution au pacte de confiance et la stratégie nationale de santé

10 décembre 2013

La FHP pour les patients

Avec une capacité d'un quart de l'offre de soins hospitaliers, les cliniques et hôpitaux privés assument un tiers de l'activité hospitalière et ne consomment que 17% du financement consacré au secteur de l'hôpital

Quelques chiffres clés - 8,5 millions de patients accueillis par an

- 1 100 établissements de santé privés
- 154 000 personnels paramédicaux et administratifs dont 54000 infirmiers/ères
- 42 000 médecins dont 90% de médecins libéraux
- 62% des cliniques et hôpitaux privés certifiés sans suivi par la HAS (Haute Autorité de Santé) et plus de 96% classés en catégorie A ou B pour le score agrégé des indicateurs qualité des infections nosocomiales

Par spécialités

MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)

- 54% de la chirurgie
- 66% de la chirurgie ambulatoire
- 46% de la chirurgie carcinologique
- 600 000 séances de chimiothérapie
- 1 séance de dialyse sur 3
- 2,3 millions de passages dans 130 services d'urgence
- une naissance sur quatre

SSR (soins de suite et de réadaptation)

- 31,5% des séjours en hospitalisation complète dans 448 cliniques privées SSR (30% des capacités nationales)
- 50% de l'offre en rééducation cardiaque
- 25% de l'offre en médecine physique et réadaptation (MPR)
- 50% de l'offre de soins de suite polyvalents et rééducation nutritionnelle
- près d'un tiers des prises en charges des personnes âgées de plus de 80 ans
- 20 maisons pour enfants à caractère spécialisé (MECS).

Cliniques psychiatriques

- Plus de 17% des hospitalisations soit près de 200 000 séjours dans 161 cliniques privées
- 110 000 séjours en hospitalisation complète et 90 000 en hospitalisation partielle.

Source : Rapport sectoriel des cliniques et hôpitaux privés, éditions 2013 et 2012

Les valeurs de la FHP

- **Liberté**

Liberté de choix pour les patients, liberté d'entreprendre pour les gestionnaires des établissements de santé, liberté d'exercice libéral pour les médecins. Toutes ces libertés sont tournées vers la réalisation de missions de service public du domaine de la santé.

- **Responsabilité**

Responsabilité économique individuelle nécessaire à la survie de chaque établissement à caractère privé mais aussi responsabilité économique collective liée à l'efficacité de l'hospitalisation privée

Responsabilité sanitaire individuelle vis-à-vis du patient (qualité de l'information, pertinence des soins, etc) et responsabilité collective au regard de l'implication dans les problématiques de santé publique

Responsabilité sociale vis-à-vis du personnel (salaires, formation, évolution, reconnaissance, intéressement, ..) et vis-à-vis de la société : égalité d'accès aux soins sans distinction aucune, responsabilité écologique

- **Recherche de l'excellence**

Les résultats des démarches de certification montrent la qualité des prises en charges réalisées par les cliniques et hôpitaux privés. Ils veulent être reconnus comme des lieux d'excellence économique, organisationnelle et médicale.

- **Adaptabilité, dynamisme et innovation**

Les cliniques et hôpitaux privés savent s'adapter aux situations difficiles (restructuration des années passées), aux évolutions du secteur (développement de l'ambulatoire), aux progrès technologiques, aux besoins de prise en charge plus globale des patients dans tous les domaines de la médecine.

- **Rigueur et éthique**

Le caractère public des financements et la nature particulière des prestations des établissements au service de la santé des patients créent une exigence de rigueur et d'éthique renforcées.

Ce que les Français en pensent

Enquête IPSOS/FHP 4 décembre 2013

- 83% des Français ont une bonne image des cliniques et hôpitaux privés
- 96% des Français estiment important d'avoir le choix de leur médecin ou de leur établissement de santé
- 92% estiment le secteur privé à même de proposer une bonne qualité des soins

Enquête IPSOS/Vedici Octobre 2012

- 71% des Français ont déjà été hospitalisés dans une clinique ou un hôpital privé
- 87% d'entre eux sont satisfaits
- 82% estiment le secteur privé performant dans la lutte contre les infections nosocomiales

PACTE DE CONFIANCE

Contribution de la Fédération de l'Hospitalisation Privée

Dès l'annonce de la mise en place des groupes « pacte de confiance » la FHP a souhaité participer activement et de manière constructive aux travaux que la ministre a ainsi engagés.

La FHP salue la qualité des échanges qui se sont instaurés entre tous les acteurs présents, tous parties prenantes du monde de la santé et du soin, tous au service du malade. Qu'ils en soient ici remerciés.

Pourtant dès la première séance, la question de la légitimité des acteurs à parler de service public hospitalier s'est posée. Et régulièrement, la question du rôle des « privés à but lucratif » a été évoquée en filigrane des travaux.

L'hospitalisation privée est composée d'établissements à statut commercial (1100) dont les seules ressources sont : les tarifs et les chambres particulières, et les redevances. Loin des clichés et des raccourcis, ces établissements sont soumis à des règles strictes qui s'appliquent à eux comme à l'hôpital public : ils n'ont ni la garantie de ressources, ni accès aux subventions d'équilibre, ni la certitude que leurs autorisations seront reconduites demain. Les bénéficiaires de ces établissements, ils le doivent à leur talent. Et ce bénéfice est massivement réinvesti au service des patients.

Les cliniques privées de notre pays ne s'appuient pas sur les élus qui dirigent leur conseil de surveillance. Mais sur les malades qui les choisissent. C'est leur force. Et leur faiblesse. Car ces malades n'ont pas la parole lorsqu'il s'agit d'arbitrer la priorité d'allocations de ressources ou de dire qui est le mieux placé pour leur prodiguer des soins de qualité..

C'est aussi pour cette raison que les cliniques sont si souvent contraintes d'invoquer le droit et d'en appeler au juge. Administratif ou Européen. Et le juge leur donne souvent raison : la puissance et le droit ne se recourent pas toujours. Mais le droit a souvent le dernier mot.

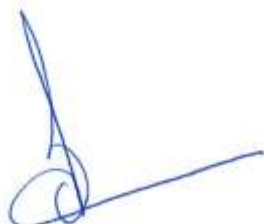
L'hospitalisation privée en France n'est pas une injure à un système de santé dont certains acteurs seraient plus vertueux que d'autre. L'hospitalisation privée est l'héritière directe des ordonnances de 1945 et il y a seulement 20 ans que l'assurance maladie ne la gère plus directement. Mais elle n'existe que par l'optimisation de la ressource.

Les cliniques ne préfigurent pas une médecine à 2 vitesses en ne s'adressant qu'aux plus riches : 25 % des malades couverts par la CMU y sont pris en charge. Et à Sarcelles (Hôpital Privé du Nord Parisien) comme à Saint Priest (Hôpital Privé de l'Est Lyonnais), pas d'hôpital public mais une clinique privée. Ailleurs, ce n'est pas une médecine de confort qui serait dispensée dans les cliniques. Mais bien un indiscutable service médical rendu nécessairement plébiscité par les patients. Car une clinique dont la patientèle diminue est une clinique en déficit. Et dans le monde de l'hospitalisation privée, une clinique en déficit c'est une clinique qui disparaît : très peu de financement par des MIG et pas de financement par les AC pour sauver les cliniques.

C'est pour toutes ces raisons que la FHP –forte des 8 millions de patients qui lui font confiance - entend participer aux réformes refondatrices comme un acteur à part entière dont le modèle économique a le mérite de garantir une gestion optimale des ressources. Comme acteur du système de soins, la FHP –loin des idées reçues sur la sélection des patients-accepte et entend l'existence de contraintes qui s'imposent au secteur.

Les lignes directrices de la contribution qui vous est transmise sont les suivantes :

- 1) Le libre choix est un principe fondamental du droit sanitaire Français : il suppose que les politiques le protègent et que les acteurs de soins s'organisent pour que ce libre choix soit effectif dans le système de santé.
Il interdit la captation des missions ou des ressources par certains plutôt que d'autres à raison de leur statut. Il n'interdit pas mais exige une organisation coordonnée de l'offre.
- 2) Les besoins en santé de l'utilisateur sont le socle de toute réflexion sur le service public en santé
- 3) Ces besoins sont : prévention, soins, éducation thérapeutique et se conçoivent comme un tout.
- 4) Le territoire est la base de toute organisation, dans une logique de service au patient
- 5) Les financements sont acquis à raison du service rendu et non à raison du statut, dans un cadre d'attribution parfaitement transparent.
- 6) La réflexion prospective doit intégrer les besoins nouveaux en matière de maladies chroniques (SSR et psychiatrie sont particulièrement concernés) liés notamment au vieillissement de la population.



Jean-Loup Dourousset
Président de la FHP



Elisabeth Tomé-Gertheinrichs
Déléguée Générale de la FHP

Une urgence sanitaire : décloisonner l'offre et la prise en charge pour mieux servir le patient

I-Repenser le service public dans le système de santé:

- 1) Le service public de santé : une définition qui se conçoit à partir du service à rendre à l'usager sur un territoire donné. Il s'entend comme :
 - Un ensemble d'obligations.
 - Qui s'imposent à tous les acteurs de santé (quel que soit leur statut).
 - Sur un territoire donné
 - Pour permettre à tout usager (situé sur ce territoire).
 - De pouvoir trouver une réponse à ses besoins en santé

- 2) La mise en pratique de cette définition :
 - Repérage par les ARS des « territoires » pertinents.
 - Identification de 10 à 20 besoins en santé « fondamentaux » auxquels tout Français ou résident doit pouvoir avoir accès où qu'il habite .Ces besoins couvrent tant la prévention, que le curatif, ou l'éducation thérapeutique (tournant historique dans l'approche du service à rendre à l'usager).
 - **Engagement contractuel** de tous les acteurs implantés sur ce territoire : définition de la place et du rôle de chacun pour couvrir ces besoins en santé.

- 3) La prise en charge des publics vulnérables : mieux mobiliser les établissements de soins
 - Mise à disposition systématique des espaces et lits vacants aux opérateurs en charge de l'hébergement d'urgence et sur la base du volontariat.
 - Sur le territoire de santé : organiser la prise en charge de ces publics et leur garantir l'accès aux soins (quote-part de prise en charge pour tous les acteurs du système figurant dans le contrat territorial).

- 4) Le service public hospitalier :
 - Le service public hospitalier est juridiquement constitué des seuls établissements publics de santé. N'appartiennent pas à ce service public hospitalier les établissements privés (associatifs ou à statut commercial).
 - Les établissements publics de santé constituent la clé de voute du système hospitalier public en France.
 - Le Service public de santé national et le Service public de santé territorial sont assurés par le SPH et les établissements de santé de droit privé (associatifs et à statut commercial)
 - Le service public hospitalier n'a donc pas le monopole du service public de santé, territorialisé ou national.

- 5) la « servitude de service public de santé » s'impose à l'ensemble des acteurs de santé sur le territoire de santé.
 - les acteurs peuvent-quel que soit leur statut- se voir imposer leur participation au service public de santé territorialisé à raison des besoins en santé à couvrir.

- Nul ne peut être évincé de cette participation au SPST.
- Cela suppose une compensation financière transparente qui s'applique à l'ensemble des parties prenantes.

II- Réformer la prise en charge dans le respect des principes fondamentaux du libre choix du malade

5) Penser le parcours de soin à partir du malade :

- Le parcours de soins n'est pas une nouvelle organisation administrative qui s'impose au malade.
- Le parcours de soins est une nouvelle organisation des pratiques médicales et soignantes : le parcours est garanti par les obligations qui pèsent sur les acteurs de soins qui vont intervenir dans la prise en charge du malade .Ils ont le devoir de mettre en oeuvre un parcours dont la traçabilité est organisée et dont la caractéristique est de s'appuyer sur les complémentarités des acteurs, également mobilisés dans une logique de service optimal au malade.
- Le parcours de soins constitue une étape de plus dans la logique de réseau.

6) Adapter l'offre à la place croissante des maladies chroniques et invalidantes (MCO/SSR/PSY)

- Le développement de nouveaux types de prises en charge et notamment le **développement des alternatives à l'hospitalisation via l'hospitalisation de jour pour certaines pathologies**, contribuant à la fluidité du parcours.
- Leur inscription dans des **réseaux particuliers ou filières de prises en charge spécialisées** (AVC, gériatrie, IRC ...) avec la mise en oeuvre de coopérations/complémentarités tant en amont avec les services de court séjour qu'en aval avec les différents acteurs sanitaires et/ou sociaux qui prendront en charge le patient au sortir du SSR.
- Le **désengorgement des services d'Urgences**, rendu possible via, notamment, les admissions directes existantes en SSR, et qui constitue un apport fondamental surtout chez les patients âgés pour lesquels sont évités des transferts souvent facteurs de perte d'autonomie pour les personnes fragiles
 1. **L'accès aux consultations externes rémunérées « post » et « pré » hospitalisation**, en dehors des hospitalisations proprement dites qui pourraient participer à la bonne orientation du patient dans son parcours de soins en lui apportant une réponse adaptée à la prise en charge que sa pathologie et d'éventuels facteurs associés (dépendance, isolement social ...) nécessitent ;
 2. Le **développement de la Télémédecine**, qui permettrait de lutter ici contre les déserts médicaux présents et à venir ou limiter le recours à l'hospitalisation ;
 3. Le **développement de la coopération avec les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires**, dans le cadre d'une meilleure complémentarité des prises en charge
 4. Le **développement de la pratique des séjours de répit**, bénéfiques tant pour les familles et aidants en ce qu'ils les soulagent, que pour le patient, en ce qu'il permet la réévaluation et l'adaptation de sa prise en charge au cours de l'hospitalisation.

