



ÉCOLE DE RÉFÉRENCE
CONSEILLER DE CONFIANCE

JuriSanté

MA SANTÉ 2022

TOUT COMPRENDRE EN 22 FICHES

L'ÉQUIPE



**Brigitte
de Lard-Huchet**

Directrice du Centre de droit JuriSanté
du CNEH.



**Céline
Berthier**

Juriste, consultante au Centre de droit
JuriSanté du CNEH.



**Martine
Cappe**

Consultante en gestion des ressources humaines
médicales au Centre de droit JuriSanté du CNEH.



**Aude
Charbonnel**

Juriste, consultante au Centre de droit
JuriSanté du CNEH.



**Isabelle
Génot-Pok**

Juriste, consultante au Centre de droit
JuriSanté du CNEH.



**Marine
Gey-Coué**

Juriste, consultante au Centre de droit
JuriSanté du CNEH.



**Mélissa
Masurel**

Juriste, consultante au Centre de droit
JuriSanté du CNEH.



**Pascale
Evans**

Directrice du pôle Finances, Information
médicale et Systèmes d'information.



**Philippe
Solivéri**

Responsable de l'offre Finances et
Contrôle de gestion du CNEH.



**Clothilde
Poppe**

Juriste spécialisée en droit de la santé.
Responsable du Pôle «Concours et
adaptation à l'emploi».



**Candice
Dias-Cardoso**

Juriste, apprentie au centre de droit
JuriSanté du CNEH.



**Nadia
Hassani,**

Assistante au Centre de droit JuriSanté du CNEH.

ÉDITO

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est parue. Une réforme de santé... Encore une, vous direz-vous !

À la différence des précédentes, celle-ci s'intègre dans un plan plus large destiné à donner un fil conducteur à tout un ensemble de mesures déjà mises en œuvre ou à venir.

Meilleure intégration des secteurs sanitaire, médico-social et de la médecine de ville, construction des parcours de soins, transformation des métiers et des modes de financement... Le dispositif est ambitieux. 2022 est une échéance proche. Aussi, l'implication des acteurs de santé dans la mise en œuvre d'une telle réforme est indispensable et suppose sa compréhension et son appropriation.

C'est pourquoi le Centre de droit JuriSanté vous propose un guide de 22 fiches reprenant l'essentiel du plan et de ses impacts, en particulier pour les établissements de santé.

22 fiches, pour aborder de manière synthétique et didactique le plan Ma Santé 2022.

22 fiches pour poser le cadre juridique et stratégique, ... et y voir clair !

Très bonne lecture,

L'équipe du Centre de droit JuriSanté

Directeur de la publication

Joseph Tedesco

Rédacteur en chef

Brigitte de Lard-Huchet

Coordonnateur de la publication

Aude Charbonnel

Assistante

Nadia Hassani

Communication

Caroline Marichez

Conception

Aksel Allali, Delphine Draux

Comité de rédaction

Céline Berthier

Martine Cappe

Aude Charbonnel

Candice Dias-Cardoso

Isabelle Génot-Pok

Marine Gey-Coué

Pascale Evans

Brigitte de Lard-Huchet

Mélissa Masurel

Clothilde Poppe

Philippe Solivéri

Coordonnées du CNEH

3 rue Danton 92240 Malakoff

01 41 17 15 15

www.cneh.fr

Impression

CLUMIC Arts Graphiques

70 bis rue de Romainville

75019 Paris

01 42 03 58 66

Date de l'achèvement du tirage :

30 juillet 2019

ISBN (International Standard Book Number)

978-2-491384-00-5

Prix en euros

30 euros

Dépôt légal : 08 / 2019

SOMMAIRE

1. FICHE INTRODUCTIVE : LE PLAN MA SANTÉ 2022.....	5
I. UNE OFFRE DE SOINS STRUCTURÉE	
2. La construction de parcours patient.....	8
3. Les actions sur la qualité et la pertinence des soins.....	12
4. Les projets de santé de territoire/ les projets territoriaux de santé mentale	16
5. Le développement des CPTS.....	21
6. Les autres mesures concernant les soins de premier recours : équipes de soins primaires, généralistes à exercice mixte, assistants médicaux.....	25
7. Le GHT acte II	29
8. Les mesures concernant l'hôpital : CME, service, fusion.....	34
9. Les hôpitaux de proximité.....	40
II. UNE OFFRE DE SOINS OUTILLÉE	
10. La refonte du modèle de financement.....	44
11. La réforme du régime des autorisations d'activités de soins.....	53
12. Le déploiement de la télésanté.....	57
13. Le déploiement d'outils numériques mis au service des patients et des professionnels de santé.....	61
14. Le renforcement du système de santé face aux situations exceptionnelles.....	66
III. UNE OFFRE DE SOINS INCARNÉE	
15. Le déploiement de la pratique avancée infirmière.....	71
16. La réforme des études en santé.....	76
17. La réforme du statut du médecin hospitalier.....	82
18. Les mesures en faveur des professions paramédicales.....	86
19. La mesure de la satisfaction des usagers et le renforcement du rôle du patient : patient expert, expérience patient.....	91
20. L'affirmation de l'importance des fonctions d'encadrement.....	95
21. La revivification du dialogue social.....	99
22. FICHE DE SYNTHÈSE, LE CALENDRIER DU PLAN MA SANTÉ 2022.....	103

INTRODUCTION : LE PLAN MA SANTÉ 2022

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Plan Ma Santé 2022¹*
- *Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019*
- *Divers textes de mise en œuvre et/ou d'application*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma Santé 2022, annoncé en septembre 2018, a pour ambition de proposer « une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français. »

Au rythme d'une réforme globale du système de santé tous les 5-6 ans environ, les pouvoirs publics s'attachent à adapter l'organisation de l'offre de soins aux besoins toujours plus prégnants de la population.

Cinq chantiers prioritaires sont cette fois identifiés :

- Qualité des soins et pertinence des actes,
- Organisation territoriale,
- Modes de financement et de régulation,
- Ressources humaines et formation,
- Numérique.

Les entretiens et consultations conduits au cours de l'année 2018 à cette occasion ont permis de déterminer trois engagements prioritaires pour mener à bien le projet:

- « Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme ;
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ;
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé. » (Dossier de presse de la réforme, septembre 2018).

Selon Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, « les chantiers que nous avons devant nous sont nombreux. Le système de santé de demain devra pouvoir compter sur de nouvelles synergies entre les professionnels de ville, du médico-social et de l'hôpital, sur des outils numériques performants mis au service des patients et des professionnels de santé, sur un modèle de financement complètement revu et sur des formations qui prennent mieux en compte les impératifs de coopération entre les métiers et de qualité des soins... »

Le plan s'articule autour d'une quarantaine de mesures destinées à décliner de façon opérationnelle ces engagements prioritaires et les chantiers ouverts.

Au plan strictement formel, on remarquera que le plan Ma Santé 2022 ne prendra pas, contrairement aux réformes précédentes, la forme d'un texte unique décliné en dispositions réglementaires.

L'objectif est d'utiliser des vecteurs juridiques différents qui permettent une mise en musique de la réforme progressive et adaptée en termes de calendrier.

Le plan s'appuie ainsi, de façon concomitante sur :

- Des dispositifs relevant de réformes antérieures, et ayant fait l'objet d'un déploiement réglementaire récent (c'est le cas du dispositif des infirmiers de pratique avancée, créé par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016) ;
- Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), notamment la LFSS 2019, qui contient les premières mesures relatives à la réforme du financement ;
- La récente loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé ;
- Des dispositions à venir, par voie réglementaire et de nombreuses ordonnances...

¹<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

Sans oublier, d'ailleurs, que certaines mesures annoncées ne trouvent pour l'heure de traduction dans aucun de ces vecteurs juridiques propres au secteur sanitaire. Les objectifs liés au dialogue social hospitalier, ou à l'évolution de certaines dispositions statutaires pour les personnels hospitaliers trouveront en effet leur traduction dans d'autres réformes, telles que celle de la fonction publique.

3. ET EN PRATIQUE ?

Du point de vue des établissements de santé, et à la lecture du plan, quelques traits saillants se dégagent pour caractériser cette réforme :

■ **Le décloisonnement tout d'abord.**

Si la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), affichait déjà en 2009 cet objectif de décloisonnement des secteurs hospitalier, médico-social et de la médecine de ville, la mise en œuvre de cette ambition s'est révélée plutôt décevante, et en tout cas centrée sur une approche plutôt structurelle, en particulier à travers la mise en place des agences régionales de santé (ARS). Décloisonnement sur le papier, donc, mais pas toujours suivi d'effets...

Le plan Ma Santé 2022 ambitionne clairement de traduire concrètement cette notion en adoptant des mesures transversales, opposables aussi bien aux acteurs hospitaliers, qu'à ceux du secteur médico-social ou à ceux des soins de premiers recours.

C'est le cas de la construction des parcours patient, du développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), du volet numérique ou de la réforme du financement, mesures qui ont vocation à concerner, si ce n'est à s'appliquer, à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire, et propices donc à développer les synergies entre ces opérateurs.

Des mesures opérationnelles donc, qui, si elles sont effectivement adoptées et mises en œuvre, pourraient avoir un impact notable sur l'amélioration de la coordination des interventions des acteurs de santé au service du parcours du patient.

■ **Une certaine forme d'« hospitalo-décentrisme » ensuite.**

Il avait été beaucoup reproché aux précédentes réformes de cibler l'essentiel de leurs mesures sur les établissements de santé, en particulier les hôpitaux publics.

Certes, certaines orientations du plan Ma Santé 2022 visent spécifiquement les hôpitaux publics, telles que celles relatives à la réforme du statut des médecins hospitaliers (Praticiens hospitaliers – PH – et contractuels), ou la poursuite de la structuration des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Mais la réforme dans sa globalité s'attache clairement à valoriser et soutenir le développement de l'offre de soins de premier recours.

La question pour les hospitaliers n'est donc pas tant de savoir ce qui, dans la réforme, leur est opposable, mais clairement, quelle place peuvent-ils y trouver et quelle contribution peuvent-ils apporter à un dispositif en pleine évolution.

Le sujet n'est certes pas nouveau. Le virage ambulatoire, l'évolution de l'offre sanitaire sont à l'ordre du jour depuis plusieurs années maintenant. Toutefois, cette restructuration pourrait prendre une nouvelle dimension, l'hôpital étant appelé à repenser sa place dans le dispositif, notamment s'agissant de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, et à se recentrer sur ses missions principales.