7) La prise en charge de la psychiatrie ne doit pas faire l'objet d'un traitement différencié

- La FHP n'a pas compris le choix de traitement différencié de cette discipline qui a été traitée sous l'angle « service public » dans le groupe 3 . Rien ne peut justifier une telle approche.
- Comme pour les autres disciplines, l'activité libérale et des cliniques se conjugue avec les activités ambulatoires et hospitalières du secteur public pour couvrir les besoins

III- Le financement du service public de santé et plus largement du système sanitaire

L'efficience et la transparence des financements comme pré-requis :

- 8) La politique tarifaire conduite ces dernières années a conduit à générer un effet ciseau préoccupant entre l'évolution des coûts et des recettes au sein des établissements de santé publics et privés.
- 9) Pour autant, ni l'unicité de l'ODMCO, ni la T2A ne doivent être remis en cause. Les aménagements doivent tenir autour de trois axes :
- Le renforcement de la responsabilisation des professionnels par la signature d'accords pluriannuels avec l'Etat répondant ainsi à un double objectif : lisibilité des orientations de santé publique et des contraintes médico-économiques.
 - Le développement d'outils de tarification plus discriminants, sans être élitistes, s'appuyant sur la prise en compte du niveau de qualité de la prise en charge.
 - La transparence des politiques publiques tarifaires incitatives, dans leur construction et sans leur mise en œuvre.
- Une politique d'évaluation des politiques de santé publique et des financements afin de veiller à une équité de traitement pour un même service rendu, une même mission assurant ainsi l'efficience de notre système de santé.
 - Il est nécessaire de maintenir un système de régulation de l'ONDAM s'appuyant sur de ressources non pérennes telles que les Aides à la Contractualisation.
 - La FHP promeut **une politique de contractualisation au niveau national sur les choix qui relève des règles de répartition des ressources (ventilation et utilisation des migac, politique tarifaire)**
- 10) L'harmonisation des mécanismes tarifaires doit être re-posée : (socle tarifaire commun ou mécanisme de financement identique pour les 3 secteurs d'activité : MCO/SSR/Psychiatrie)

1) **Simplifier l'accès aux métiers hospitaliers et améliorer la formation:**

- 11) **Supprimer les quotas d'entrée dans les écoles** : les formations des professions réglementées doivent être accessibles au plus grand nombre.
- 12) **Favoriser la création d'écoles privées ouvertes à tous (financement taxe professionnelle) et augmenter la place des établissements privés dans le cadre de la formation des paramédicaux (présence de la FHP dans les instances de décisions)**
- 13) **La FHP promeut la formation en alternance** y compris pour les infirmières en s'engageant auprès des CFA (Centres de formation en apprentissage).
- 14) **Prendre en compte les déséquilibres causés par la signature du protocole LMD** : Afin de maintenir l'équilibre entre les deux secteurs (privés et publics), la FHP demande une enveloppe spécifique destinée à financer cette remise à niveau.
- 15) **A propos des infirmières de bloc opératoire** : la FHP souhaite la mise en place rapide de la VAE pour le diplôme d'IBODE sous réserve de financements associés et dédiés).
- 16) **Améliorer la formation initiale médicale** : gestion, organisation administrative, vie en équipe, accréditation, langues étrangères : enseignements nécessaires et obligatoires.

2) **Enjeux de qualité de vie au travail :**

- Répertoire, promouvoir et mettre à disposition les bonnes pratiques de gestion mises en place par les établissements de santé (ministère)
- Prévoir des dispositifs d'aides, notamment financières et techniques, accessibles à l'ensemble des établissements pour promouvoir la qualité de vie au travail et diminuer le turn over, en permettant par exemple aux établissements de santé privés d'accéder véritablement aux appels d'offres lancés par la DGOS, notamment sur les risques psychosociaux .

Organisation et fonctionnement

- **Mettre fin à l'a-symétrie réglementaire et fiscale entre les acteurs de santé : le régime du droit de grève, les charges sociales et les contrats d'engagement**
 - Instaurer une réglementation du droit de grève applicable à l'ensemble du secteur de la santé quel que soit le mode d'exercice des établissements.
 - Unifier les charges sociales et fiscales des établissements de santé à raison de leur objet social et non de leur statut
 - Légaliser les clauses de dédit-formation aujourd'hui impossible dans le secteur privé (engagement de servir des personnels formés et diplômés dans le cadre de la formation continue)
- **Le transfert de tâches : l'article 51 de la loi HPST**

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la HAS.

- Développer les transferts de tâches et de compétences entre médecins et infirmiers à travers la validation des acquis de l'expérience (VAE). L'une des pistes les plus pragmatiques consiste à permettre aux infirmiers de voir leurs acquis reconnus comme de nouvelles compétences via la VAE et dans le cadre de la formation continue. Ainsi, ils pourraient effectuer certains gestes, actes et/ou prescriptions aujourd'hui de la compétence des médecins. Il est également possible de s'inspirer des avancées législatives accordées aux aides soignantes dans le cadre de l'hospitalisation à domicile

En conclusion : la FHP propose de réorganiser le service public autour de la notion d'utilisateur et de territoire. Elle est favorable à la création d'un service de santé territorialisé qui engage tous les acteurs pour répondre aux besoins en santé des usagers.

Parallèlement le parcours de soins-entendu comme une organisation collective autour du patient-est un impératif désormais. L'offre de soins doit être refondée pour mieux prendre en compte les maladies chroniques et invalidantes qui sont –avec le vieillissement de la population- un enjeu majeur aujourd'hui.

Concernant les travaux sur la réforme de la tarification, la position de la FHP est claire. Harmonisation des mécanismes, transparence et équité doivent prévaloir : à service égal rendu, financement égal.

Le système n'évoluera pas sans une réforme énergique de la formation des infirmiers (extension du nombre d'infirmiers formés et un assouplissement ciblé et contrôlé des règles d'exercice).

A4.8 Contribution écrite de la FNCS



CYCLE DE CONSULTATION POUR LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ

CONTRIBUTION DE LA FNCS

La mise en œuvre d'un service public territorial de santé nous semble une question décisive dans un pays où les professionnels de santé, et tout particulièrement les médecins, s'ils sont globalement en nombre suffisant, sont territorialement très inégalement répartis.

L'accès de tous les Français, sur l'ensemble du territoire, à des soins de qualité étant une priorité absolue pour le gouvernement, la Ministre de la santé a présenté, en décembre 2012, un « pacte territoire-santé ».

Depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter, alors que la France est un des pays au monde où il y a le plus de médecins. Cette inégalité de répartition territoriale dépasse l'opposition ancienne entre territoires urbains et ruraux et conduit à poser la question de l'origine de ces inégalités qui deviennent infra-territoriales. C'est ainsi que dans un quartier pauvre de 10 000 habitants, à Nanterre, au centre de l'Ile-de-France, on ne trouve plus qu'un seul généraliste.

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont mises en avant par un ensemble d'études qui montrent que de nombreux territoires cumulent différentes inégalités.

S'attaquer à cette situation nécessite de définir un cadre à l'action publique dans le domaine de la santé pour les années à venir.

Pour la FNCS, ce cadre ne peut être porté que par l'Etat, seul garant d'une répartition équilibrée entre les territoires. Tout montre que l'équité en santé ne peut procéder de la seule initiative locale. La répartition très déséquilibrée des médecins sur le territoire en est la

démonstration. Un panier minimal de service public de santé (déterminé par l'ensemble des acteurs) doit être garanti à chaque Français par l'Etat. Une fois ce cadre de base assuré, il doit être laissé aux acteurs locaux des capacités d'initiative au niveau local.

Nous aborderons ci-dessous les différents points sur lesquels notre contribution a été sollicitée. Celle-ci n'a pas vocation à être exhaustive et se limitera à éclairer quelques points qui nous semblent particulièrement importants.

LA GOUVERNANCE

➤ Au niveau national

Une « stratégie nationale de santé », avec des priorités de santé publique, doit être définie. Elle doit aussi édicter des normes quantifiées d'accès aux soins, fixant des objectifs clairs aux politiques d'aménagement de l'offre de soins que mèneront les ARS pour donner à l'ensemble des Français des garanties égales en matière d'accès aux soins (cf Proposition 1 du rapport d'information sur offre de soins).

Définir des zones de santé prioritaires : Sur le modèle des « health action zones » britanniques qui a fait ses preuves, nous préconisons un plan de rattrapage en soutenant et développant de façon prioritaire les services publics de santé, de promotion de la santé, de prévention et dépistage dans les territoires où le niveau de pauvreté est le plus important. Nous suggérons une jonction entre les priorités géographiques de la politique de la ville et les zones prioritaires de santé.

Élargir la définition de l'offre de soins de premiers recours dans la prochaine loi de santé publique : le code de la santé publique devrait reconnaître la spécificité de l'offre de soins de premier recours en mettant en avant le caractère interdisciplinaire des soins de premiers recours et les missions de santé publique qu'ils comprennent.

Elle permettrait dans le même temps de promouvoir une prise en charge globale de la santé d'une population plutôt qu'une logique de distribution des soins. Elle consisterait à introduire dans l'activité des généralistes une forte part d'actions de santé publique, notamment de prévention (cf. encadré ci-dessous), pour lesquelles des délégations de tâches devraient permettre de dégager le temps médical nécessaire.

Les « pratiques cliniques préventives » évoquées par la société française de santé publique

Le médecin généraliste est bien placé pour effectuer différentes actions de prévention :

- des actions de prévention médicalisée : vaccination, repérage précoce et intervention brève (alcool, cannabis etc.), dépistage opportuniste (i.e. en présence de facteurs de risques cardiovasculaires) ou organisé (notamment pour le cancer du sein), consultation de synthèse annuelle pour certaines maladies (à l'image de ce qui est prévu à l'hôpital pour le VIH), traitements visant à réduire l'apparition de complications ou des rechutes, etc. ;

- des actions d'information et de conseil des patients sur des risques très divers : tabagisme, nutrition, hygiène, risques sportifs ou au travail, etc. ; - des actions d'éducation pour la santé qui, au-delà d'un simple conseil, visent à permettre au patient de faire des choix éclairés concernant leur santé : contraception etc. ;

- des actions d'éducation thérapeutique du patient : visant à aider les malades, notamment chroniques, à adopter de nouveaux comportements.

Source : Société française de santé publique, « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », note de 23 juin 2008.

Une mise en place d'un financement différent du « paiement à l'acte » pour dépasser la course à « l'acte » qui favorise la concentration des professionnels sur les mêmes territoires et permettre également une prise en charge globale des usagers. Le mode de « rémunération à l'acte » a été construit pour un fonctionnement « libéral » isolé et pour une activité médicale curative dont l'objet principal est la « réparation ». Tout comme la « tarification à l'activité » à l'hôpital, ce système a montré ses limites et ses effets pervers. Il suscite de plus en plus d'opposition car en privilégiant uniquement l'acte de soins il ne permet pas une démarche de prise en charge d'un « parcours de santé » intégrant les dimensions préventive et éducative, notamment dans le cas des pathologies chroniques. D'autant que celles-ci nécessitent souvent l'intervention de plusieurs professionnels de santé dont les modes de rémunération sont différents, certains ne correspondant pas à des actes nomenclaturés (psychologues, diététiciens, podologues). En outre, la rémunération à l'acte ne prend pas en compte les temps dévolus à la coordination entre professionnels, essentielle à la pratique d'équipe et à la sécurisation du parcours de santé.

➤ **Au niveau de la politique de la ville**

Plusieurs années d'expérience des **Ateliers Santé Ville** dans le cadre de la « politique de la ville » associant les usagers, les professionnels médicaux, sociaux, les élus locaux ont permis d'établir des diagnostics. Ils ont éclairé la notion de territoire de santé, ils ont expérimenté la recherche d'indicateurs de santé à la fois quantitatifs et qualitatifs pour un territoire et, grâce à eux, de définir des priorités locales de santé.

De leurs cotés, depuis deux ans, **les Contrats Locaux de Santé** entre les collectivités territoriales et l'ARS, sur la base d'objectifs de santé publique négociés à la fois sur la base des priorités régionales et plus locales permettent un dimensionnement sur mesure de l'action publique selon les territoires. Des tableaux de bord d'indicateurs sont mis en place comme autant d'éléments de pilotage de ses objectifs négociés. Leur dimensionnement territorial est adaptable et peut concerner le quartier, la ville, un regroupement de communes.