Ici encore, la réforme de l'ensemble des conditions techniques et d'implantation des activités de soins soumises à autorisation devrait avoir un impact fort sur l'organisation des établissements de santé.

■ **Un recentrage sur le patient, aussi...**

C'est un véritable changement de paradigme que la réforme propose ainsi : raisonner, non plus du point de vue des offreurs de services de santé, mais bien davantage de celui des besoins de santé de la population, et du patient lui-même.

C'est invariablement, avouons-le, un vœu pieux de chaque réforme de santé. On soulignera toutefois ici le caractère novateur de certaines mesures, qui ouvrent des voies juridiques et organisationnelles jusqu'ici inexplorées.

LE PLAN MA SANTÉ 2022

Ce sera le cas, par exemple, avec ces mesures qui concernent la prise en charge des pathologies chroniques, la qualité et la pertinence des soins, le développement de l'expérience patient, et la reconnaissance du statut de patient expert ...

■ Une approche rénovée de l'exercice professionnel en santé, enfin !

Le plan Ma santé 2022 ouvre plusieurs chantiers concernant l'exercice des professions dans le domaine de la santé.

En réformant les études médicales tout d'abord. Fin du numérus clausus, de la PACES, réforme de l'internat... La formation des futurs médecins est revue, tout comme la carrière à venir de ceux exerçant à l'hôpital. Plusieurs mesures impactent également les professionnels paramédicaux, sans que l'on ait, pour l'heure, beaucoup plus de précisions.

Et puis, de nouveaux métiers émergent. Infirmiers de pratique avancée, assistants médicaux en déploiement dans les cabinets de médecine de ville... c'est toujours une approche de l'exercice professionnel en santé qui est rénovée, pour adapter les modalités d'intervention des acteurs, et répondre aux enjeux d'un système de santé plus agile et plus proche du patient.

En bref...

- Un plan qui inclut des mesures opérationnelles en faveur du décloisonnement des secteurs hospitalier, médico-social et de la médecine de ville ;
- Une réforme hospitalo-décentralisée dans laquelle l'hôpital doit trouver sa place en développant sa liaison avec le secteur des soins de premier recours notamment ;
- Un rôle renforcé pour le patient dans les process de prise en charge ;
- Des mesures fortes concernant la formation et l'exercice des professionnels, et l'apparition de nouveaux métiers.

MA SANTÉ 2022 : SI ON EN PARLAIT ?
Mettre œuvre la réforme de santé (Réf. 1441)

À Paris les :

- 20 septembre 2019
- 7 novembre 2019
- 19 mars 2020
- 4 juin 2020
- 15 sept. 2020



Bénédicte Ambry

☎ 01 41 17 15 65

✉ benedicte.ambry@cneh.fr

LA CONSTRUCTION DE PARCOURS PATIENT

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Articles 18, 22 et 45 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**
- **Article 38 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019**
- **Articles L. 1111-13, L. 1411-11-1 et L. 1434-10-III du code de la santé publique**
- **Article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale**

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

La notion de parcours patient est omniprésente dans le plan Ma Santé 2022. Si elle n'est pas nouvelle, elle prend une ampleur inédite dans les textes.

Le dossier de presse de la réforme avait annoncé ce changement : « Pour favoriser la qualité, Ma Santé 2022 propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins visant à limiter, tout au long de la prise en charge, les actes redondants ou les pratiques non pertinentes ».

Et d'annoncer l'intégration de la notion de parcours dans toute une série de mesures :

- La formalisation de « guides de prise en charge pour les maladies chroniques dont les professionnels seront à la fois les concepteurs, les promoteurs et les utilisateurs au profit des patients ». L'objectif est à court terme de construire des parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose, et d'élargir rapidement la démarche aux principales pathologies chroniques;
- La mesure d'indicateurs d'efficacité clinique sur dix parcours patient présentant le plus d'enjeux en termes de santé publique, notamment en matière de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), obésité, maladie coronaire stable, Parkinson, accident vasculaire cérébral (AVC), épilepsie;
- En soins de premier recours, la création d'un nouveau métier d'assistant médical, chargé d'assurer des missions d'assistance des médecins et d'aide au parcours des patients.

La dimension la plus visible de cette reconnaissance légale de la notion de parcours patient concerne le financement des activités de santé. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (LFSS 2019)¹ introduit ainsi, en son article 38, un « financement au parcours » (article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale-CSS) :

« Afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 (tarifs de prestations) peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1, à une rémunération forfaitaire. »

La notion de « dépenses relatives au parcours » apparaît également pour la prise en charge des enfants présentant un trouble du neuro-développement (article 62 de la LFSS 2019, article L. 2135-1 du CSP, article L. 174-17 du CSS).

¹Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019

LA CONSTRUCTION DE PARCOURS PATIENT

On retiendra également les dispositions suivantes de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé :

- Article 8 de la loi (article L. 1411-11-1 du CSP) : « L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé ».

- Article 22 de la loi (article L. 1434-10-III du CSP) : ce texte dispose que « le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé. Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, sur tout le territoire ».

- Article 45 de la loi (article L. 1111-13 du CSP) : « Afin de promouvoir le rôle de chaque personne, tout au long de sa vie, dans la protection et l'amélioration de sa santé, un espace numérique de santé est mis à sa disposition, dans un domaine sécurisé, lui permettant de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, favorisant ainsi la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ».

3. ET EN PRATIQUE ?

Si le concept de parcours patient n'est pas révolutionnaire, force est de constater que la loi lui reconnaît aujourd'hui une véritable place dans le dispositif de l'offre de soins. Ce n'est pas qu'un changement sémantique. Avec la reconnaissance légale de la notion de parcours, le système de santé quitte une approche centrée essentiellement sur l'offre de soins, en raisonnant structurellement à partir des disciplines médicales.

L'enjeu est alors d'identifier, de façon décloisonnée, la contribution de chaque acteur de santé, du sanitaire au secteur des soins de premier recours, en passant par le champ médico-social, en fonction des besoins d'une catégorie de patients atteints de la même pathologie.

Pour autant, la loi ne définit pas dans son contenu la notion de parcours patient.

Plus encore, la loi jongle avec des notions voisines qui relèvent d'autant de périmètres différents :

- Le parcours de soins, largement évoqué par le code de la santé publique et repris dans les mesures précédemment décrites ;
- Le parcours de santé, qui « vise, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » (article L. 1411-1 du CSP) ;
- Le parcours de vie, qui fait référence à la dimension de l'accompagnement global reposant sur l'examen de la situation de la personne dans son ensemble, au cours d'une évaluation personnalisée: projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources ... ;
- La filière de soins, identifiée dans le cadre des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dans une approche quasi-exclusivement hospitalière.

LA CONSTRUCTION DE PARCOURS PATIENT



Source : *Lexique des parcours de A à Z, ARS, 2016*

Toujours pas de définition légale ou réglementaire donc, mais un caractère désormais opposable de la notion de parcours au plan juridique.

L'objectif étant que les acteurs de santé soient à présent tenus, non seulement d'une obligation de compétence clinique propre, mais aussi d'un devoir de coordination réciproque de leurs interventions. Sur le plan de la responsabilité, le changement est notable. Les opérateurs, qu'ils soient institutions de soins, ou acteurs libéraux, n'ont plus seulement à garantir la qualité de leurs interventions respectives. Ils doivent également être en mesure d'établir qu'ils ont intégré cette intervention dans un parcours au sein duquel ils ont établi des connexions avec les structures d'amont et d'aval : transmission d'informations, respect de protocoles s'appliquant à tous ... Bien entendu, la définition de ces parcours devrait s'appuyer sur des normes qui, à défaut d'être de nature législative ou réglementaire, disposeront d'une portée juridique forte.

La « production » par la Haute Autorité de Santé (HAS) de prescriptions sur le plan de la pratique clinique, avait déjà été reconnue par le juge comme opposable aux professionnels de santé. Le juge avait tiré les conséquences de cette place particulière qu'occupent les recommandations de la HAS (anciennement Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé) : « Peut être regardée comme un soin fondé sur les données acquises de la science, au sens de l'article 32 du code de déontologie médicale, une mesure de prévention, telle qu'elle résulte notamment des recommandations de bonnes pratiques élaborées par (...) l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Est ainsi susceptible de fonder légalement une sanction prononcée à l'encontre d'un médecin le défaut de prescription du dépistage systématique du cancer du col utérin chez ses patientes âgées de 25 à 65 ans et de renouvellement tous les trois ans de cet examen » (CE, 12 janvier 2005, n° 256001). Le Conseil d'Etat a pu réitérer sa position en considérant que « les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute autorité de santé (HAS) sur la base des articles L. 161-37 et R. 161-72 du code de la sécurité sociale (...) doivent être regardées comme des décisions faisant grief susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir » (CE, 27 avril 2011, n°334396, FORMINDEP).

La « production » de prescriptions en matière de construction de parcours patient, notamment par la HAS, intègre désormais le champ normatif sur un volet également organisationnel, et donc structurant pour la coordination des activités de soins.

4. TEXTES À VENIR

- Dispositions réglementaires relatives au financement au parcours
- Guides de prise en charge pour les parcours patient relatifs à l'ostéoporose et à l'insuffisance cardiaque
- Dispositions réglementaires relatives à la mesure d'indicateurs d'efficacité clinique sur dix parcours patient

²https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexiquevf.pdf

LA CONSTRUCTION DE PARCOURS PATIENT

5. À RETENIR

- La notion de parcours patient fonde plusieurs mesures structurantes du plan Ma Santé 2022, dont le financement au parcours de soins, et la mise en place de guides de prise en charge ;
- Sur le plan juridique, la notion n'est toujours pas définie par les textes. Elle fait d'ailleurs appel à d'autres concepts : parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, filière de soins... ;
- L'édiction de prescriptions relatives à la construction de parcours patient devrait néanmoins être opposable aux acteurs de santé, toutes catégories confondues.



MANAGEMENT DES PARCOURS
PATIENT (Réf.2031)



LES ACTIONS SUR LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Article 65 loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Article L.162-23-15 du code de la sécurité sociale*
- *Article R.162-36-1 du code de la sécurité sociale*
- *Article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale*
- *Arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale*
- *Arrêté du 18 juin 2019 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L.162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

La qualité et la pertinence des soins sont au nombre des chantiers prioritaires du plan Ma Santé 2022. Ce chantier transversal suppose la mobilisation de tous les acteurs du système de santé notamment la Haute Autorité de Santé (HAS), les agences régionales de santé (ARS), l'assurance maladie, les établissements de santé, les professionnels et les usagers.

En parallèle, plusieurs mesures sont adoptées ou en cours d'élaboration :

- L'augmentation significative du montant consacré au financement à la qualité pour les établissements assurant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD). Cette part du financement lié à la qualité devrait dépasser le milliard d'euros d'ici 2022. La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a posé les premières pierres à l'édifice introduisant une modification des modalités du financement à la qualité, actuellement en cours de réflexion au sein de la task force dirigée par Jean Marc Aubert.

Outre le montant conséquent de l'enveloppe de financement lié à la qualité annoncée, on notera une reformulation de la disposition du code de la sécurité sociale qui y est relative. Ainsi :

- Les établissements de santé exerçant les activités de MCO, SSR et psychiatrie bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients. Le décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est venu préciser les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins dont le respect par les établissements peut ouvrir droit à la dotation complémentaire :
 - Qualité des prises en charge perçue par les patients,
 - Qualité des prises en charge cliniques,
 - Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins,
 - Qualité de la coordination des prises en charge,
 - Performance de l'organisation des soins,
 - Qualité de vie au travail,
 - Démarche de certification.
- Surtout, la loi introduit un mécanisme de pénalité financière, pour les établissements qui n'atteindraient pas, pendant trois années consécutives, un seuil minimal pour un même indicateur. Cette pénalité, prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé (DG ARS), fait l'objet d'une procédure légale et réglementaire, et s'accompagne de l'obligation pour l'établissement de présenter un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La mesure devrait entrer en vigueur en 2020.
- La mesure systématique d'indicateurs de qualité des parcours sur les 10 parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge sur ces parcours ; les dispositions réglementaires sont attendues sur ce point.
- L'extension et la systématisation de la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge pour assurer une prise en charge adaptée aux conditions médicales et sociales du patient; les dispositions réglementaires sont attendues sur ce point.

LES ACTIONS SUR LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

- L'élaboration de guides/référentiels de parcours, répondant à l'exigence de pertinence, co-construits et validés par les professionnels de santé : pour l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose, puis pour d'autres pathologies chroniques.
- L'introduction de nouvelles dispositions pour améliorer la pertinence des soins en établissement de santé. Notamment, la LFSS pour 2019 prévoit en son article 40 :
 - L'intégration dans le dispositif obligatoire d'évaluation d'une autorisation d'activité de soins de la conformité aux référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé (article L. 6122-5 du code de la santé publique) ;
 - L'insertion dans le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, d'une identification des écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
 - La possibilité désormais coercitive pour l'ARS, lorsqu'elle constate, conjointement avec l'assurance-maladie, que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'Etat ou en application du plan d'actions régional susmentionné, de saisir l'établissement concerné et de lui enjoindre d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

La loi de transformation du système de santé prévoit en outre la désignation d'inspecteurs par le DG ARS afin de contrôler le recueil des indicateurs qualité et sécurité des soins. Peuvent être désignés comme inspecteurs : des médecins conseils ou des pharmaciens conseils des organismes d'assurance maladie ainsi que des médecins experts de la HAS.

3. ET EN PRATIQUE ?

À l'instar de la notion de parcours de soins, présente à travers de nombreuses mesures du plan, la qualité et la pertinence des soins irriguent l'ensemble du dispositif Ma Santé 2022. Les actions sur la qualité et la pertinence des soins se décomposent en trois axes principaux.

La mesure concrète de la qualité de la prise en charge qui se traduit par le développement des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La HAS met en œuvre depuis 2008 au niveau national des indicateurs (IQSS) permettant de mesurer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. Ces indicateurs mesurent la bonne mise en œuvre des processus en termes de sécurité des patients, continuité de la prise en charge, conformité aux recommandations de bonne pratique mais également le résultat des soins dispensés au patient : bénéfice pour sa santé et satisfaction.

Dans le cadre des concertations menées au niveau national, le chantier « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques » a donné lieu à l'élaboration, en octobre 2018, d'un rapport permettant de mieux comprendre la démarche engagée, en lien étroit avec les travaux de la HAS notamment. Trois axes sont ainsi développés :

- Elaborer des indicateurs de qualité des parcours de soins pour 10 pathologies chroniques et renforcer la confiance des usagers en mesurant systématiquement leur satisfaction au décours d'une prise en charge.
La démarche débutera avec 5 pathologies chroniques : bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), obésité, maladie coronarienne stable, insuffisance rénale chronique et maladie de Parkinson. Le mesure de la qualité sur ces pathologies doit en particulier permettre d'évaluer :
 - La précocité du diagnostic,
 - L'annonce, l'information et l'implication du patient,
 - La prévention secondaire,
 - La coordination et la multidisciplinarité,
 - L'aggravation de la maladie,
 - Le suivi au long cours.

LES ACTIONS SUR LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

- Rendre accessible aux usagers l'information sur la qualité et la sécurité des soins. La mise en œuvre de cet objectif passe par :
 - Le déploiement d'un service interactif d'orientation et d'évaluation de son parcours de soins,
 - Le développement et la diffusion des indicateurs de résultats des parcours de soins rapportés par les patients.
- Promouvoir la pertinence des soins comme élément central de la qualité et de la sécurité par la mise en place d'une démarche ad hoc.

L'octroi d'une place prépondérante accordée à l'évaluation de la satisfaction du patient notamment avec le déploiement d'outils numériques à sa destination

Le questionnaire E-satis constitue aujourd'hui la face émergée de l'iceberg. Mais le déploiement de l'outil est encore insuffisant. Là encore, le rapport remis en 2018 préconise :

- D'améliorer la participation des établissements et patients au dispositif existant de mesure de la satisfaction ;
- De mieux inciter les patients à répondre, en les informant et sollicitant davantage et en leur proposant des retours plus concrets sur cette évaluation ;
- De renforcer la mobilisation des établissements et des professionnels autour du dispositif.

L'incitation financière à cette démarche au travers de l'augmentation de la dotation destinée au financement à la qualité

Le lien entre les résultats de ces indicateurs et l'incitation financière à la qualité est renforcé. Ces derniers font partie intégrante de l'extension de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité qui devient avec la LFSS pour 2019, un levier financier considérable pour les établissements et les professionnels de santé :

« La prise en compte explicite de la qualité et de la pertinence des prises en charge dans les modèles de financement est nécessaire pour s'assurer que les prises en charge soient centrées sur les résultats apportés aux patients. » Rapport Aubert

La réforme de notre système de santé a entendu allier à l'amélioration de la qualité et la pertinence des soins une refonte du mode de financement du système de santé, dans laquelle s'inscrit l'augmentation des sommes allouées au financement à la qualité. Le financement à la qualité et à la pertinence des soins entend jouer le rôle de garde-fou en veillant à ce que la quête de productivité des établissements et des professionnels de santé, ne s'opère pas au détriment de la qualité des prises en charge.

La mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour la médecine de ville et l'IFAQ pour les hospitaliers avaient déjà marqué cette volonté de conjuguer financement et qualité. Considéré comme trop peu incitatif, le dispositif a été renforcé. S'agissant des établissements de santé, l'IFAQ a été étendu par la LFSS 2019 passant de 60 à 300 millions d'euros. Ce mode de financement a vocation à atteindre 1 milliard d'euros d'ici 2022. Les établissements MCO, psychiatrie et SSR bénéficient à ce titre d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent les résultats évalués à l'aide des indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des soins.

Quant à l'introduction d'une pénalité financière pour les établissements, elle marque l'originalité du dispositif. Il faut attendre sa mise en place effective pour 2020. On peut néanmoins se demander si les ARS se saisiront de cette prérogative peu ancrée dans la culture par ailleurs souvent coercitive des agences. Par le passé, des mécanismes similaires avaient été instaurés en cas de non respect des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), et pourtant peu ou pas appliqués dans la pratique par les ARS.

LES ACTIONS SUR LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

5. À RETENIR

- Le plan Ma santé 2022 fait de la qualité et la pertinence des soins un axe fort de la réforme ;
- De nouveaux indicateurs de qualité et de pertinence des soins sont en cours de développement par la HAS associant à la fois données cliniques et retour patient ;
- Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont pris en compte dans la certification des établissements et le financement à la qualité qui devient aux cotés de la T2A un financement à part entière.



Découvrez notre formation

ÉVALUER LA PERTINENCE DES SOINS (Réf. 1379)

sur WWW.CNEH.FR



LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Article 22 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Article L. 1434-10 du code de la santé publique*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma Santé 2022 a annoncé la définition de projets de santé de territoire partout en France pour rassembler le secteur des soins de ville, l'hôpital, le secteur médico-social et l'hospitalisation à domicile autour d'un objectif commun de prise en charge efficiente de la santé de la population sur un territoire¹.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé crée ainsi le projet territorial de santé (PTS) qui concrétise cet objectif de découplage entre les soins de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social. Il s'agit de développer les démarches de coordination entre les acteurs et d'en garantir la cohérence. Notons que le ministère de la santé recommande fortement l'élaboration des PTS, sans pour autant la rendre obligatoire². L'article L.1434-10 du code de la santé publique, relatif au conseil territorial de santé, et plus précisément le paragraphe relatif au diagnostic territorial partagé, est complété pour intégrer le PTS.

3. ET EN PRATIQUE ?

■ Les acteurs

Le projet territorial de santé est élaboré par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Les hôpitaux des armées peuvent y participer après autorisation du ministre de la défense.