Ces contrats locaux de santé demandent à être développés et stabilisés. Ils nous semblent une bonne base de départ pour croiser « politique de la ville » et « politique de santé », sans obliger à inventer de nouveaux dispositifs.

D'ailleurs, dans le **rapport du Comité de sages** le chapitre « Un service public territorial de santé : six recommandations », une d'entre elles intitulée « **Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux** » propose de consolider les « Ateliers santé villes » et les « contrats locaux de santé », ces derniers intégrant la participation des acteurs de santé.

Le contenu d'un SPTS

Les fameuses lois de « Rolland » définissent les valeurs du service public : continuité, mutabilité, égalité et neutralité, ce noyau de principes s'impose à tout service public au respect desquels veille particulièrement le juge administratif ?

Définir les niveaux d'accessibilité :

➤ **Lever l'obstacle financier d'accès aux soins.**

Dans la feuille de route de la Stratégie nationale de santé (sept 2013), il est écrit : « *Il faut lever tous les obstacles financiers à l'accès aux soins. Nombre de nos concitoyens rencontrent des*

difficultés d'accès à certains services de santé et peuvent être conduits à renoncer à des soins pour des raisons financière en raison du reste à charge ». Il nous semble donc nécessaire que :

Les équipes SPTS doivent pratiquer des **tarifs conventionnés, secteur 1**

Les équipes SPTS doivent pratiquer le **Tiers payant**

Comme le propose le rapport « Archimbaud », un patient intégrant **un parcours en secteur 1** doit pouvoir le poursuivre en secteur 1,

Nous attirons l'attention sur le fait que les seuls, aujourd'hui, à répondre à l'ensemble de ces principes en ambulatoire (comme cela est inscrit dans la loi) sont « les centres de santé ».

Mme la Ministre a demandé une généralisation du Tiers payant en ambulatoire. Nous regrettons le tôle que cette proposition a suscité parmi de nombreux représentants de syndicats de médecins.

➤ Une offre de soins de premier recours disponible sur l'ensemble du territoire.

Il nous semble donc nécessaire de :

- **Favoriser le développement de structures « d'exercice regroupé et coordonné des soins »** notamment dans les zones sous dotées. C'est le cas notamment des centres de santé qui accueillent différents types de professionnels concourant tous à l'offre de soins de premier recours,

Favoriser le développement de structures salariant les professionnels de santé et les libérant du paiement à l'acte en favorisant une approche globale et des actions de prévention, d'éducation thérapeutique,

Rémunérer forfaitairement du temps dédié à la prévention pour ces structures, en fonction du nombre de patients pris en charge et de leur précarité (ex des maisons de santé belge, équivalent de nos centres de santé),

- **Rémunérer de manière forfaitaire du temps de coordination,**

Créer un statut unique entre praticien hospitalier et praticien ambulatoire permettant plus de fluidité dans les parcours professionnels (proposition de la mission d'information parlementaire sur l'offre de soins).

Les outils d'un SPTS

- **L'interopérabilité des systèmes d'information.**

Une liaison entre les différents « systèmes d'information » de santé est nécessaire constituant ainsi un atout essentiel de la coordination des soins.

- **Mettre en place des tableaux de bords de données de santé par territoire.**

Actuellement le plus souvent globalisés au niveau de la région, ces tableaux de bords permettraient de disposer d'outils décisionnels utilisables au niveau local.

Un contenu minimal commun devrait être défini pour tous les territoires puis alimentés annuellement par les institutions concernées.

On y retrouverait notamment des :

- Données de démographies sanitaires : CNAM (Sniiram) et ordres
- Données CMU, AME ALD, invalidité

- Données de mortalité : espérance de vie, mortalité prématurée
- Données du Conseil général : mortalité prématurée, suivi des grossesses, bilan des enfants, taux de vaccination
- Données association dépistage des cancers : K du sein, K du colon
- Données de l'Education nationale : suivi par le service de médecin
- Données environnementales
- Données hospitalières du territoire (PMSI)

Les centres de santé dans le SPTS

Les centres de santé jouent un rôle majeur pour garantir à tous l'accès à des soins de qualité. Depuis 50 ans ils se sont implantés dans le paysage sanitaire français en tant que structures sanitaires pluridisciplinaires de premier recours. Leurs atouts :

- **Impliqués dans les territoires**, ils s'appuient sur un projet local de santé publique et constituent des points d'appui forts pour la mise en œuvre des politiques territoriales de santé, en lien étroit avec les ARS, notamment pour les centres impliqués dans les actions locales. Ils sont souvent implantés dans les territoires prioritaires de la Politique de la Ville, où ils sont souvent les seules structures sanitaires. Ils sont intégrés dans le volet santé de cette politique (Ateliers Santé Ville) ou dans les Contrats Locaux de Santé.

Mettant en œuvre un « **exercice regroupé et coordonné** » (ERC), qui a montré son efficacité et sa pertinence dans l'organisation des soins primaires, ils s'appuient sur une **organisation « pluri-professionnelle »** qui constitue une réponse adaptée au suivi des pathologies chroniques exigeant une approche globale des patients et le développement des parcours de santé (articulation entre prévention, soins, éducation thérapeutique).

- Leurs modalités organisationnelles rencontrent les aspirations des jeunes professionnels de santé qui plébiscitent l'exercice en équipe et le statut de salarié. - **Facilement articulés avec l'hôpital**, ils en partagent les orientations et les valeurs de service public.

- **La pratique systématique du tiers payant**, le respect des tarifs opposables, la mise en place d'un accompagnement social des patients (voire de programmes spécifiques d'accès aux soins

pour les plus vulnérables) par leurs gestionnaires en font des acteurs majeurs de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Ils constituent souvent la seule possibilité de recours aux soins pour les patients n'ayant pas d'assurance maladie complémentaire.

Confidentiel



Contribution de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

à la réflexion sur le SPTS

La FNEHAD souscrit à l'ambition affichée de satisfaire certains objectifs fondamentaux relatifs à la santé tels que réduction des inégalités de santé, fluidité des parcours des patients, prise en compte des défis liés au vieillissement et à l'augmentation des polyopathologies. Elle se félicite que soit pris en compte le contexte budgétaire contraint et salue la volonté de renouveler la notion de service public en ancrant cette disposition dans une approche territoriale.

Sa contribution au travail entrepris vise à décliner ces principes et à permettre une opérationnalité rapide du SPTS.

1-Les notions de parcours de santé, de territorialité et de responsabilité populationnelle doivent être les principes fondateurs de la nouvelle organisation des soins

- Le patient ne doit plus faire les frais de la complexité du système de soins.
- Mettre en place une fonction de coordination sur le territoire, aux principaux points de rupture : ville/hôpital, sanitaire/médico-social.
- La redondance de l'offre sur certains segments ne doit plus coexister avec des besoins insatisfaits sur d'autres segments.
- Favoriser la mise en place de filières qui combinent les différents modes de prises en charge et privilégient une approche globale de la prise en charge du patient.
- La permanence des soins doit être effective, là où c'est nécessaire, et au meilleur rapport qualité/coût
- Organiser une permanence des soins qui mobilise le bon niveau de compétences et limite au strict besoin des urgences vitales le recours aux urgences hospitalières
- L'organisation de la santé doit répondre à une logique de réponse aux besoins de la population sur le territoire et ne plus être le fruit d'une approche planificatrice des structures existantes ou à créer.
- Les structures présentes sur un territoire qui souhaitent participer au SPTS devront répondre à un cahier des charges dans lequel l'accessibilité de l'offre et la non sélection des patients seront des éléments essentiels

- L'efficacité financière doit être appréciée par la capacité des offreurs de soins à concilier accessibilité financière pour le patient (« reste à charge ») et respect d'une enveloppe de dépense prédéterminée.
- Instituer une approche de paiement par forfaits et privilégier les tarifications à l'activité pour les prises en charge à caractère pluridisciplinaire
- La prise en compte de la demande d'être pris en charge au domicile doit être mieux appréciée et la dimension sociale des prises en charge davantage recherchée
- Favoriser la prise en charge au domicile, chaque fois que cela est possible, tout au long du parcours de santé (et pas seulement de soins) et s'appuyer sur les expertises existantes en matière de coordination.
- La démocratie sanitaire doit se décliner sur le terrain et ne pas être trop focalisée sur l'institutionnel
- Associer les usagers à la gouvernance territoriale du SPTS pour leur permettre d'exprimer globalement leur attente au-delà du positionnement des structures d'offre.

2-L'hospitalisation à domicile a toute sa place dans le SPTS

- Le recours à l'hospitalisation avec hébergement doit être limité aux justes besoins générés par l'utilisation des plateaux techniques et la nécessité d'assurer une réanimation ou une surveillance continue
- Inscrire les prises en charge dans une logique de filière de prise en charge territorialisée qui ne mobilise l'hospitalisation conventionnelle que lorsque celle-ci est indispensable
- Notre pays souffre non seulement d'un usage inapproprié de l'hospitalisation conventionnelle mais également d'une étanchéité forte entre hospitalisation et ambulatoire d'une part et sanitaire et médico-social d'autre part
- Inciter les établissements hospitaliers conventionnels à anticiper les sorties des malades et à s'articuler avec la ville et le médico-social pour coordonner l'admission et la sortie des patients.
- Les établissements d'hospitalisation à domicile, fréquemment en situation de « monopole territorial » notamment dans les territoires ruraux, sont soit publics soit privés à but lucratif et non lucratif mais sont tous appelés à assurer le même service aux patients.
- Permettre à tous les établissements d'HAD indépendamment de leur statut de participer au SPTS en dehors de tout lien avec un établissement d'hospitalisation conventionnel.
- La circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile pose un principe de suivi de la prescription d'HAD par les établissements de santé conventionnels par le biais de leurs CPOM mais ne prévoit pas de suivi de la prescription par les médecins généralistes
- Prévoir un intéressement des médecins généralistes à la prescription d'HAD, par le biais d'un nouveau critère de la rémunération sur objectif de santé publique.
- La prise en charge au domicile doit se faire en toute sécurité et à niveau de qualité prédéfini et évalué. Certains soins, de par leur nature hospitalière, relèvent d'une hospitalisation complète et, par substitution à celle-ci, de la seule HAD.
- Définir, en lien avec les sociétés savantes et la HAS, filière par filière, les étapes de prise en charge qui doivent être assurées en HAD et veiller à ce que le recours aux prestataires le soit dans le strict respect de leurs compétences.
- Le principe de responsabilité populationnelle est confirmé par la circulaire du 4 décembre 2013 qui rappelle la nécessité de déployer l'offre d'HAD en s'appuyant de façon privilégiée sur les structures existantes et d'éviter de multiplier les autorisations afin de ne pas fragiliser une offre encore jeune.
- Veiller à l'application, par les ARS, de ce principe de responsabilité en évitant de créer de nouvelles structures sur des territoires déjà couverts par une autorisation

- L'HAD couvre, pendant toute sa durée, la totalité des coûts (honoraires médicaux, médicaments hors liste en sus, matériel et dispositifs médicaux, ...) sans reste à charge pour le patient, après intervention du régime obligatoire et des régimes complémentaires d'assurance maladie. Si son modèle économique lui permet d'intervenir dans la plupart des situations, elle est difficilement en mesure, dans le cadre de son financement actuel (à 100% T2A) de prendre en charge les patients isolés dans des territoires très éloignés.
- Appliquer le dispositif prévu par le PLFSS 2014 (accès aux zones et patients isolés) aux structures d'HAD
- L'HAD est considérée (par l'IGAS-2010 et la Cour des comptes – 2013) comme un « expert de la coordination ». Elle joue aujourd'hui ce rôle pour les patients identifiés comme relevant de l'HAD par les prescripteurs, et pour eux seuls.
- Faire jouer aux HAD un rôle d'orientation vers l'aval, pour tous les « cas complexes » de son territoire d'autorisation. Ce rôle d' « aiguilleur », distinct du cœur de métier de l'HAD donnerait lieu au versement d'une MIG.
- L'HAD voit son activité étroitement contrôlée par l'assurance maladie afin que ne soient pas admis en HAD des patients qui relèveraient de modalités de prises en charge ambulatoires moins structurées et donc moins coûteuses. Cet encadrement assure le respect du principe « qui peut le plus ne peut pas le moins ».
- Etendre aux établissements de santé avec hébergement et aux autres offreurs la même logique de hiérarchisation selon un principe de subsidiarité territorialisé.

FNEHAD 16 décembre 2013

Contribution à la mission « service territorial de santé et service public de santé » présidée par madame B.Devictor,

Proposée par le professeur Pierre Gibelin CHU Nice
(Personne Qualifiée)

La loi HPST a supprimé le service public hospitalier et l'a remplacé par une liste de 14 missions de service public ouvertes à tous les établissements. La nouvelle loi doit rétablir le SPH. Toutefois, comme nous l'a expliqué Mme Lemaire, du fait de l'effet « cliquet », un retour en arrière complet semble difficile, notamment sur l'attribution de certaines missions de service public aux établissements de santé privés comme la permanence des soins continue (urgences) et l'enseignement aux internes.

De ce fait il est important de renforcer l'encadrement de la mission de la permanence de soins continus (urgences) des établissements privés afin d'éviter certaines dérives qui ont pu se produire.

En effet 50% environ des urgences vues à l'hôpital public comme en clinique privée ne sont pas de véritables urgences.

Ainsi certaines cliniques privées pratiquent bien le tarif opposable pour ces malades « pseudo urgents » vus dans leurs missions de service public, mais les font revenir le lendemain ou surlendemain pour poursuivre les investigations et prise en charge avec dépassement d'honoraires (que le patient soit revu en cabinet privé, en consultation ou hospitalisation dans la même clinique).

De plus dans le cas des véritables urgences, après avoir fait le bilan complet (IRM, Scanner, échographies..... Investigations « les plus rentables ») le patient est souvent adressé aux urgences du service public. Il s'agit habituellement de patients âgés ou réclamant des soins spécialisés non faits dans l'établissement (par exemple les accidents vasculaires cérébraux).

Pour pallier, dans la mesure du possible, à ces deux dérives je propose d'inclure dans la future loi quatre éléments essentiels, à savoir :

- Tout patient qui a été vu dans le cadre de l'urgence dans un établissement privé devra être pris en charge avec tarif opposable pendant les huit jours qui suivent sa consultation pour toutes les pathologies en lien avec celle pour laquelle il a consulté quel que soit le lieu et le médecin qui le prend en charge ;
- Qu'il soit impossible de transférer un malade d'un centre d'urgence à un autre. Si le patient nécessite des soins spécialisés qui ne se font pas dans l'établissement le patient sera transféré directement dans un service spécialisé d'un autre établissement public ou privé, après avis du responsable de ce service.
- Le patient doit pouvoir choisir le lieu où il est adressé en urgence. Ceci est également vrai pour le patient hébergé en maisons de retraite et EHPAD. Si celui-ci est dans l'incapacité de faire ce choix c'est la famille ou tuteur qui aura décidé lors de l'entrée de la personne en maison de retraite
- Le patient ou sa famille devra être informé dès son admission aux urgences de ses droits sur les modalités de remboursement de la prise en charge

Il faut prévoir, parallèlement, des moyens de contrôle :

- si la loi n'est pas suivie et que des dérives sont constatées le contrat sera dénoncé et la mission de service public retirée.

NB : En ce qui concerne l'appellation « Hôpital » : on constate une utilisation de plus en plus fréquente de ce terme par des établissements privés, qui prête à confusion pour les malades.

Quelle en est la raison ?

Ne serait-il pas nécessaire de réserver l'appellation « hôpital » à l'hôpital public ?



Contribution aux réflexions sur le STS

Représenté dans les différents ateliers, et assemblées qui ont permis l'élaboration du Service Territorial de Santé, le Sniil, en tant que premier syndicat des infirmières et infirmiers libéraux vous adresse sa contribution afin de formaliser les demandes et craintes déjà soulevées lors des travaux. Bien que souscrivant à ce besoin de coopération pluri-professionnelle sur le terrain, nous souhaitons attirer votre attention sur certains points.

L'infirmière libérale : facteur d'accessibilité et relais de la continuité des soins au domicile du patient

Ancrée dans les territoires aussi bien ruraux qu'urbains, l'infirmière libérale demeure le seul professionnel de santé intervenant au domicile 7/7j afin de répondre aux besoins de santé des patients. Cette proximité, la connaissance des différents intervenants, la maîtrise du tissu médico-social local ainsi que sa formation légitiment ce rôle de pivot de la coopération.

L'infirmière libérale est de ce fait, un maillon incontournable aussi bien de la coordination ville-hôpital qu'intersectorielle. Elle pourrait ainsi contribuer, avec des Systèmes d'Informations adéquats, à améliorer la réponse non seulement aux besoins de santé des usagers, mais également aux enjeux de la santé publique.

La mobilité qui caractérise cette profession, l'application des tarifs opposables, mais aussi la dynamique de sa démographie¹, en fait un offreur de soins incontournable d'un service territorial de santé qui souhaiterait répondre à des exigences d'accessibilité et de continuité des soins.

¹ Au 1er janvier 2013, on compte 97 564 infirmiers libéraux ou mixtes repartis sur l'ensemble des territoires. Les effectifs d'infirmiers libéraux augmenteraient de 2,9 % par an d'ici à 2030 selon les estimations de la Drees avec une répartition de plus en plus égale sur le territoire. Sources : Les professions de santé au 1er janvier 2013, Daniel Sicard, Drees, Série statistiques n°183, août 2013 et La démographie des infirmiers à l'horizon 2030, Drees, n°760, mai 2011.

Le Sniil et le STS

Bien que soutenant les fondements et les objectifs du STS, le Sniil s'interroge sur son actuelle **mise en œuvre**.

a. La multiplicité des gouvernances : Le sniil appelle à une certaine vigilance sur ce point lors de l'élaboration du rapport. En effet les différentes strates de gouvernance prévues par le STS ainsi que le manque de transparence sur l'articulation avec les structures préexistantes sur le terrain, rendent complexe cette future organisation de l'offre de soins.

→ Afin d'assurer une plus grande lisibilité du dispositif, il est souhaitable, qu'un **mode d'emploi** soit prévu aussi bien pour les usagers que pour les professionnels.

b. Le Sniil soutient le principe de « territorialisation ascendante » du dispositif mais demande à ce que l'infirmière libérale soit **acteur à part entière du Plan Local de Santé**, dès son initiation.

→ Les projets devront émaner des professionnels de santé et des usagers, les élus agissant en tant que soutien à la promotion de ces initiatives.

c. Le Sniil demande à ce qu'il y ait une **formalisation des financements** au niveau national pour ne pas mettre en difficulté les premiers projets qui naîtront du dispositif.

→ Cette formalisation devra prendre en compte la répartition du financement entre les offreurs de santé mais aussi les modalités de perception de ces financements (via des structures ou pas).

d. L'intitulé du dispositif : Le Sniil reste effectivement réticent à ce que dans le titre initial, le « Service Public », s'applique aux professionnels de santé libéraux.

→ Aussi, le Sniil préconise l'utilisation de l'intitulé suivant : « Service Territorial de Santé Publique (STSP) » dans laquelle s'inscrit naturellement l'activité de l'infirmière libérale.

Paris, le 27 décembre 2013

Union Confédérale des Médecins Salariés de France

Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (S.N.M.P.M.I.)

Siège social, secrétariat :

65-67 rue d'Amsterdam

75008 Paris

Tél : 01.40.23.04.10

Fax : 01.40.23.03.12

Mèl : contact@snmpmi.org Site internet : www.snmpmi.org

Ouvrir de nouveaux horizons pour la PMI

Note d'orientation sur les enjeux d'avenir pour la PMI

(Assemblée générale du SNMPMI avril 2013)

Éléments de contexte

La situation actuelle des collectivités locales et du système de santé place les services de PMI-planification familiale face à un nœud de difficultés. Alors que leur vocation première est d'apporter des réponses globales en terme de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants, des familles, des femmes et des jeunes, diverses instances décisionnelles nourrissent des réflexions distinctes quant aux évolutions envisagées, mais toutes susceptibles d'éloigner les services de PMI de leurs missions fondamentales. Certains décideurs départementaux perçoivent essentiellement le rôle de la PMI comme celui d'un bras sanitaire de la protection de l'enfance ou comme celui d'un filet sanitaire résiduel répondant aux seules situations d'urgence sociale. D'autre part, la situation de pénurie grandissante du système de soin de proximité, notamment sur le plan pédiatrique et gynéco-obstétrical, peut conduire certaines ARS à envisager le recours croissant aux professionnels de PMI dans le cadre des soins curatifs, alors même qu'une situation de démographie défavorable des professions de santé touche dès à présent directement les services de PMI eux-mêmes (cf. notamment notre étude sur la situation des médecins de PMI de nov. 2011).

Il s'agit donc d'évolutions inspirées par des contraintes conjoncturelles, organisationnelles et ne portant que sur une partie des missions de la PMI, les réduisant le plus souvent à une fonction de variable d'ajustement.

Dans ce contexte la présente note vise à rappeler brièvement les acquis fondamentaux du dispositif de PMI qu'il est essentiel de préserver, et à discuter des pistes d'évolution prenant en compte les enjeux actuels en matière d'accès aux soins, à l'accompagnement et au soutien individuel et familial.

1. Originalité du dispositif de PMI dans le système de santé français

La description du dispositif de PMI et l'explicitation des missions à préserver, à promouvoir et à développer ont fait l'objet d'un document publié en 2011 par 14 organisations professionnelles, syndicales, familiales et citoyennes, cf.

http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/document_inter_organisations_avenirPMI_4nov2011_pour_les_sites.pdf

Quelles sont les principales caractéristiques du dispositif de PMI ?

- Implication de divers acteurs (Etat, collectivités locales, assurance-maladie), définition légale des missions (code santé publique).
- Service public de santé globale agissant en population, associant une approche universelle des publics concernés et des actions contextualisées vers des publics exposés à des difficultés spécifiques.
- Missions essentiellement tournées vers la prévention et la promotion de la santé, n'excluant pas la pratique de soins curatifs dans le prolongement des soins préventifs.
- Exercice médico-psycho-social clinique de terrain combiné à la mise en œuvre de programmes de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé...
- Prise en compte et action d'ensemble sur les déterminants de la santé, notamment dans le cadre de la réduction des inégalités de santé touchant l'enfance et la famille. Pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat, activités en structures de santé (centres de PMI, centres médico-sociaux...) et dans la cité (domicile, école...).
- Accessibilité : gratuité des prestations, proximité des structures et / ou intervention au sein des milieux de vie.

Service public de santé d'approche individuelle et collective, engagement préventif prépondérant, prise en compte globale des déterminants de santé : telles sont des caractéristiques essentielles du dispositif de PMI à préserver et promouvoir.

2. Quelles réponses possibles pour faire face aux évolutions des besoins en santé et aux nouveaux enjeux institutionnels ?

Les questions qui apparaissent en filigrane dans les orientations en réflexion parmi les instances officielles :

- Dans le cadre de l'acte III de la décentralisation, la PMI, service de santé généraliste, a-t-elle encore sa place au sein de collectivités comme les départements ? Si oui, ses missions ne risquent-elles pas d'être officiellement reconfigurées (recentrées vers la protection de l'enfance, l'urgence sociale, cf. ci-dessus) ? Sinon quelle autre tutelle pourrait l'intégrer dans son giron : ARS, région, ministère de la santé ?
- Dans une situation de tension de l'offre de soins en pédiatrie et gynécologie-obstétrique, faut-il remettre en cause la dimension structurellement préventive des missions pour inscrire la PMI dans le champ des soins curatifs ne comportant plus qu'un prolongement préventif résiduel ?

- Quel type de financement (dotation pérenne de service public, financement par projet et à l'acte, combinatoire des deux...) ? Quelle place des acteurs dans le financement (Etat, collectivités locales, assurance maladie) ?

Afin de tenter de répondre à ces questions, quelles balises pour structurer notre réflexion ?

- Travailler à la meilleure articulation possible entre l'inscription sans ambiguïté de la PMI dans le système de santé, et sa proximité avec les enjeux sociaux et éducatifs incontournables en santé familiale et infantile.
- Réfléchir aux dialectiques « soins préventifs – soins curatifs » : c'est un enjeu de complémentarité et de cohérence pour chaque acteur du système de santé dans sa pratique propre ; c'est également un enjeu partenarial pour tous les acteurs en termes de coordination et de continuité des soins ; cela peut s'envisager sous l'angle de dosages différents entre part préventive et part curative des pratiques de soins selon les acteurs, cf. page 3.
- Illustrer et maintenir l'axe de promotion de la santé reposant sur la combinaison entre activité clinique médico-psycho-sociale de terrain et activité programmée collective de prévention et de santé publique portant notamment sur les déterminants de santé.
- Intégrer la question des différents niveaux nécessaires d'élaboration de la politique de santé familiale et infantile et de la planification familiale : niveau gouvernemental (place d'une l'instance nationale, cf. p.3), niveau régional (ARS), niveau local (départements et territoires de santé + niveau infra départemental).
- Poser les enjeux de financement en fonction des logiques de prévention et de promotion de la santé exposées au point 1 ; le financement à l'acte, voire à la capitation ou au parcours de soins, répondant à une approche bio-médicale classique d'une médecine par organe ou par appareil, n'est pas à même de couvrir le champ préventif où les approches multidimensionnelles et les réponses pluridisciplinaires et partenariales sont essentielles ; le financement par projet se heurte également à une logique de segmentation thématique et temporelle réductrice et inadaptée au champ global et au temps long de la prévention ; si ces modes de financement peuvent contribuer, ce n'est qu'en complément d'une modalité principale de financement de la mission permanente de service public de PMI par une dotation pérenne.