■ Le contenu du projet territorial de santé (PTS)

Le PTS tient compte des projets des acteurs du territoire :

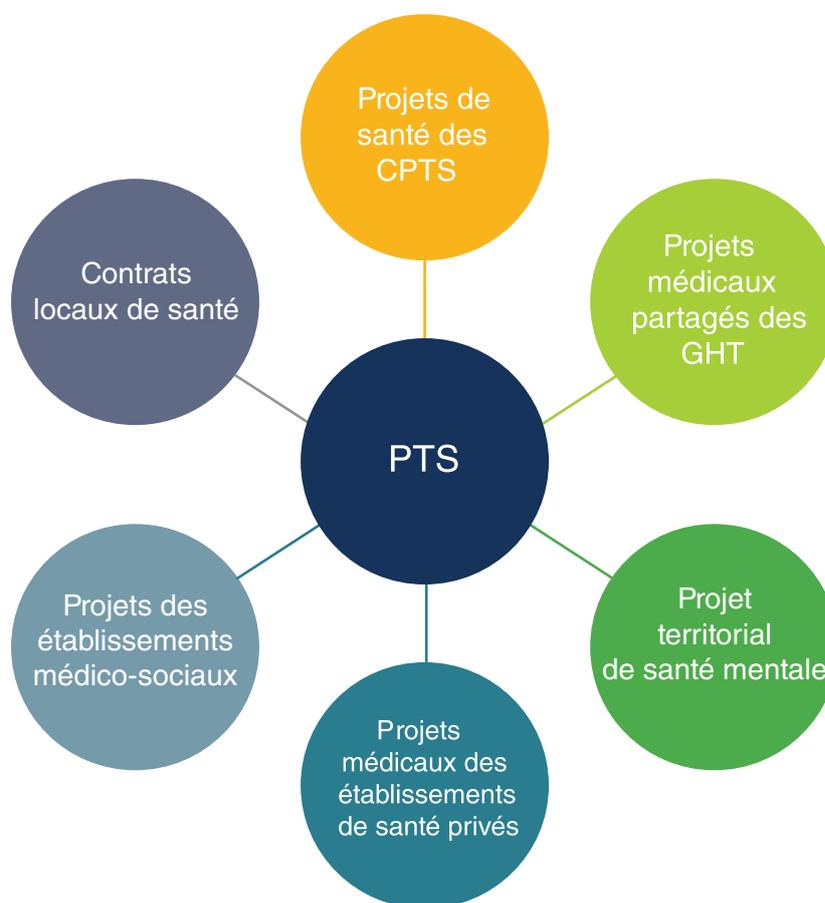
- des projets de santé des CPTS,
- du projet médical partagé du ou des GHT,
- du projet territorial de santé mentale (cf. focus),
- des projets médicaux des établissements de santé privés,
- des projets d'établissements et services médico-sociaux,
- des contrats locaux.

¹MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF, dossier de presse, 18 septembre 2018, p.29

²Étude d'impact du Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, NOR : SSAX1900401L/Bleue-2, 13 février 2019, p.62

LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ

Contenu du projet territorial de santé (PTS) :



■ Le PTS décrit les modalités d'amélioration :

- ◆ de l'accès aux soins,
- ◆ de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés du territoire,
- ◆ et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire.

Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Le PTS prévoit une amélioration de l'accès aux soins pour toute la population, mais doit prendre en compte plus particulièrement certaines catégories de personnes : personnes en situation de précarité confrontées à des inégalités de santé, personnes en situation de handicap et personnes à mobilité réduite.

Focus sur le projet territorial de santé mentale (PTSM)

Créé par l'article 67 de la loi de santé du 26 janvier 2016, le projet territorial de santé mentale (PTSM) a pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. A cette fin, il favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, de la prévention à la réinsertion sociale en passant par le repérage précoce des troubles et l'accès à des soins somatiques adaptés.

Le PTSM organise également la coordination territoriale des acteurs de la santé mentale en la déclinant en parcours de proximité pour garantir l'accès de la population à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. Il s'appuie alors sur les communautés psychiatriques de territoire si elles existent, sur le projet médical partagé du ou des GHT et sur les projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

Le PTSM est élaboré par les acteurs du territoire, tous secteurs confondus, à partir d'un diagnostic territorial de santé mentale partagé. Il est transmis au directeur général de l'ARS qui l'arrête et le publie. La première version doit être remise à l'ARS avant le 28 juillet 2020. A défaut, l'agence prendra l'initiative d'élaborer et d'arrêter le PTSM.

Enfin, un contrat territorial de santé mentale, conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire dans les six mois suivant la publication du PTSM³, formalise le plan d'actions pour mettre en œuvre ce dernier.

■ **La définition du territoire**

Le PTS définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre de l'organisation des parcours de santé par ses acteurs. La loi ne précise pas les règles de détermination de ce nouveau territoire, distinct juridiquement à la fois du territoire de démocratie sanitaire défini à l'article L.1434-9 CSP et du territoire du GHT (dans la mesure où un PTS peut couvrir plusieurs GHT). Il pourrait correspondre à un nouveau découpage géographique.

À noter : le territoire suffisant du projet territorial de santé mentale (PTSM) est défini par le ministère de la santé dans l'instruction du 5 juin 2018 comme pouvant recouvrir, selon les situations :

- le niveau départemental,
- le territoire de démocratie sanitaire, s'il est différent du niveau départemental,
- le niveau de l'agglomération ou de la métropole, quand il existe.

Le ministère précise que le territoire est défini de manière consensuelle entre les différentes catégories d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

■ **La procédure d'élaboration du PTS**

Le PTS est initié par au moins une CPTS et un établissement ou service de santé, social ou médico-social, avec le concours éventuel de l'union régionale des professionnels de santé (URPS). Il est élaboré sur la base du diagnostic territorial partagé, réalisé en partie par le conseil territorial de santé.

Le PTS est ensuite soumis à l'avis du conseil territorial de santé, puis transmis au directeur général de l'ARS.

Ce dernier peut s'y opposer dans les 2 mois au regard des objectifs du projet régional de santé et de la pertinence du territoire défini.

³Le délai de 6 mois n'est pas prévu par les textes mais recommandé par l'instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ

■ **L'évaluation du PTS**

Le PTS fait l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé, dont la composition a été élargie aux députés et sénateurs du territoire.

La procédure d'évaluation du PTS devrait néanmoins être clarifiée puisque la loi prévoit également qu'un décret précise les modalités d'évaluation par les associations agréées et les collectivités territoriales dont on ne sait pas bien si elles s'intègrent aux missions du conseil territorial de santé ou non.

4. TEXTES À VENIR

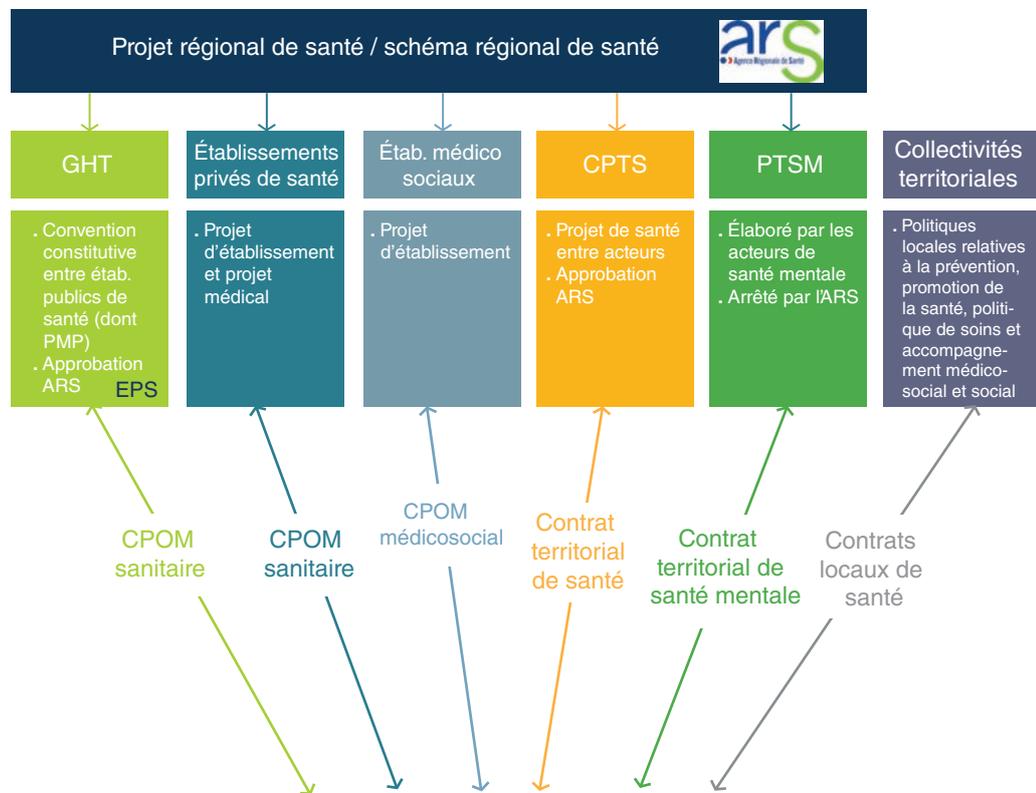
- Décret relatif à la participation des associations agréées et des collectivités territoriales à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet territorial de santé
- Aucun autre décret d'application n'est prévu expressément par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Pour autant, les dispositions relatives aux projets territoriaux de santé mériteraient des précisions réglementaires.

5. À RETENIR

- Le PTS tient compte des projets de l'ensemble des acteurs du territoire (CPTS, GHT, établissements de santé privés, établissements et services médico-sociaux, contrats locaux, PTSM). Il décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé ;
- Le PTS est initié par au moins une CPTS et un établissement ou service de santé, social ou médico-social, sur la base du diagnostic territorial partagé et avec le concours éventuel de l'URPS ;
- Le territoire est défini de manière consensuelle entre les différentes catégories d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé et pourrait correspondre à un nouveau découpage géographique ;
- Le PTS fait l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé, dont la composition a été élargie aux députés et sénateurs du territoire.

LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ

Le projet territorial de santé, un document pour décroisser une organisation en silos et coordonner les acteurs entre eux :



Projet territorial de santé

- . Au moins 1 CPTS et 1 établissement
- . Approbation ARS



LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Article 22 et 64 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Article L. 1434-10 du code de la santé publique
- Article L. 1434-12 du code de la santé publique
- Article L. 1434-13 du code de la santé publique
- Article L. 4311-1 du code de la santé publique
- Article L. 5125-1-1-A du code de la santé publique
- Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma Santé 2022 a annoncé la création de 1000 CPTS qui existent dans notre dispositif légal depuis 2016. L'objectif est de permettre un réel déploiement sur le territoire national grâce à un cadre conventionnel incitatif, un soutien financier pérenne et des politiques d'accompagnement cohérentes.

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 avait déjà prévu que des accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins des CPTS (article L. 162-14-1 du CSS).