3. Notre hypothèse de travail

Nos propositions d'évolution doivent donc permettre :

- de préserver les atouts de la PMI, service de santé fondamentalement dédié à la prévention,
- d'accroître son intégration fonctionnelle avec les autres acteurs de santé dans la perspective d'une articulation plus étroite entre soins préventifs et curatifs et entre les différents âges de l'enfance et de l'adolescence,
- d'offrir à l'ensemble des acteurs le cadre d'une politique de santé de

- l'enfance et de la famille, elle même partie prenante d'une politique nationale de l'enfance, de maintenir des liens étroits avec les politiques et missions sociales, éducatives et de protection de l'enfance locales,
- de bénéficier de financements assurés prioritairement sous la forme de dotation pérenne de service public

Concernant la santé de l'enfant, tous les acteurs s'accordent au moins en théorie sur l'importance d'assurer la continuité sur plusieurs registres : continuité entre les différents âges de l'enfance (périnatal, petite enfance, enfance, adolescence), continuité entre les dimensions préventives et curatives des soins, continuité entre les différents métiers impliqués auprès des enfants, sur le plan santé (pédiatrie, puériculture, pédopsychiatrie, psychologie, ORL, ophtalmo, orthophonie, psychomotricité, etc.) et sur les autres dimensions de la vie des enfants (éducation, culture, social, etc.), et donc continuité entre les différentes institutions concernées.

Dans ce cadre la question de l'articulation entre soins préventifs et curatifs mérite discussion. De la grossesse à l'accouchement, du bébé à l'enfant puis à l'adolescent, les actions menées dans le cadre de la politique de PMI sont avant tout préventives. En effet la grossesse n'est pas une pathologie, pas plus que l'accouchement, pas plus que la croissance et le développement d'un enfant ni que l'accès à la sexualité et à la planification familiale. S'ajoute naturellement à cette pratique préventive la prise en compte de pathologies bénignes, ORL..., ainsi que de grandes variantes de développement et de comportement qui peuvent poser question chez des enfants,... sans oublier le dépistage de troubles plus sévères sensoriels, cognitifs, psychoaffectifs, pédo-psychiatriques qui vont nécessiter un accompagnement jusqu'à une orientation spécialisée. La difficulté à distinguer radicalement soins préventifs et soins curatifs tient notamment à la période de la vie dans laquelle s'inscrit le champ d'action de la PMI. On peut cependant noter que dans la pratique des services de PMI le curatif se situe essentiellement dans le prolongement d'une activité principalement préventive, alors qu'en médecine de ville ambulatoire ou hospitalière, le préventif s'inscrit plutôt dans le prolongement d'une pratique tournée vers le curatif. Cette originalité du dispositif de PMI dans le système de santé devra être préservée, dans l'hypothèse d'une évolution de tout le système vers plus d'intégration entre ses différentes composantes.

Les multiples enjeux de continuité évoqués impliquent de construire les instances de coordination et de mise en cohérence des politiques de santé des enfants (et plus généralement des politiques de l'enfance).

Plusieurs éléments devraient y concourir :

- La création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile est indispensable pour favoriser l'impulsion d'une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, de la famille. Instance dont le degré d'intégration avec la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant est à discuter.
- Cette instance nationale pourrait trouver son pendant auprès des ARS sous la forme d'une instance régionale pour la promotion de la santé de l'enfant et de la famille, réunissant tous les acteurs concernés, chargée de mutualiser les expériences, de favoriser une pensée plurielle sur les enjeux de la prévention et des soins et d'impulser des stratégies partagées, en s'appuyant sur les pratiques de terrain et en favorisant les élaborations locales.
- Au plan local, il faudrait charpenter sur un mode fonctionnel des espaces

communs de travail permanent. Une des pistes serait de rassembler en équipes de travail souples mais pérennes tous les professionnels de santé de l'enfance sur un territoire commun. Cette articulation fonctionnelle entend favoriser des habitudes de travail partenarial dans le champ des soins préventifs qui nous intéresse, les situant en continuum avec celui des soins curatifs, et articulés avec les autres sphères de la vie des enfants et des familles.

Des propositions ont ainsi été faites dans le sens de l'impulsion et de la coordination des politiques et des acteurs de santé par des groupes de travail de la récente conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale^{1,2}.

A ce stade le SNMPMI propose de travailler sur le cadre d'évolution suivant :

1) **Le service de PMI conserve son ancrage au département**³ et ses missions actuelles, à savoir la prévention et promotion santé de l'enfant et de la famille, la planification familiale, les modes d'accueil, la protection de l'enfance, le dépistage et l'accompagnement des enfants porteurs de handicap et de maladies chroniques, la production de données épidémiologiques et de recherches dans son domaine de compétence, etc. Il doit bénéficier de financements élargis pour faire face à ses missions qui ont considérablement été développées depuis les années 1980 : de la part de l'Assurance maladie (en accroissant la liste des actes remboursables et en prévoyant des financements forfaitaires sur fonds de prévention cf. révision de la convention CPAMPMI), de la part des ARS (financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique), de la part de l'Etat (notamment au titre des missions de prévention incluses dans la loi de 2007 sur la protection de l'enfance). A cet égard le statut des centres de PMI, à la fois partie prenante d'un service non personnalisé du département (le service de PMI) et reconnus comme structures de santé particulières (avec l'attribution de numéros FINESS), doit ouvrir droit à tout mode de financement en tant qu'organisme délivrant des soins de santé.

¹ cf. groupe de travail sur les familles vulnérables : Orientation n°4 : Lancer un plan national de santé de l'enfant et de l'adolescent, axé sur les principes de prévention et d'intervention précoce et de coordination de tous les dispositifs de santé de l'enfant

² cf. groupe de travail santé accès aux soins : proposition de mettre en place un service public local de santé de première ligne

³ Le projet de transférer les missions du département à une future métropole du grand Lyon, évoqué dans le cadre de l'acte III de la décentralisation, nécessitera une réflexion spécifique sur la place du service de PMI dans ce contexte

La question d'un plan d'urgence pour recruter les professionnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux, afin de maintenir et de développer la PMI, constitue également une priorité.

2) **Le dispositif de PMI s'associe à une instance publique formalisant une coopération locale**, dans un cadre fonctionnel, avec tous les acteurs de santé intervenant dans ce champ [PMI, services de santé scolaire, RASED, intersecteurs de pédopsychiatrie, CMPP, services hospitaliers concernés, réseaux périnatalité, centres de santé + pédiatres et généralistes libéraux participants aux missions de service public, + paramédicaux (orthophonistes...)]. En ce sens la constitution d'un **service public local de santé de**

l'enfant, de l'adolescent et de la famille est une formule à examiner dans ses tenants et aboutissants.

En lien avec la définition d'une politique nationale et régionale de santé de l'enfant, ces regroupements élaborent des priorités et des modalités de coopération respectant les champs et prérogatives de chaque composante tout en favorisant une meilleure coordination et intégration des missions et activités mises en œuvre. Ces regroupements bénéficient d'une animation et d'une coordination publique assurée de façon collégiale, associant ARS, conseil général, pôles hospitaliers concernés. Leur financement est assuré par une dotation de service public venant conforter les financements existants

3) ***Ce service public local de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille*** a vocation à coopérer avec les autres acteurs du même territoire que sont les professionnels de l'éducation nationale, des modes d'accueil, des maisons des parents, les lieux d'accueil parentsenfants, l'ASE, les services sociaux, les clubs de prévention, la PJJ,... et tout le secteur associatif (notamment familial).

Contribution de la Fédération SOS Médecins France

A la mise en place d'un Service Public Territorial de Santé (SPTS) s'inscrivant dans la Stratégie Nationale de Santé.

Le constat par lequel le système de santé ne peut être hospitalo-centré, implique que celui-ci doit s'ouvrir à la coopération entre tous les acteurs de terrain dans le but d'améliorer le parcours de santé des usagers. La reconnaissance de la place occupée par les associations de médecins type SOS Médecins assurant la permanence des soins et la continuité des soins doit être visible.

En effet, leur activité 24 heures sur 24, 365 jours par an, centrée sur la prise en charge des urgences et des soins non programmés leur confère une place incontestable au sein du SPTS.

Ces associations de médecins assurent déjà une mission de service public dans le cadre de leur participation à la Permanence de Soins Ambulatoire (PDS-A), de leur activité dans le domaine médico-légal en réponse aux réquisitions de police et gendarmerie pour les constats de décès, l'examen médical des personnes gardées à vue, de leur disponibilité vis-à-vis des réquisitions municipales ou préfectorales lors de l'établissement de certificats prescrivant des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat.

Ces associations ont déjà établi des partenariats avec les Hôpitaux collaborant ainsi à la réalisation des missions leur incombant dans le cadre du Service Public Hospitalier (SPH) :

-Conventions SAMU-SOS Médecins signée avec le Directeur de l'Hôpital abritant le SAMU dans le cadre des décrets PDS du 7 avril 2005 puis du 13 juillet 2010.

-Conventions avec l'UCSA pour la prise en charge des détenus en Centre pénitentiaire, Maison d'arrêt, Etablissements pour Mineurs.

-Conventions avec l'Hôpital à domicile.

Leur organisation répond aux principes du service public :

- Neutralité avec une absence totale de discrimination des patients
- Egalité vis-à-vis de tous les patients qu'ils soient handicapés physiquement, rencontrant des problèmes psychiques ou issus d'un milieu socialement défavorisé.
L'accessibilité financière est garantie par l'exercice en secteur 1 de tous les médecins, l'acceptation de la CMU, de l'AME, la pratique du tiers payant.
- Continuité dans le temps 24heures sur 24, 7 jours sur 7 et un territoire de couverture défini, reconnu par l'ARS dans le Cahier des charges de la PDS.
- Adaptabilité avec une articulation avec les autres acteurs de santé lisible par l'utilisateur.

Les associations SOS Médecins occupent une place importante dans l'accès aux soins des patients du fait de leur Service Médical Continu en visites à domicile, en consultations et en conseils dispensés à partir de leurs centres d'appels médicaux.

Leur collaboration avec les SAMU-Centre 15 et leur complémentarité avec les services d'Urgence des hôpitaux publics et privés sont des facteurs limitant, en amont, l'engorgement de ces services hospitaliers. Ainsi, par exemple, les services d'urgence pédiatrique peuvent éviter, grâce à ce partenariat, des périodes de saturation engendrée par les épidémies de bronchiolite.

Et, en aval de l'hôpital, ces associations de médecins spécialisés dans la visite à domicile 24h/24 autorisent des retours plus précoces des patients sur leurs lieux de vie raccourcissant ainsi les durées d'hospitalisation.

Le vieillissement de la population, les problèmes de la dépendance rendent de plus en plus nécessaires les prises en charge à domicile de patients atteints de maladies chroniques. Les patients en EHPAD ont eux aussi besoin de pouvoir bénéficier d'une expertise médicale sur place pour éviter un transport aux Urgences en pleine nuit ou durant les week-ends. Les soins palliatifs et la fin de vie nécessitent également la présence de médecins susceptibles à tout moment de se déplacer au domicile des patients.

Les systèmes d'information des associations SOS Médecins sont d'ores et déjà en phase d'interconnexion informatique avec les SI SAMU.

Les données épidémiologiques recueillies par leurs centres d'appels médicaux sont adressés de façon automatisée à l'Institut national de Veille Sanitaire qui les renvoie aux CIRE présentes au sein des ARS. La convention signée avec l'InVS permet, par la mise en place d'indicateurs d'alerte, d'améliorer la veille sanitaire. Cet envoi quotidien des données épidémiologiques de SOS Médecins à l'InVs constitue avec le réseau OSCOUR des urgences hospitalières et le dépouillement des certificats de décès, un des 3 volets du dispositif SURSAUD assurant la veille sanitaire en France. Cette veille sanitaire est parfaitement adaptée à la surveillance d'un phénomène intercurrent au sein d'un territoire comme plusieurs événements récents ont pu le démontrer (répercussion sanitaire de nuage toxique, ...).

En conclusion, la construction du Service Public Territorial de Santé doit intégrer les partenaires libéraux travaillant au sein d'associations type SOS Médecins exerçant en dehors de l'hôpital mais en partenariat et en complémentarité avec lui dans l'intérêt du patient et de l'efficacité de sa prise en charge médicale à toute heure du jour et de la nuit.



Contribution de l'Unafam
Stratégie Nationale de Santé
Mission SPTS – SPH
Santé mentale et psychiatrie

La mission confiée par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé au sujet du Service Public Territorial de Santé (SPTS) et du Service Public Hospitalier (SPH) est une mission très importante pour la cause que défend l'UNAFAM.

En effet, les spécificités des troubles psychiatriques, nécessitent une collaboration tripartite sanitaire/social/aidants de proximité, qui préfigure l'offre de service coordonnée et multi-professionnelle du SPTS.

En ce qui concerne nos proches souffrant de troubles psychiatriques, le SPTS doit assumer 4 grandes demandes :

1. Un égal accès aux soins des malades, par la mise en place d'un **service public de proximité en psychiatrie** ;
2. La **consolidation de la place des aidants familiaux** ;
3. Un travail plus **transversal entre le secteur psychiatrique et les acteurs du social et du médico-social pour ne pas laisser les malades et les familles sans solutions** ;
4. La diffusion **d'éléments de pilotage chiffrés**, y compris à destination du grand public, pour présenter le parcours de vie des personnes (sanitaire / médico-

social/social). Il sera d'ailleurs nécessaire d'améliorer ou de créer les systèmes d'information.

Nous avons identifié des actions en cohérence avec les axes de la Stratégie Nationale de Santé, qui nous semblent devoir être prises en charge par le SPTS et que nous détaillons ci-après.

AXE 1 : L'EFFICIENCE par la PRÉVENTION

Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur la santé mentale

1. La prévention primaire des troubles psychiques

Pour éviter l'émergence de la maladie psychiatrique :

- **Des actions d'information et de dé stigmatisation**
 - Sensibilisation du grand public sur les troubles psychiques ;
 - Sensibilisation des lycéens et collégiens à la maladie mentale, via le Programme Prévisionnel des Actions Educatives ;
 - Sensibilisation des lycéens et collégiens à certains éléments déclencheurs de la maladie, en particulier les conséquences des toxiques (cannabis par exemple) ;
- **Des actions de formation auprès de publics dédiés :**
 - Educateurs (enseignants, personnels de santé scolaire, ...) ;
 - Juges et travailleurs sociaux.

2. - La prévention secondaire des troubles psychiques

Détecter plus précocement les troubles, pour un accès aux soins plus rapide, une meilleure prise en charge et un meilleur pronostic :

- **Actions auprès des médecins généralistes :**
 - Renforcer leur rôle car ils sont souvent le premier recours face aux troubles psychiatriques ;
 - Mettre en œuvre, en impliquant les médecins généralistes, un processus de prévention et de détection précoce ;
 - Inscrire des actions dédiées aux troubles psychiatriques dans le cadre du Développement Professionnel Continu.
- **Développement des Maisons des Adolescents**, en lien avec les Points Ecoute Jeunes et les pôles de consultation «banalisés» dans les universités et autres espaces non stigmatisant.

3. La prévention tertiaire, en médecine somatique, des malades souffrant de pathologies mentales

Prise en charge des pathologies somatiques (cardio-vasculaire, diabète, obésité, affections dentaires,...) liées aux pathologies mentales sévères et à leurs traitements afin de limiter la perte de qualité de vie et la mortalité précoce.

- Pour le médecin traitant, il s'agira de prescrire des bilans réguliers et, si nécessaire, d'orienter vers des spécialistes ;
- Proposer lors de l'hospitalisation, l'affectation d'un médecin généraliste traitant pour tout patient n'en n'ayant pas, sécurisera le parcours du malade.

4. La recherche

- Promouvoir la recherche
 - sur les troubles psychiques ;
 - la prévention des maladies mentales ;
 - les effets secondaires des médicaments ;
 - les nouvelles thérapies.
- Soutenir les programmes de «recherche- action» sur les maladies mentales et le handicap psychique pour optimiser le «rétablissement» des malades mentaux et aider à leur réinsertion.

AXE 2 : L'EFFICIENCE PAR LA PROXIMITÉ ET LE DÉCLOISONNEMENT

Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours

L'EFFICIENCE PAR LA PROXIMITÉ

1. Renforcer le rôle du médecin généraliste, pivot du parcours

- Formaliser le rôle du médecin généraliste dans le cadre d'un protocole ;
- Améliorer leur connaissance de l'offre de soins et des ressources du secteur psychiatrique ;
- Mettre en réseau les secteurs avec les médecins généralistes et réciproquement (correspondant identifié et privilégié dans chaque secteur) en veillant à respecter l'éventuelle demande de confidentialité du patient ;
- Savoir détecter et orienter, quand nécessaire, vers la psychiatrie de secteur en améliorant le transfert des informations entre médecin généraliste et secteur (en veillant à respecter l'éventuelle demande de confidentialité du patient) ;
- Prévoir dans la codification de la consultation, la prise en compte de la durée, en lien avec l'ALD psychiatrique.

2. Développer le réseau de Maisons de Santé Pluridisciplinaires en y intégrant des compétences psychiatriques

- Dépistage (caractère moins stigmatisant pour les personnes dans le déni) ;
- Observance, éducation thérapeutique ;
- Partage des informations (outils adaptés et réunions d'échanges) ;
- Reconnaissance du coordinateur de parcours au sein de la MSP (rémunération).

3. Améliorer l'accessibilité aux soins pour les malades souffrant de troubles psychiatriques

Le service public hospitalier de secteur doit assurer « une mission de proximité pour les personnes nécessitant de soins psychiatriques »

- Unité de base : le secteur (qui nécessite des rénovations) doit assurer :
 - La prise en charge sur un territoire de proximité cohérent ;
 - L'obligation d'accueil de tous les malades pour ne pas abandonner les malades ou leurs familles ;
 - Aller « AU DEVANT » des malades dans le déni de leurs troubles ou qui ne demandent rien ;
 - La continuité et personnalisation des soins ;
 - Le développement du travail de réseau avec les médecins généralistes et les acteurs du médico-social.
- Réponse aux demandes d'accueil non programmées, crises, urgences psychiatriques : obligation d'écoute – de réponse – de solution en cas d'alerte des aidants
 - Mettre en place une cellule téléphonique dédiée (7j/7J - 24h/24h) permettant de traiter les demandes urgentes des familles ou des proches du malade ;
 - Favoriser les actions graduées qui peuvent éviter l'hospitalisation ou en réduire la durée:
 - accueils non programmés au CMP ;
 - capacité à intervenir au domicile du malade, c'est à dire sur le lieu même de la crise (visites à domicile, HAD,...) ;
 - créer sur tout le territoire des équipes mobiles de santé à domicile et prévoir la spécialisation de certaines (géro-psycho-geriatrie, adolescents, précarité) ;
 - développer des centres de crise en ville ou à l'hôpital ;
 - Organiser dans toutes les ARS, les urgences psychiatriques prévues par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ;
 - Veiller à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

4. Intégrer la dimension pédopsychiatrique (inter-secteurs)

- Ouverture d'unités d'hospitalisation complètes pour les pré-adolescents et adolescents souffrant de pathologies psychiatriques, et développement des lieux de soins études pour éviter la déscolarisation et la désocialisation.

S'INSCRIRE DANS LE DÉCLOISONNEMENT

Améliorer, au sein du territoire, le lien avec le secteur médico-social et social pour ne pas laisser les malades et leur famille sans solution et permettre la compensation du handicap reconnue par la loi de 2005.

- Structurer la sortie de l'hôpital : évaluation des capacités du malade et appui à la sortie en mobilisant l'ensemble des acteurs du territoire (usagers, proches familiaux et entourage, professionnels de santé, professionnels du médico-social et du social) ;

- Développer la fluidité du parcours de vie dans tous ses aspects aussi bien médicaux que médico-sociaux et sociaux (en s'appuyant et adaptant les expérimentations des «parcours sur un territoire») ;
- Augmenter le nombre d'agrément pour déficients psychique des structures sociales et médico-sociales afin de proposer des services adaptés et d'éviter les situations de maltraitance ;
- Veiller aux compétences des établissements à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques. A cet égard, la rédaction de la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelle afférente devra prendre en compte les spécificités des troubles de ces personnes ;
- Limiter les ruptures de parcours lors des crises en prévoyant des modalités de « retour » vers la structure qui accueillait avant la crise ;
- Développer des services de veille, de maintien à domicile et de logement accompagné en collaboration avec le secteur ;
- Mettre fin à l'inégalité de traitement entre handicap, qui conduit les handicapés psychiques à être surreprésentés dans la population en attente suite à orientation des MDPH ;
- Prendre véritablement en compte le droit à compensation des personnes en situation de handicap psychique :
 - adapter aux spécificités du handicap psychique, le guide barème permettant de fixer le taux d'incapacité et l'évaluation de l'éligibilité aux compensations. En particulier, il s'agira de ne plus soumettre l'accès à certains droits à la contrepartie d'une volonté d'insertion sociale et professionnelle, contrepartie qui s'avère souvent inadaptée au handicap psychique ;
 - former les personnels des équipes pluridisciplinaires des MDPH aux caractéristiques du handicap psychique ;
- Développer et mettre en œuvre, en collaboration avec les représentants des usagers et des aidants de proximité, de nouveaux services à la personne nécessités par les spécificités du handicap psychique (dispositifs de veilles sociale par exemple).

A4.15 Contribution écrite d'UNICANCER:



Propositions pour le Service Public Hospitalier

Service Public Territorial de Santé

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer UNICANCER

Préambule commun avec la FEHAP

La FEHAP et UNICANCER partagent ensemble le souhait d'une dynamique de rétablissement du service public hospitalier (SPH) qui prenne en compte la place des établissements de santé non lucratifs participant de très longue date au service public hospitalier, au même titre que les établissements publics de santé. Elles estiment que le désintéressement personnel des dirigeants et la non-lucrativité absolue des établissements de santé privés non lucratifs ont une réelle valeur distinctive et appréciative dans la société civile : le projet politique relatif au service public hospitalier doit prendre en compte cette réalité.

La FEHAP et UNICANCER estiment également que d'autres demandes sociales fortes doivent être prises en compte dans la démarche de rétablissement du service public hospitalier et valorisées :

La réduction des délais d'attente, qui doivent être maîtrisés précisément pour certains actes et séjours,

L'objectif de zéro reste à charge en établissement de santé, après intervention des organismes complémentaires,

L'absence de dépassements d'honoraires qui caractérise les établissements de santé privés non lucratifs.

Pour la FEHAP et UNICANCER, la réflexion consacrée à l'ouverture à d'autres composantes d'une démarche coopérative et loco-territoriale de service public, dans le cadre des réflexions sur le service public territorial de santé (SPTS), ne doit pas pour autant diluer les exigences de rétablissement du noyau dur historique, et à forte charge symbolique, du service public hospitalier.

Contribution UNICANCER

1. Réintroduction d'un statut d'établissement participant au service public hospitalier

La volonté de l'Etat d'individualiser des établissements hospitaliers dédiés à la lutte contre le cancer remonte à l'ordonnance de 1945 créant les Centres de lutte contre le cancer (CLCC). Cette volonté a toujours été ré-affirmée à travers les différentes évolutions du cadre législatif et réglementaire du système hospitalier français. Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009²¹, ils font partie des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). La fédération nationale des centres de lutte contre le cancer UNICANCER souligne la nécessité de **réaffirmer de façon non équivoque, voire statutaire, que les CLCC font partie intégrante du service public hospitalier.**

2. Restauration du « bloc de soins » proposée par E. COUTY

Il faut réintroduire **l'ensemble des soins réalisés par les établissements de santé publics et les établissements y participant, dans les missions du service public hospitalier.** A ce titre, il convient de soumettre ces établissements, dans ce champ de leurs activités, aux obligations de service public : égalité d'accès à des soins de qualité, permanence de l'accueil ou de l'orientation et garantie d'une prise en charge des patients avec un strict encadrement des dépassements d'honoraires. Les actions de recherche et d'enseignement, voire de santé publique doivent retrouver également leur place dans les missions de service public hospitalier.

3. Reconnaissance du respect du tarif opposable

L'obligation de respect du tarif opposable est parfaitement remplie dans les CLCC, comme dans de nombreux ESPIC où est garantie l'accessibilité financière à tous les malades grâce à un **exercice médical salarié exclusif sans activité libérale et donc sans dépassement d'honoraires.** Pour conforter cette position exemplaire au regard des valeurs du service public, il conviendrait de **reconnaître davantage cette singularité que représente l'absence de dépassements d'honoraires.** Instaurer une compensation financière globale aux établissements de santé qui garantissent l'absence totale de dépassements d'honoraires pourrait permettre, entre autres de conserver l'attractivité pour les médecins de l'exercice dans ces établissements. Une autre voie, non exclusive de celle-ci est la possibilité utilisée par certains ESPIC de conserver l'exercice libéral de certains de leurs praticiens rémunérés dans le cadre de groupements de professionnels en maintenant un strict tiers payant pour les malades.