On retrouve les CPTS à plusieurs reprises dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé :

- Les CPTS contribuent, avec d'autres acteurs, à l'établissement de projets territoriaux de santé, à l'issue du diagnostic territorial partagé. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une CPTS dont le projet de santé a été approuvé et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social. Ce projet territorial de santé tient compte des projets de santé des CPTS autant que du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire, du projet territorial de santé mentale, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé ;
- La loi fait également le lien entre les projets de santé des CPTS et les contrats locaux de santé, et les contrats territoriaux de santé conclus par les ARS, lorsqu'ils existent ;
- Les projets de santé élaborés par les CPTS seront pris en compte par les hôpitaux de proximité pour la mise en œuvre des missions de ces derniers, qui devront initier des coopérations avec les acteurs de santé de premier recours.

L'exercice en CPTS ouvre également des prérogatives supplémentaires aux professionnels de santé. Ainsi :

- Dans le cadre d'un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné en CPTS notamment, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie pour certains traitements figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé (article L. 4311-1 du CSP).
- Les pharmaciens d'officine peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné via une CPTS. Ils peuvent également, toujours dans ce cadre, délivrer des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé, et sur la base de protocoles définis par celle-ci (article L. 5125-1-1-A du CSP).

À noter : Les CPTS qui, à la date de publication de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, avaient transmis leur projet de santé et conclu un contrat territorial de santé, sont réputées disposer d'un projet de santé approuvé, sauf opposition de leur part signalée à l'ARS dans un délai de 6 mois à compter de la date de publication de la loi.

LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

3. ET EN PRATIQUE ?

Créées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 et reconnues à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, les CPTS devraient donc connaître un nouvel essor avec le plan Ma Santé 2022. Ces CPTS sont un mode d'organisation territoriale de la santé et un espace de coordination des professionnels de santé. Elles répondent ainsi aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'une population sur un territoire donné.

■ Les missions des CPTS

Les compétences des CPTS s'exercent sur les champs relatifs à la continuité et à la permanence des soins ainsi qu'à l'organisation des soins non programmés.

Les CPTS se verront confier 6 missions prioritaires :

- La réalisation d'actions de prévention,
- La garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire,
- La réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée, en cas de nécessité,
- L'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés,
- La sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie de l'hôpital après une hospitalisation,
- Le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques.



¹MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF, dossier de presse, 18 septembre 2018, p. 22

LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

Par ailleurs, les CPTS sont garantes de l'exercice et de l'expression de la démocratie sanitaire sur le territoire, en lien avec les élus locaux et les représentants d'usagers.

■ **La création des CPTS**

Une disposition du projet de loi, supprimée depuis, prévoyait qu'à défaut d'initiative des professionnels, l'ARS prendrait les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS: cette disposition apparaissait contraire à l'esprit de ces CPTS, qui doivent émerger d'une volonté des acteurs de terrain.

Ainsi, les porteurs de projet de CPTS cherchent en première intention à résoudre un problème opérationnel (démographie médicale, sujet de santé publique, lien ville-hôpital ou organisation des soins non programmés notamment²). Ils étendent généralement ensuite leur perspective par une approche populationnelle, et s'attachent à élargir le champ thématique et le nombre de professionnels mobilisables autour du projet. Ils développent des outils « à leur main » et s'appuient sur les ressources existant par ailleurs, selon des organisations juridiques ou administratives légères.

■ **Le statut juridique des CPTS**

Les CPTS sont un label, il faut donc trouver les bons outils! La loi n'impose aucune forme juridique particulière. L'ensemble des projets de CPTS examinés par la mission IGAS est constitué sous forme associative. L'organisation associative est privilégiée en raison de sa simplicité. Elle permet en effet d'associer un grand nombre d'acteurs (publics et privés), selon une gouvernance très souple³.

■ **Les membres des CPTS**

La CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Les établissements de santé, publics et privés peuvent donc être membres d'une CPTS. C'est bien la participation des acteurs essentiels à la CPTS qui en garantira la crédibilité.

■ **Le projet de santé**

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'ARS. Les CPTS auront un rôle essentiel sur le territoire. Ainsi, l'article 22 de la loi prévoit que «le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'élaboration de projets territoriaux de santé, élaborés par des CPTS [...] ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions». Le projet territorial de santé, dont l'élaboration est initiée par au moins une CPTS, devra également prendre en compte les projets de santé des CPTS.

■ **Le financement des CPTS**

Les CPTS vont désormais bénéficier d'un financement pérenne, dans un cadre conventionnel, et tous les professionnels de santé libéraux vont être incités à s'inscrire dans une responsabilité territoriale. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a inclus dans son article 42 (article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) les CPTS et la nouvelle fonction d'assistant médical dans le champ conventionnel. Des financements seront ainsi prioritaires vers les professionnels exerçant collectivement (un accord conventionnel interprofessionnel fixant le cadre et le financement des CPTS a été conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales le 20 juin 2019).

■ **Les conséquences sur le terrain pour les hôpitaux**

Membre d'une CPTS ou partenaire, cela reste à déterminer, en fonction des enjeux locaux notamment. Mais il ne faut pas sous-estimer leur potentiel : les CPTS constitueront un interlocuteur unique et institutionnel dans les soins de premier recours de l'hôpital pour le développement des filières. L'identification des acteurs peut en être facilitée pour les professionnels hospitaliers.

Les organisations soignantes peuvent y gagner : préparation de la sortie et du retour à domicile, protocoles communs, permanence des soins... Sans compter une possible mutualisation des moyens (partage de locaux, d'équipements, d'expertises), dont les acteurs pourront tirer profit.

En tout état de cause, une meilleure articulation des interventions des CPTS, des établissements de santé et des acteurs médico-sociaux semble indispensable pour assurer la qualité et la sécurité des soins partout sur le territoire.

²Rapport IGAS, « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS », août 2018, p. 32

³Rapport IGAS, « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS », août 2018, p. 33

LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

Point de vigilance : Il serait dommage que les établissements de santé se désintéressent de ce qui s'annonce comme une petite révolution des soins de ville. A minima, qu'ils en soient les spectateurs attentifs !

4. TEXTES À VENIR

- Ordonnance relative au développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles territoriales de santé

5. À RETENIR

- Le plan Ma santé 2022 promeut le développement des CPTS, créées en 2016 ;
- Les CPTS contribueront à l'élaboration des projets territoriaux de santé, et entreront en ligne compte dans divers dispositifs, notamment les contrats locaux et territoriaux de santé, et la mise en œuvre par les hôpitaux de proximité de leurs missions ;
- L'exercice en CPTS peut également ouvrir des prérogatives nouvelles pour certains professionnels de santé de premier recours.

Les « ingrédients » d'une CPTS :



ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES, CPTS & CO
Les clefs pour s'y retrouver et prendre sa place (Réf. 1491)

À Paris les :
- 4 et 5 novembre 2019
- 30, 31 janvier 2020
- 28, 29 septembre 2020



Bénédicte Ambry

☎ 01 41 17 15 65

✉ benedicte.ambry@cneh.fr



LES AUTRES MESURES CONCERNANT LES SOINS DE PREMIER RECOURS : ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS, GÉNÉRALISTES À EXERCICE MIXTE, ASSISTANTS MÉDICAUX

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Articles 18, 33 et 67 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Article 42 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019*
- *Article L. 1411-11 du code de la santé publique*
- *Article L. 1411-11-1 du code de la santé publique*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé s'attache à développer un collectif de soins au service des patients, entre professionnels et secteur ambulatoire, médico-social ou hospitalier, et à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires. C'est l'objet de son titre II.

Pour favoriser l'installation de médecins dans les territoires qui en ont le plus besoin, lutter contre les « déserts médicaux » et redonner du temps aux médecins pour soigner, plusieurs mesures « phares » ont été annoncées dans le cadre du plan Ma santé 2022 :

- Afin de promouvoir les soins de proximité et améliorer l'organisation des parcours des patients, la loi de santé du 26 janvier 2016, avait notamment créé les équipes de soins primaires (article L. 1411-11-1 du code de la santé publique). Cet article est modifié par l'article 18 de la nouvelle loi qui vise à compléter le dispositif de structuration des parcours de santé au niveau des territoires par la création d'équipes de soins spécialisés. Ces équipes de soins spécialisés, sur le modèle des équipes de soins primaires, ont vocation à regrouper des médecins spécialistes hors médecine générale et assurer leurs activités de façon coordonnée avec les différents acteurs du territoire en incluant les professionnels des soins primaires.
- Afin de libérer du temps médical aux médecins, le plan s'appuie sur des nouveaux métiers, comme les assistants médicaux qui pourront assurer un certain nombre de missions à la place des médecins. Il est ainsi prévu un soutien financier au développement des assistants médicaux auprès de médecins libéraux à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation de la patientèle, réduction des délais de RDV...). Dès cette année, les médecins pourront s'appuyer sur ces assistants médicaux (dont le salaire sera partiellement pris en charge par l'assurance maladie) dans leurs tâches quotidiennes afin d'optimiser leur temps de consultation et donc de prendre en charge davantage de patients dans de meilleures conditions. L'article 67 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé vise à sécuriser l'exercice des gestes soignants par les assistants médicaux.
- En outre, le plan Ma santé 2022 vise à faire émerger dans chaque territoire un projet de santé répondant aux besoins territoriaux de santé. L'objectif de la constitution de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé à horizon 2022 participe de cette ambition, tout comme la création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital. Les déserts médicaux occupent 18 % du territoire et 9 % des Français n'ont pas de médecin traitant. Pour s'attaquer au plus vite à ce problème, Emmanuel Macron a annoncé le 18 septembre 2018, que 400 généralistes seraient envoyés dans les zones sous-dotées en 2019. Cette mesure exceptionnelle a pour ambition de répondre à l'aspiration des jeunes générations de médecins en demande d'exercice collectif, parfois salarié. Cette disposition se veut une solution d'urgence pour pallier pendant les deux ou trois années à venir les situations les plus graves, le temps que la stratégie de transformation produise ses effets.
- La loi contient enfin d'autres mesures intéressantes: adaptation d'une prescription par une IDE en exercice coordonné (article 25, article L.4311-1 CSP), partage d'honoraires entre infirmiers libéraux en cas de paiement forfaitaire (article 26, article L.4312-15 CSP), élargissement des compétences des orthoptistes, sages-femmes (article 33)...

LES AUTRES MESURES CONCERNANT LES SOINS DE PREMIER RECOURS : ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS, GÉNÉRALISTES À EXERCICE MIXTE, ASSISTANTS MÉDICAUX

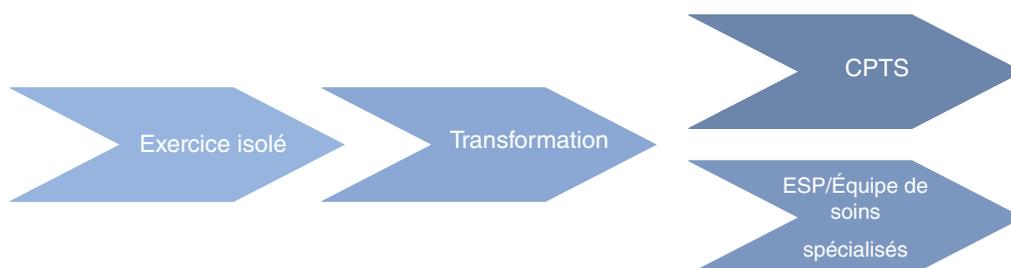
3. ET EN PRATIQUE ?

■ Équipe de soins spécialisés

L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas afin de définir l'équipe de soins spécialisés : « Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux ».

Comme pour les équipes de soins primaires, aucune forme juridique n'est privilégiée quant à sa formalisation et est donc laissée à l'appréciation des professionnels concernés.

Les équipes de soins primaires et/ou spécialisés, tout comme les CPTS, présentent l'avantage de pouvoir être créées sur la base du volontariat par les professionnels eux-mêmes et d'être assez libres dans leur mise en œuvre. De plus, une fois actés, ces dispositifs bénéficient de l'appui des ARS notamment sur le plan financier. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé soutient ces initiatives et prévoit une ordonnance afin de favoriser leur développement.



■ L'assistant médical

Afin de libérer du temps médical, des délégations de tâches des médecins vers d'autres professionnels, dans le cadre des protocoles de coopération, ou l'élargissement des compétences de certains professionnels comme la vaccination pour les pharmaciens ou l'extension des pratiques avancées à de nouvelles professions paramédicales ont commencé à se mettre en place. En plus de ces démarches, la loi crée un nouveau métier d'assistant médical. Les assistants médicaux assureront des missions d'assistance des médecins et d'aide au parcours des patients. L'article 67, vise à sécuriser l'exercice de gestes soignants par les assistants médicaux, dès lors qu'ils auraient suivi une formation qualifiante ad hoc, notamment celle proposée par la branche professionnelle des cabinets médicaux. La stratégie Ma santé 2022 prévoit en effet le déploiement d'ici 2022 de 4 000 assistants médicaux, chargés d'appuyer les médecins dans leurs tâches quotidiennes. Ces assistants médicaux assureront potentiellement une double fonction :

- Une fonction administrative : accueil des patients, déshabillage du patient, mise à jour des dossiers et gestion de l'aval de la consultation (pré remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes de recours, programmation des admissions en établissements hospitaliers...)
- Et une fonction soignante : recueil de certaines données et constantes ainsi que certaines informations relatives à l'état de santé (prise du poids, de la tension, réalisation de certains examens simples) ; vérification de l'état vaccinal et des dépistages.

LES AUTRES MESURES CONCERNANT LES SOINS DE PREMIER RECOURS : ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS, GÉNÉRALISTES À EXERCICE MIXTE, ASSISTANTS MÉDICAUX

Or, ces gestes soignants seraient susceptibles d'être considérés comme relevant de l'exercice illégal de la médecine dès lors que les assistants médicaux ne seraient pas des professionnels de santé diplômés et reconnus. L'article 67 vise donc à sécuriser l'exercice de gestes soignants par des assistants médicaux en précisant, au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, que les dispositions relatives à l'exercice illégal de la médecine ne s'appliquent pas aux « détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical ».

Les conditions d'éligibilité au financement de ces assistants médicaux sont triples :



Le plan Ma santé 2022 prévoit que ces postes seront financés auprès de tous les médecins, d'abord généralistes et certains spécialistes, pour lesquels des difficultés d'accès aux soins sont identifiées. A l'horizon 2022, il est prévu que 4000 structures de groupe soient dotées d'un assistant médical, permettant ainsi de dégager l'équivalent de 2000 ETP de temps médical.

■ Médecins généralistes en exercice mixte

Enfin, des formes souples et innovantes d'exercice sont désormais proposées aux professionnels de santé afin de faciliter leur présence au sein des zones en tension. Il s'agit de diversifier les formes d'exercice (multi-sites, mixtes et salariés).

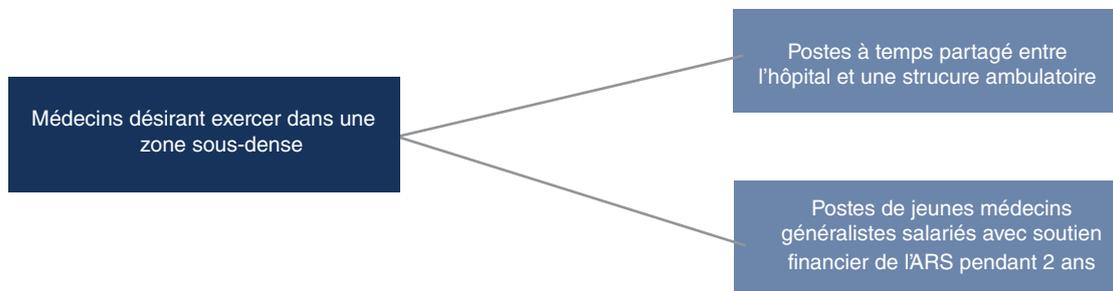
Outre des mesures incitatives pour encourager le mode d'exercice dit « multi-sites », que ce soit par le biais de simplifications fiscales ou d'incitations financières, l'exercice mixte entre une structure ambulatoire et un établissement de santé pour renforcer l'attractivité en zone nécessitant un renfort médical a été annoncé. Ainsi, dès cette année, ce seront au moins 400 postes salariés et à exercice partagé ville / hôpital qui seront créés dans les territoires où l'accès aux soins est le plus menacé.

L'objectif de ce dispositif est de pallier le manque de médecins dans ces zones dites « sous-denses ». Il se décompose en deux volets distincts et complémentaires, qui s'adressent à des médecins aux profils variés et aux attentes diverses et répondent aux besoins de territoires aux caractéristiques et aux dynamiques différentes.

■ **200 postes de généralistes à exercice partagé entre l'hôpital et la ville.** Le jeune médecin exercera une partie de son activité dans un établissement public (CH, CHU) ou privé sous un statut de praticien hospitalier contractuel. Il pratiquera en ville le reste du temps : son exercice pourra être libéral (médecin installé ou assistant d'un autre médecin) ou salarié (d'un centre de santé ou d'un autre médecin sous un contrat de collaboration salariée) à condition qu'il se situe dans une zone sous-dense ou un quartier prioritaire de la politique de la ville.

■ **200 postes de médecins généralistes salariés.** Ils sont destinés, en priorité, à de jeunes médecins qui pourront être salariés d'un centre de santé, d'un établissement de santé ou d'un autre médecin. Ces postes pourront être créés par des collectivités locales, des associations, des mutuelles, des établissements de santé. Pour faciliter et encourager la création de ces postes, les ARS apporteront un soutien financier à la structure employeuse : elles garantiront l'équilibre économique de l'opération (pas de surcoût pour l'employeur) pendant 2 ans, soit le temps nécessaire pour constituer la patientèle du médecin. Elles pourront aussi participer aux frais d'équipement du cabinet et accompagner la création du centre de santé ou cabinet médical.

LES AUTRES MESURES CONCERNANT LES SOINS DE PREMIER RECOURS : ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS, GÉNÉRALISTES À EXERCICE MIXTE, ASSISTANTS MÉDICAUX



Et sur le terrain ?

La mesure des « 400 médecins » est l'une des premières mesures de Ma Santé 2022 à avoir été mise en œuvre.

Les premiers postes ont déjà été publiés sur le site de RemplaFrance.

L'ARS Île-de-France lance un appel à candidatures pour permettre le recrutement de plus de 60 médecins et ainsi poursuivre le renforcement de l'accès aux soins des Franciliens.

L'instruction N°DGOS/DIR/2019/27 du 6 février 2019 prévoit la création de 62 postes en Île-de-France. Le dispositif se compose de deux volets distincts et complémentaires :

- **Le premier volet** consiste à créer des postes à **temps partagé** entre un établissement de santé public ou privé et une structure de soins ambulatoires. Les jeunes médecins seront accueillis sur des postes mixtes combinant un exercice hospitalier et un exercice ambulatoire durant deux années consécutives et continues. 27 postes pourront par exemple être financés en Île-de-France.
- **Le second volet** vise à soutenir la création de postes de médecins généralistes salariés dans les territoires qui en ont le plus besoin. L'ARS participera aux frais d'équipement liés au recrutement et garantira l'équilibre économique du poste en octroyant une garantie financière à l'employeur pendant les deux premières années (le temps que le médecin constitue sa patientèle). Au moins 35 postes pourront être financés en Île-de-France.

Point de vigilance : cette mesure est une mesure exceptionnelle qui a vocation à disparaître dans 2 ans

4. TEXTES À VENIR

- Ordonnance prévoyant des mesures permettant le développement de l'exercice coordonné

5. À RETENIR

La lutte contre les déserts médicaux se met en place à travers trois objectifs complémentaires :

- Permettre une offre de soins au plus près des territoires (CPTS, développement des équipes de soins primaires et création des équipes de soins spécialisées, mise en œuvre des hôpitaux de proximité)
- Renforcer la présence médicale dans les zones en tension (développer les stages médicaux dans les territoires en difficulté, mettre en œuvre des contrats incitatifs pour favoriser l'installation et l'exercice dans les zones en tension, diversifier les modes d'exercice).

LE GHT, ACTE 2

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Article 37 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Article L.6144-2-1 du code de la santé publique*
- *Article L.6132-3-1-5° du code de la santé publique*
- *Article L.6132-5-1 du code de la santé publique*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

La plan Ma Santé 2022 intègre un « acte II » de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire. La loi introduit en conséquence plusieurs modifications concernant la gouvernance et le fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Quatre modifications majeures dans trois grands domaines sont à retenir à cet égard :

■ **La loi crée une commission médicale de groupement.**

Cette commission est chargée de contribuer à :

- L'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie médicale et du projet médical partagé du GHT.
- L'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La commission médicale de GHT est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Elle élit son président, qui siège de droit au comité stratégique du groupement et en est le vice-président.