4. Positionnement sur le service rendu au malade

La mission de soins des CLCC repose sur la pluri-disciplinarité, la prise en charge globale de la personne, l'accès à l'innovation pour tous et la volonté d'efficience au service des patients. A ce titre, les CLCC inscrivent leur mission de soins, de façon univoque dans le cadre d'un **service rendu au patient.** Ainsi le modèle de prise en charge pluri professionnelle des CLCC tient-il compte des deux

²¹ Article L6161-5 du code de la santé publique

attentes fondamentales des malades sur le plan individuel : être traité efficacement pour leur maladie avec les options thérapeutiques les plus performantes et être pris en charge comme un individu dans sa globalité personnelle, familiale, sociale. Sur le plan collectif, les représentants des usagers ont une voix délibérative au conseil d'administration des CLCC, les patients participent aux comités patients dont les missions initiales de relecture des protocoles d'essais cliniques sont de plus en plus étendues vers certains domaines du fonctionnement de l'établissement (actions d'assurance Qualité, participation à l'élaboration du projet d'établissement...). **Cette participation des usagers à la gouvernance des établissements de santé participant au service public hospitalier doit être renforcée sur ce modèle.** Elle ne pourra être effective que grâce à une reconnaissance par la société de l'engagement citoyen qu'elle constitue.

5. Participation au service public territorial de santé

Les CLCC assurent **une prise en charge locale** des patients atteints de cancer comme en témoignent les données sur l'origine géographique des patients qu'ils prennent en charge. Dans leur rôle **d'établissements de recours** pour une pathologie grave, ils participent de façon active au maillage territorial. **Il conviendrait de reconnaître fonctionnellement et financièrement l'accompagnement des professionnels de proximité par les professionnels spécialisés des établissements de santé participant au service public hospitalier.** Les collaborations entre les établissements de recours et les établissements de proximité sont nombreuses et mises en œuvre sous des formes différentes : exercice médical ou chirurgical spécialisé dans des centres hospitaliers ou dans des ESPIC qui ne disposent pas d'autorisations *ad hoc*, mise en œuvre de séances de radiothérapie, consultations, hôpital de jour, -primo prescription de chimiothérapie, participation aux RCP, voire inclusion de malade dans des essais cliniques...). Malgré l'aval fréquent des ARS et des conventions mises en place, ces coopérations restent fragilisées par l'absence de cadre défini, par l'absence de remboursement de l'activité non réalisée par le praticien.

L'activité des professionnels des établissements de recours participant au service public hospitalier se développe bien **au-delà de la seule séquence hospitalière.** L'émergence des métiers de la coordination doit être reconnue au niveau des établissements de santé. En effet, en matière de prise en charge complexe, et le cancer en est une, ils ont une légitimité et une responsabilité pour organiser la coordination avec les acteurs de la ville. La chirurgie ambulatoire, les traitements oraux ne pourront se développer que grâce à des plate-formes de coordination. Les professionnels qui réalisent les appels téléphoniques, les consultations de surveillance ou d'éducation thérapeutique, les transmissions d'informations dans les deux sens, par exemple, doivent bien sûr être formés et reconnus (notion de nouveaux métiers) mais dans des activités spécialisées comme le traitement du cancer, ils ne peuvent être indépendants des établissements de recours, ne serait-ce que pour assurer la continuité des soins de qualité. **Le financement de ces activités doit être pensé de façon approprié et équitable, même s'il passe par des modalités nouvelles permettant de reconnaître des implications concomitantes de professionnels de statuts et de lieux d'exercice différents.**

Synthèse des analyses et positions de la FEHAP sur la rénovation du service public hospitalier (SPH) et ses liens avec la dynamique de service public territorial de santé (SPTS)

Préambule commun de la FEHAP et d'UNICANCER

La FEHAP et UNICANCER partagent ensemble le souhait d'une dynamique de rétablissement du service public hospitalier (SPH) qui prenne en compte la place des établissements de santé non lucratifs participant de très longue date au service public hospitalier, au même titre que les établissements publics de santé.

Elles estiment que le désintéressement personnel des dirigeants et la non-lucrativité absolue des établissements de santé privés non lucratifs ont une réelle valeur distinctive et appréciative dans la société civile : le projet politique relatif au service public hospitalier doit prendre en compte cette réalité.

La FEHAP et UNICANCER estiment également que d'autres demandes sociales fortes doivent être prises en compte dans la démarche de rétablissement du service public hospitalier et valorisées :

- la réduction des délais d'attente, qui doivent être maîtrisés précisément pour certains actes et séjours,
- l'objectif de zéro reste à charge en établissement de santé, après intervention des organismes complémentaires,
- l'absence de dépassements d'honoraires qui caractérise les établissements de santé privés non lucratifs.

Pour la FEHAP et UNICANCER, la réflexion consacrée à l'ouverture à d'autres composantes d'une démarche coopérative et loco-territoriale de service public (professionnels de santé libéraux en ville, secteur social et médico-social, etc.), dans le cadre des réflexions sur le service public territorial de santé (SPTS), ne doit pas pour autant diluer les exigences de rétablissement du noyau dur historique, et à forte charge symbolique, du service public hospitalier.

Les 7 axes directeurs des analyses et propositions de la FEHAP sur la rénovation du service public hospitalier (SPH) et la dynamique du service public territorial de santé (SPTS):

- 1) **Rétablir le « bloc de service public hospitalier »**, dans un continuum « soins-enseignement-recherche », dans la ligne directrice posée par le rapport Couty et les déclarations de Marisol Touraine à ce sujet.
- 2) **Rétablir le lien entre « le bloc de service public » et son portage par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dans leur vocation naturelle de « participant au service public hospitalier » (PSPH).** L'écriture d'un texte de loi, qui comporte ses dimensions techniques voire nécessairement technocratiques, doit prendre soin de ne pas trop s'éloigner des perceptions et sensibilités de la société civile, pour laquelle la non-lucrativité publique ou privée non lucrative est une valeur de rang élevé concernant les activités de santé.
- 3) **Répondre, avec les obligations de service public, aux demandes profondes des français et des parlementaires qui les portent : les délais d'attente,**

l'absence de reste à charge. Ce sujet amène une difficulté avec le sujet emblématique de l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans les EPS et de son encadrement (suffisant ou non). Cette question existe d'une autre manière pour 10 établissements de santé privés non lucratifs (sur 700), du fait d'une situation historique de collaboration très ancienne avec des médecins libéraux. La logique serait d'organiser cette collaboration dans le cadre d'une activité libérale uniquement en secteur opposable ou en secteur 1. Toutefois et dans certaines disciplines, le respect du secteur 1 est devenu illusoire, du fait du fort décalage apparu entre les tarifs de la sécurité sociale et les coûts : ici aussi se présente un énorme sujet de neutralité tarifaire, sous lequel il s'avère que le vrai sujet est tout autant celui de l'équité de fixation par la sécurité sociale des montants d'honoraires entre disciplines médicales (et donc entre patients), et non seulement le sujet de la partie émergée de ce sujet sous la forme des dépassements d'honoraires. Pour la FEHAP, le rétablissement du service public hospitalier doit traiter de ce sujet, et au moins serait-il possible de se situer dans une démarche de « zéro reste à charge après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires ».

- 4) **Rétablir des obligations de service public qui participent aussi des prérogatives nécessaires du DG-ARS pour assurer la « légitime défense » de l'intérêt général, à savoir :**
 - a. La définition et validation des orientations stratégiques associant l'EPS ou le PSPH et le DG-ARS,
 - b. La transparence et la validation des comptes des EPS et PSPH par le DG-ARS (EPRD, PGFP voire PRE),
 - c. L'administration provisoire en cas de défaillance répétée et continue de la gouvernance de l'EPS et du PSPH
 - d. Le respect des principes d'égalité, de neutralité et de continuité du service public pour l'ensemble des activités de soins menées par l'EPS ou le PSPH,
 - e. L'obligation de proposer une réponse à des besoins de santé ou à des territoires non couverts, lorsque l'ARS en fait le constat et en formule la demande aux EPS et PSPH, (obligation qui apporte un élément de lien direct et cohérent entre la rénovation du SPH et la promotion d'une dynamique de SPTS),
 - f. Une non-lucrativité absolue et un désintéressement personnel des dirigeants non-salariés des EPS et PSPH, avec des dispositions explicites concernant d'éventuels conflits d'intérêt à prévenir des différentes parties prenantes aux décisions prises.
- 5) **Amplifier la participation des usagers et de leurs organisations représentatives dans la gouvernance** des établissements de santé publics et privés non lucratifs (dont les usagers sont souvent à l'origine et en responsabilité de gestion), **mais aussi dans la gouvernance territoriale**, avec la régulation territoriale du SPH (et du SPTS) avec les autorités de contrôle et de tarification,
- 6) **Organiser sous la forme de concessions de service public**, l'implication de structures privées de droit commercial, pour satisfaire les besoins de la population avec des garanties et obligations de service public, ainsi que les compensations adaptées desdites sujétions,

- 7) **Ouvrir la possibilité à des structures privées de droit commercial qui opteraient pour le statut d'entreprise de l'économie sociale et solidaire (vote du Sénat du 7 Novembre),** avec une lucrativité limitée ou encadrée des propriétaires de parts sociales (réinvestissement majoritaire dans l'entreprise) et qui fonctionneraient dans le cadre d'une absence de reste à charge pour les patients après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires, de bénéficier en contrepartie de la possibilité d'exercer une option d'adhésion à l'échelle publique des tarifs.

Confidentiel

A4.16 Contribution écrite de l'UNIOPSS et de la FNARS



Madame Bernadette DEVICTOR
Présidente de la Conférence Nationale de Santé
Chef de projet sur le Service Territorial de Santé
Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
Direction Générale de la Santé
Secrétariat général de la Conférence nationale
de santé
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Objet : service territorial de santé – STS

Paris, le 9 janvier 2014

Madame,

Vous avez présenté le 17 décembre dernier la synthèse des conclusions des différents ateliers sur le **service territorial de santé**.

L'UNIOPSS et la FNARS tiennent à vous confirmer ci-après leurs avis et points de vigilance sur ce sujet particulièrement innovant qui tend essentiellement à décloisonner les auteurs du sanitaire, du médico-social et du social sur les territoires, au service des populations concernées. Ce concept, qui repose essentiellement sur les notions d'accessibilité et de continuité du parcours de santé, proposé par l'ensemble des offreurs en santé aux usagers, sera intégré dans la loi sur la santé prévue en 2014.

Nous formulons ensemble un **accord de principe favorable sur la méthodologie proposée** qui consiste, sur la base de l'observation territoriale de l'offre et des besoins locaux de santé, à élaborer un diagnostic partagé sur chaque territoire, un plan d'actions concerté entre acteurs, sous forme de « **projet local de santé** », et d'un « **contrat territorial de santé** » avec l'ARS.

Les travaux déjà engagés par les acteurs concernés doivent servir de base à ces réflexions. Il s'agira de prendre appui sur l'existant, notamment sur les diagnostics qui ont pu être réalisés sur les territoires (dont ceux qui ont servi à l'élaboration des PRAPS) et de s'inspirer des outils qui y sont mis en places (notamment les contrats locaux de santé).

Nous confirmons, par contre, que dans un souci de réelle efficacité, **trois conditions essentielles** doivent être réunies en matière de gouvernance territoriale :

- **Un pilotage fort par l'ARS** du projet local au niveau du territoire de proximité pour l'animation des acteurs ou du territoire stratégique en matière de cofinancements. Or, tel n'est pas le métier des actuels chargés de mission de l'ARS. Il conviendra donc, dans un souci d'opérationnalité de prévoir **les formations adaptées** dans une réelle dimension interministérielle.



Le 2/12/13

Contribution

de

L'Union Nationale des Réseaux de Santé
(UNR.Santé)

aux travaux sur le

Service Public Territorial de Santé

Remise à Madame Bernadette DEVICTOR

Préambule

Rappelons pour expliquer la motivation particulière des réseaux de santé à participer à ces travaux, l'article de loi définissant leurs missions (loi du 4 mars 2002) :

Art. L. 6321--1. – «Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. «Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation

sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. «Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des

Régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111--3 du code de la sécurité sociale»

On peut constater dans cette loi que les réseaux de santé non seulement s'inscrivent totalement dans un dispositif de santé territorial, mais qu'ils seraient susceptibles d'ores et déjà d'avoir vocation et même le devoir de l'animer, voire à en être la colonne vertébrale. Ce n'est qu'un rappel.

En effet, cet «état de fait législatif» ne vient pas ou plus naturellement à l'esprit d'acteurs de santé, d'ARS, ou de décideurs, alors que ces structures ont donc plus de 25 ans d'existence (si on retient leur caractère expérimental pendant plus de 10 ans, avant que le législateur valorise son intérêt en l'inscrivant dans une loi). Ils ont certes été critiqués (rapport IGAS, 4 ans à peine après la loi qui en encadre les missions), et de nouveaux dispositifs portant des missions similaires se sont déployés de façon indépendante de la politique de santé gérée par la DGOS, via la CNSA et sur la lancée du Plan Alzheimer. De plus, avec la loi HPST puis la réflexion sur les parcours de santé, tous les acteurs institutionnels en santé s'arrogent aujourd'hui des compétences, voir même des prérogatives, en matière de coordination de ces parcours. Quelles leçons tirer de ce constat pour la rédaction du cahier des charges du SPTS ?