Cette disposition induit la disparition du droit d'option des GHT entre commission médicale et collège médical de groupement. Les commissions médicales des établissements (CME) parties au GHT sont par principe maintenues. La commission médicale de GHT devrait disposer d'une compétence consultative réglementaire. Par ailleurs, la mise en œuvre de la stratégie médicale d'établissement devra s'effectuer en lien avec le projet médical partagé du GHT.

■ **La loi confie également au GHT et à son établissement support la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques,** en cohérence avec la stratégie médicale du groupement. Cette gestion des ressources humaines médicales est élaborée avec le concours de la commission médicale du GHT. Le texte opère ainsi une centralisation obligatoire de la gestion des affaires médicales au niveau du GHT.

■ **Une dimension de mutualisation sur le plan financier est introduite dans le fonctionnement des GHT,** sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé (DG ARS). Ainsi, les établissements parties à un même GHT peuvent être autorisés par le DG ARS, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, à :

- 1° Mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État, par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du code de la santé publique (CSP) ;
- 2° Élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel (PGFP) uniques par dérogation aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 du CSP ;
- 3° Conclure avec l'ARS, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) unique pour l'ensemble des établissements du groupement.

LE GHT, ACTE 2

La rédaction du texte paraît suggérer que la décision du DG ARS fait suite à une demande portée par l'ensemble des établissements parties au groupement, à l'exclusion des établissements publics médico-sociaux, qui ne relèvent pas des mêmes réglementations, sur le plan budgétaire et de la contractualisation notamment. Ce dispositif est donc facultatif.

■ **Le texte poursuit enfin le mouvement d'intégration progressive des GHT, sur le plan de la gouvernance.**

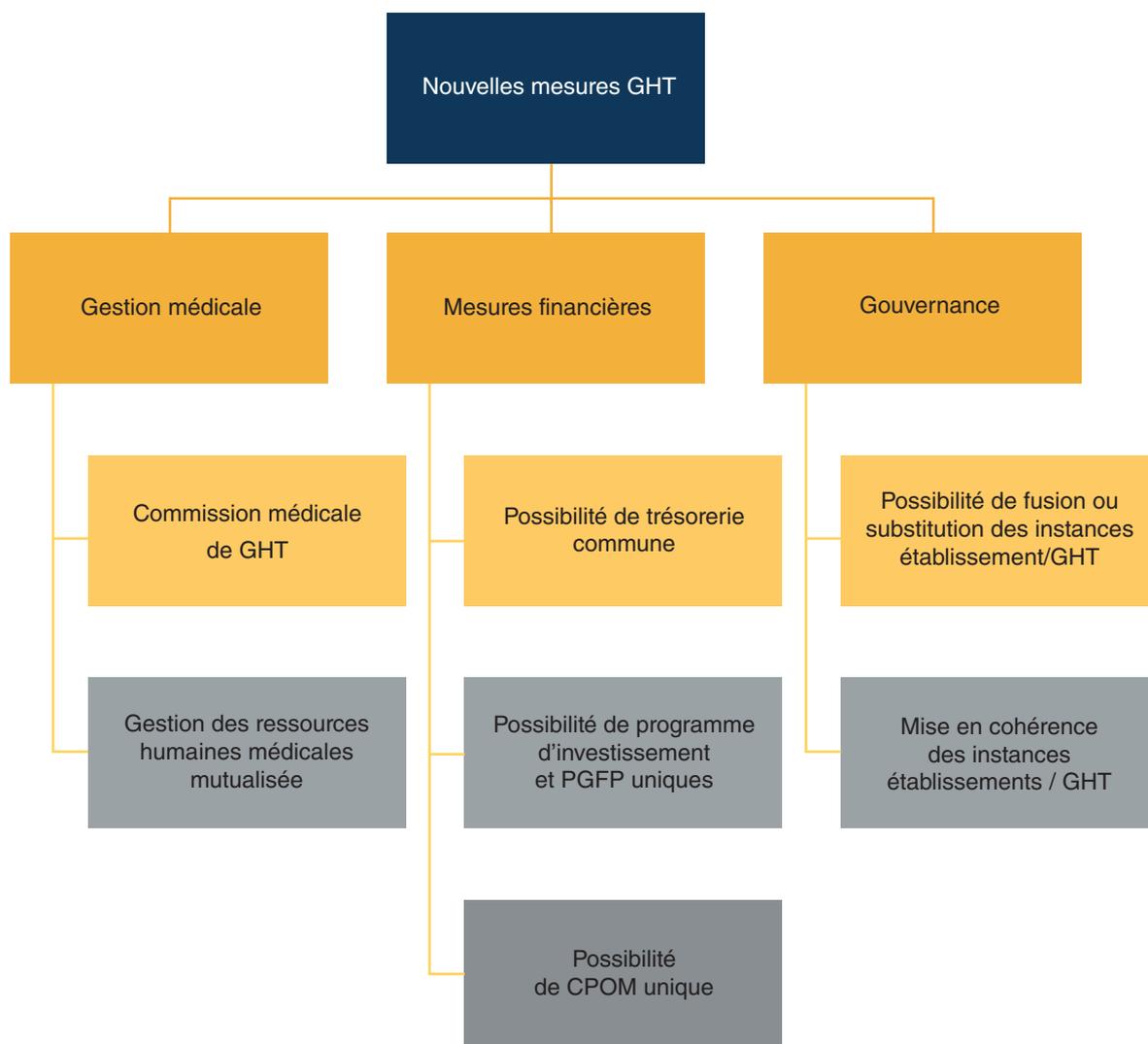
L'objectif est de mettre fin, dans la mesure du possible, à la multiplication des instances d'établissement et de GHT, toutes rendues obligatoires par les textes réglementaires.

Ainsi, l'ordonnance à venir devra :

- Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des CME et des commissions médicales de groupement ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs ;
- Étendre les compétences des CME et des commissions médicales de groupements ;
- Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à un GHT et des directeurs d'établissements support de GHT ;
- Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent fusionner ou substituer :
 - Leurs directoires et le comité stratégique du GHT ;
 - Leurs CME et leur commission médicale de GHT ;
 - Leurs comités techniques d'établissement (CTE), leurs comités techniques de groupements de coopération sanitaire de moyens (GCS) de droit public et la conférence territoriale de dialogue social du GHT ;
 - Leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et la CSIRMT de groupement ;
 - Leurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).
- Préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront de ces fusions ou substitutions d'instances ainsi que les conditions permettant de mettre fin à ces fusions / substitutions, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chacun des établissements du groupement et le respect du principe d'élection.

La loi ne dit en revanche rien à propos des commissions des usagers (CDU), pour lesquelles n'est prévu aucun dispositif de fusion ou substitution au sein du GHT.

A noter: Les mandats des présidents et membres des CME et des instances médicales de GHT sont prorogés jusqu'à la mise en place des commissions médicales de GHT et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.



3. ET EN PRATIQUE ?

La loi accentue encore davantage le caractère intégratif des GHT.

Après les mutualisations de fonctions obligatoires (DIM, systèmes d'information, achats, formation et écoles) et l'organisation en commun des fonctions médico-techniques (pharmacie, biologie, imagerie), la réforme s'attaque désormais à de nouveaux volets de la gestion des établissements publics de santé.

- **Gestion médicale** tout d'abord, à travers une commission médicale de groupement désormais obligatoire et investie d'une prérogative consultative incontournable, et d'une gestion désormais territoriale des ressources humaines médicales.

La représentation médicale devrait ainsi se renforcer à l'échelle du territoire, alors que plus de 80% des GHT avaient jusqu'ici opté pour un collège médical de groupement dépourvu de compétence consultative. La question de l'articulation entre CME de groupement et CME d'établissements reste posée, et devrait être résolue par les textes à venir.

À travers la mise en place d'une « gestion des ressources humaines médicales de groupement », une certaine forme de « direction des affaires médicales (DAM) de territoire » devrait également apparaître. Sur ce point, une ouverture des procédures de recrutement des personnels médicaux aux praticiens des établissements parties a déjà été mise en place (articles R. 6152-7-2 et R. 6152-207-1 du CSP).

LE GHT, ACTE 2

Le texte est ici plus ambitieux, puisqu'il prévoit une gestion centralisée globale des ressources humaines. Or, à ce jour, les praticiens hospitaliers restent nommés dans un établissement, et non dans un territoire. Ce principe statutaire de base peut compliquer singulièrement la mobilité des professionnels au sein du groupement, et a fortiori la constitution d'équipes médicales communes ou de pôles inter-établissements. Il conviendra à cet égard de suivre attentivement la réforme parallèle du statut des personnels médicaux hospitaliers, également prévue par le plan Ma Santé 2022.

- **Gestion financière** ensuite, avec la possibilité de mettre en place une trésorerie commune, un programme d'investissement et un PGFP uniques, un CPOM unique pour le GHT.
Existente d'ores et déjà certaines dispositions qui ont amorcé la démarche de mutualisation sur le plan financier, en particulier :
- La consultation du comité stratégique du GHT sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de chacun des établissements parties au groupement. Cet avis est transmis au DG ARS qui apprécie l'EPRD et le PGFP de chacun des établissements parties au GHT en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements (article R.6132-21 du CSP) ;
- La mise en place d'un budget annexe (dit budget « G »), chargé de retracer les opérations concernant les fonctions et activités mutualisées gérées par l'établissement support du GHT. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté ministériel (article R. 6145-12 du CSP).

S'agissant de la trésorerie commune, la possibilité avait été envisagée par renvoi à ordonnance dans la loi précédente, et la disposition finalement annulée par le Conseil Constitutionnel.

La loi réintroduit, cette fois directement, le principe d'une trésorerie commune, en laissant néanmoins le choix de sa mise en œuvre aux établissements. La trésorerie commune constitue un élément particulièrement structurant de la gestion économique et financière des GHT.

- **Gouvernance**, enfin, puisqu'une ordonnance à venir devra ouvrir la possibilité de fusionner :
 - Leurs directoires et le comité stratégique du GHT ;
 - Leurs CME et leur commission médicale de GHT ;
 - Leurs comités techniques d'établissement (CTE) et la conférence territoriale de dialogue social du GHT ;
 - Leurs CSIRMT et celle de groupement ;
 - Leurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

La création des GHT s'est en effet accompagnée de la démultiplication d'instances (pourtant non prévues dans la loi) qui se sont ajoutées aux instances des établissements parties.