1/ L'initiative et la promotion d'un réseau de santé a été laissée sur le seul moteur du volontariat des professionnels, de toutes pratiques, dans un esprit collectif et territorial innovant, qui n'a pas encore d'équivalent aujourd'hui. L'importance (soulignée) de ce type d'initiative au cours des débats, ainsi que l'histoire, rappelle aussi ses limites, ce qui ne permet pas de dessiner d'emblée qu'une politique volontariste uniquement ascendante en santé publique est la bonne solution, comme pourtant la logique le souhaiterait et les postures politiques le prônent. D'où l'importance d'une impulsion et surtout d'un accompagnement par les ARS pour la mise en œuvre de dispositifs collectifs territoriaux œuvrant dans le STPS. D'où corollairement l'importance d'un diagnostic territorial partagé pour que cette nécessité émerge. Il s'agit d'une étape essentielle, qui permet de s'assurer qu'une initiative s'accorde bien avec les priorités de santé.

Conclusion 1: *Il faut réaliser un diagnostic territorial partagé par les acteurs en même temps qu'inciter leurs initiatives territoriales, afin de rendre un projet de santé publique efficient.*

2/ Le pilotage et le suivi des réseaux de santé et plus largement des expériences collectives en territoires a été quasi inexistant (constat principal en fait du rapport IGAS de 2006, mais qui a été retourné contre les réseaux de santé et a incité à la désaffection de l'Etat et des institutions

Nationales pour les réseaux, alors même que l'évaluation des réseaux était remise en cause en terme de méthodes et d'analyse). Les modalités de suivi des dispositifs MAIA, purement quantitatives, sans indicateurs de plus-value pour les usagers et professionnels de premier recours, ni médico-économiques, font craindre la même dynamique délétère.

Conclusion 2 : Il faut un affichage cohérent des dynamiques collaboratives au niveau national (DGOS + CNSA) et régional (transversalité entre les différentes directions), un pilotage et un accompagnement effectif des projets collectifs au niveau territorial, avec une évaluation participative pendant plusieurs années. Ceci permet de conforter, suivre, et accompagner les acteurs et équipes engagées dans les initiatives, avec des CPOM réalistes, territoriaux, au moins triennaux.

Propositions

Le territoire

Il peut paraître difficile de ne pas se baser sur un territoire politique ou institutionnel (conseil général, communauté de communes, CHU, ...), l'implication des collectivités territoriales ou des établissements étant une clé de la réussite. Mais il faut valoriser cependant la notion de **territoire de projet des acteurs**, qui peut prendre en compte les territoires politiques ou intentionnels. Pour être cohérent avec la notion de bassin de vie de proximité intégrant le premier recours, cela peut être une fraction des territoires actuels que sont départements ou zones de soins de proximité.

Traduction opérationnelle de la responsabilisation des acteurs

Un diagnostic territorial partagé est l'étape initiale indispensable, qui doit servir de socle à toute dynamique collective et contrat territorial, dès lors que les acteurs ont défini un territoire de coopération.

Ce diagnostic doit être établi sous le pilotage de l'ARS, avec consultation de tous les partenaires :

- INSEE
- ORS
- Assurance Maladie
- CARSAT
- Conseil Général
- Professionnels de santé : URPS, HAD, SSIAD, EHPAD, CCAS, CLIC, MAIA, réseaux de santé, ADMR, prestataires associatifs et privés
- Etablissements hospitaliers
- EHPAD
- Représentants des usagers

Ce diagnostic devra permettre :

- de répertorier l'offre existante et celle manquante, les champs de compétences des diverses ressources en santé, les télescopes entre les divers acteurs, les modalités d'articulation entre ceux-ci et les contraintes réglementaires afférentes
- d'identifier l'état de santé de la population et les objectifs non atteints, ainsi que leurs déterminants, enfin les attentes des usagers en matière d'organisation et de lisibilité de l'offre territoriale.

Ce diagnostic territorial devra aboutir à identifier des priorités et objectifs territoriaux de santé publique, clairement exprimés et chiffrés, avec des échéances et des moyens d'évaluation participative, quantitative et qualitative, incluant plus-value pour les usagers.

Modalités de gouvernance

L'instance de concertation stratégique doit être large : ARS/Collectivités territoriales / Acteurs (URPS, établissements, structures sanitaires et sociales (EHPAD, SSIAD, CLIC, réseaux, ...), usagers)

Concernant le pilotage :

1/ Ne pas confondre *pilotage du projet* et *pilotage du parcours des usagers* (cela a pourtant été entendu au cours des débats)

Il faut un pilote pour le projet, sous l'autorité de l'instance de concertation, c'est-à-dire un coordinateur territorial sans lequel rien ne se mettra effectivement en œuvre : c'est essentiel, malgré les réticences du fait de la volonté farouche des institutions à conserver la main sur les processus les concernant. C'est ce qui est appelé dans d'autres projets un *guichet unique*, mais ce terme peut être très mal interprété. En pratique, *la représentation en est un numéro de téléphone et une adresse effective* avec permanence de réponse aux usagers sur tout point concernant la santé. En réalité, il s'agit de l'articulation cohérente et efficiente des acteurs territoriaux pour la coordination des parcours selon les besoins individuels. C'est bien un dispositif collectif où l'acteur le mieux placé (localisation), le mieux armé (moyens), le plus compétent (missions, expertises), le plus rapidement mobilisable, entre en action en réponse à un besoin donné, se concerta avec les autres au cours de la mise en œuvre des divers besoins en parallèle, avec une posture de subsidiarité entre acteurs.

Il faut noter que chaque dispositif collectif contient des acteurs avec diverses expertises, qu'il est indispensable de conserver tout autant que d'articuler, avec une capacité à proposer une accessibilité financière et égalitaire, tout autant qu'équitable à l'innovation technologique).

Une structure ou «cellule» de coordination, dont l'implantation peut être dans une structure existante, est un corollaire immédiat pour une telle organisation transversale, sous gouvernance partagée entre acteurs, régie dans le cadre d'un CPOM.

Afin de justifier cette «régulation» ou «coordination» ou «pilotage de parcours» (qui n'est pas une gestion de cas), il faut intégrer que l'évolution sociétale met de plus en plus l'utilisateur en première ligne et responsable de son parcours. Pour ceci, il lui faut une information simple et directement accessible sur l'offre collective intégrée, mise en œuvre par la cellule dédiée. *L'interface usager / SPTS est un véritable enjeu*, à la fois en terme sociétal, éthique, et d'efficience.

Mises en garde

- 1) *Créer une instance stratégique à l'échelle d'un département uniquement avec un Conseil Général (CG) (force de terrain), l'ARS (décideur), ainsi que les financeurs (caisses), serait une erreur elle serait déconnecté du niveau opérationnel, qui de plus est d'un autre niveau, celui du territoire de projet. D'autre part, un CG porte la vision d'une organisation politique.*
- 2) *La gestion de cas de type MAIA concerne des cas qui sont en réalité dans le niveau 4 du besoin en coordination selon la DGOS et le Comité de Pilotage PAERPA le niveau 5 (celui assigné théoriquement aux MAIA) aboutit en fait au sanitaire, car cette composante devient majeure lors d'un parcours à ce niveau.
De plus, les CG porteurs de MAIA sont en fait des financeurs des aides mais ne les organisent pas. Si un CG coordonne un parcours via une MAIA, il peut alors coordonner aussi la part sanitaire, sans aucune expertise et dans un déploiement de missions déconnecté du premier recours. La gestion ce cas (GDC) porté par un CG n'est donc pas un modèle de la coordination de parcours de santé, même pour les*

PAERPA, mais un moyen parmi d'autres (Equipes Mobiles de Gériatrie ou de Géro- Psychiatrie, réseau gérontologique, CLIC). La GDC est en fait une coordination d'appui, selon les termes même de la HAS.

- 3) *Les divers niveaux d'organisation du parcours PAERPA, en modes expérimental actuellement mais rappelé dans les documents du Comité de Pilotage PAERPA, ne sont pas cohérents par rapport au sens même du SPTS en cours de discussion : il y a un télescopage entre notion de dispositif territorial ascendant et posture de gouvernance descendante. Les PV de l'atelier 2 du Groupe de Travail SPTS ne mentionnent que les PAERPA, qui sont en réalité porteurs de pathologies chroniques. Les réseaux et les CLIC n'y apparaissent pas (on mentionne MAIA uniquement), alors qu'ils sont censés fournir dorénavant une coordination polythématique (en même temps, on replace et positionne les réseaux de santé uniquement dans la partie « expertise pour les pathologies chroniques »). Les réseaux de santé sont à placer à ces différents niveaux en fonction de leurs compétences, polythématiques ou thématiques pures, leurs modes opératoires devant évoluer pour une articulation avec les autres dispositifs territoriaux récemment déployés.*
- 4) *A la lecture de la feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé, qui prône la coopération entre dispositifs de coordination et pose les soins primaires comme clé de voûte des parcours de santé, c'est ni l'hôpital, ni le médico-social (CG) qui doit gouverner les parcours, et donc pas les interfilières géronto-gériatriques (IFGG), dispositif territorial institutionnel innovant et dynamisant mais en décalage persistant entre politique de la DGOS et politique de la CNSA, et entre politique affichée de l'Etat et réalités : par exemple a) la HAS publie en juillet un PPS pour les parcours de santé PAERPA en soins primaires, qui télescope le PSI utilisé par les gestionnaires de cas et mis en place par la CNSA : ils sont inutilisables ensemble ; b) la CNSA (et même les débats pour le SPTS) parle de gestion de cas pour les pathologies chroniques en perte d'autonomie, alors que le Haut Conseil à la Santé Publique et la DGOS statuent sur l'évolution du concept de coordination en pathologie chronique sans parler des dispositifs portés par la CNSA ; c) le déploiement des dispositifs MAIA se poursuit sans aucun lien avec les soins primaires ; d) un gestionnaire de cas MAIA prend en charge SEUL les patients les plus complexes, avec une file active de 40-50 par an. Il y a un clair décalage du pilotage en santé concernant le déploiement de nouveaux dispositifs (divers types d'équipes mobiles, GDC MAIA) avec ce qui est dit (coopérer, coordonner, partager) et avec ce qui est nécessaire (besoins : des centaines de patients par territoire). La dynamique de diverses tables stratégiques des IFGG en France devrait voir figurer dans son parterre des représentants des diverses valences d'acteurs en santé, et non être sous le choix d'un CG : le déploiement des réseaux, des MAIA, de EMG, des EMPA, des EMASP, qui vont tous au domicile, c'est à organiser ENSEMBLE, surtout et avant tout avec la Médecine Générale ; un travail des modes opératoires des divers dispositifs, leurs champs de compétences, leurs modes coopératifs, l'affichage en soins primaires, doit à l'ordre du jour sans tarder : ils existent et agissent déjà. De plus la réalité des postures des acteurs de terrain est très différente de celle de représentants élus ou de ceux désignés par l'Etat ou les ARS au sein d'un espace politique structurant les coopérations, comme une IFGG : c'est l'ignorance mutuelle des deux qui plombe depuis bien longtemps notre système de santé et que souhaite dépasser SPTS.*

Modalités de financement d'un dispositif répondant au SPTS

Elles sont à définir dans un contrat territorial pour la structure engagée (GCS, au mieux), le CPOM positionnant dans le dispositif le financement de chacun des acteurs par rapport aux autres et aux missions communes.

Stratégie de déploiement

A priori sous l'initiative de l'ARS, avec sollicitation des collectivités territoriales concernées, en partant toujours du diagnostic territorial partagé.

Dossier cadre construit par la tutelle, un appel d'offre ne paraît pas approprié car assorti d'un risque de mise en concurrence entre acteurs, ce qui est le contraire de ce qui est souhaité. De plus, les appels d'offre classiques ont une temporalité trop courte pour permettre une mise en place correctement organisée (cela demande des mois de montage). Il faut donc un processus qui informe l'ensemble des acteurs du lancement du projet territorial, avec un temps assez long pour y répondre mais une date butoir, avec des étapes pour diverses vagues de réponse.

Le principe des projets pilotes pour dégager des constantes et un modèle organisationnel souple, est efficace : il met en lumière les initiatives, les innovations, les émergences de modes coopératifs, les défis et freins, les problématiques de dimensionnement, les contraintes et télescopages réglementaires rendant inopérantes certaines productions collaboratives. Le déploiement de SPTS doit donc être graduel, souple, et accompagné des réformes de l'administration de la santé qui s'imposent.

Traduction opérationnelle des obligations de service public

Convention/Charte signée par chacun des acteurs qui entrent dans le dispositif, avec au minimum :

- Accessibilité aux soins : non-dépassement, ...
- Equité d'accès selon les divers facteurs contraignant les parcours (lieu de vie, offre locale, ...)
- Populations vulnérables
- Information des usagers

UNRsanté le 2 Décembre 2013