Pour autant, il s'agira ici d'une simple faculté ouverte aux établissements. Les textes devront préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront de ces fusions ou substitutions d'instances.

Il n'est en revanche toujours pas question d'accorder la personnalité morale au GHT.

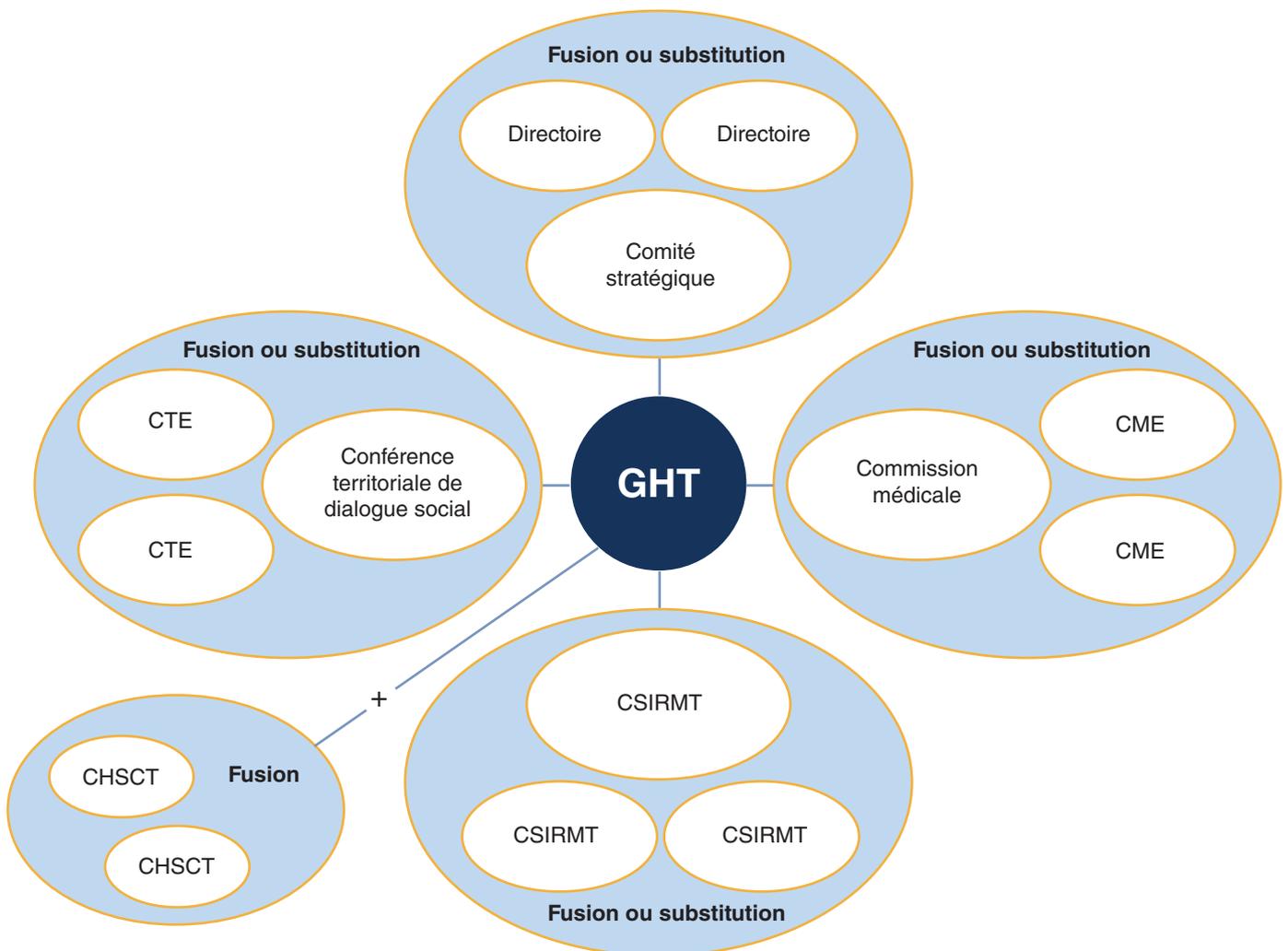
L'enjeu est plutôt, et les textes en témoignent, de faciliter les démarches de rapprochement des établissements publics de santé, le cas échéant jusqu'à la fusion de ces entités. La démarche a déjà commencé dans certains territoires, mais le degré de maturité des GHT reste très hétérogène. Reste à voir, dans ces conditions, comment les établissements s'empareront de ces nouvelles dispositions.

4. TEXTES À VENIR

- Décret relatif notamment à la composition, aux règles de fonctionnement des commissions médicales de groupement et aux matières sur lesquelles elles sont consultées
- Ordonnance relative à l'évolution de la gouvernance des GHT et à l'articulation avec la gouvernance des établissements parties (12 mois à compter de la publication de la loi)

5. À RETENIR

- La commission médicale de groupement devient obligatoire. Ses compétences doivent être définies et élargies.
- L'établissement support du GHT est désormais investi de la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.
- Une ordonnance devra prévoir la possibilité d'une trésorerie commune, d'un programme d'investissement et d'un PGFP uniques, et d'un CPOM unique pour le GHT.
- Une ordonnance devra ouvrir la possibilité de fusion ou substitution d'une partie des instances hospitalières avec celles des GHT.



LES MESURES CONCERNANT L'HÔPITAL : CME, SERVICE, FUSION

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Dossier de presse, Ma santé 2022, 18 septembre 2018*
- *Articles 39, 40 et 77 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le Code de la santé publique*
- *Article L.6141-7-1 du code de la santé publique*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

L'hôpital, poursuit sa transformation afin de remédier aux rigidités d'organisation et de faire face notamment à la pression budgétaire forte. Le plan Ma santé 2022 insiste particulièrement sur l'importance du management et l'association plus forte des médecins à la gouvernance des établissements.

Tout d'abord, la modernisation du pilotage de l'hôpital passe par une approche renouvelée de son management nécessitant une reconnaissance professionnelle. La priorité annoncée est de redonner aux services leur rôle de « collectif » dans l'organisation des soins et le management des équipes soignantes.

Cela implique d'accroître la reconnaissance collective par un dispositif d'intéressement lié à l'amélioration de la qualité de service, une meilleure prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux et un accompagnement renforcé des professionnels de santé en situation de management.

Ensuite, la modernisation du pilotage de l'hôpital passe aussi par un élargissement des compétences des commissions médicales d'établissement (CME) pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux et le leadership de leur président.

Des dispositions par voie d'ordonnance et de décret sont attendues en ce sens.

La loi renforce par ailleurs le contenu des informations à transmettre au conseil de surveillance des établissements publics de santé afin de consolider son rôle de pilotage stratégique.

Enfin, il paraît nécessaire de revivifier le dialogue social au travers d'accords majoritaires engageants.

S'agissant de la transformation des établissements publics de santé, l'article 77 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ratifie l'ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 prise en application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui vient « aménager la procédure de fusion entre les établissements publics de santé ». Rappelons que cette ordonnance est venue encadrer la fusion et répondre à certaines questions qui soulevaient jusqu'alors des incertitudes juridiques.

Par ailleurs, l'article 39 de la loi prévoit que lors de la fusion entre deux ou plusieurs établissements publics de santé, les établissements parties à la fusion conservent chacun une commission des usagers (CDU). Ce maintien d'une instance par site ne vaut que pour la seule CDU, à l'exclusion de toutes les autres instances, appelées à fusionner.

À noter : Dans cette même dynamique, le projet de loi de transformation de la fonction publique institue une instance unique pour débattre des sujets d'intérêt collectif, le comité social d'établissement (CSE), issu de la fusion entre le CTE et le CHSCT actuels et modifie le champ de compétences des commissions administratives paritaires (CAP).

3. ET EN PRATIQUE ?

■ Redonner au service son rôle collectif

S'agissant de l'organisation médicale, le plan Ma santé 2022 souhaite redonner au service son rôle collectif dans l'organisation des activités de soins et le management de l'équipe de soins. Toutefois, aucune mesure en lien avec cette annonce ne se retrouve dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Rappelons que le décret n° 2016-291 du 11 mars 2016, pris en application de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, insère un nouvel article dans le code de la santé publique relatif au règlement intérieur de l'établissement. Ce règlement « définit les principes du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles, les chefs de services et les responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes notamment dans les matières suivantes :

- La recherche clinique et l'innovation,
- L'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue,
- La qualité et la sécurité des soins et des prises en charges,
- L'organisation de la continuité et de la permanence des soins,
- La coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient,
- La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures,
- Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions de chef de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes ».

Ce texte est passé relativement inaperçu, alors que la mise en conformité des règlements intérieurs hospitaliers, pour intégrer ce nouveau volet devait être effectuée avant septembre 2016. Cette disposition n'est pas anecdotique. Aussi bien d'un point de vue juridique qu'organisationnel, cette mesure, sans remettre en cause la place du chef de pôle, rétablit le service comme échelon managérial incontournable.

Le service doit redevenir l'entité au sein de laquelle l'équipe de soins se constitue et fonctionne au quotidien, un lieu où se met en place une réelle culture managériale permettant une meilleure valorisation de l'implication du personnel.

Une reconnaissance indemnitaire des responsables médicaux et soignants devrait être renforcée dès cette année. En outre, les chefs de service, à l'instar des chefs de pôle, devront être impérativement formés au management et leur prise de fonction sera accompagnée.

S'agissant de la reconnaissance collective, le plan Ma santé 2022, insiste sur la création d'un dispositif d'intéressement collectif qui doit inciter au développement de projets d'amélioration de la qualité de service.

Point de vigilance : Dans la pratique, il est nécessaire de communiquer sur l'intéressement collectif négocié à toute l'équipe (médicale et non médicale) afin d'impliquer l'ensemble du personnel aux résultats attendus et d'aboutir à une réelle reconnaissance collective.

À noter : cette reconnaissance va de pair avec la reconnaissance individuelle prônée par le plan Ma santé 2022 à travers une démarche d'entretiens annuels autour d'objectifs renouvelés.



■ Élargissement des compétences de la CME

C'est l'une des dix mesures phares du plan Ma santé 2022, « l'élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME) pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux ». Il s'agit, selon le dossier de presse communiqué le 18 septembre 2018, d'une part, d'associer la CME en amont de l'élaboration des décisions structurantes pour la politique médicale, la qualité et la pertinence des soins, et d'autre part, d'élargir les compétences de la CME à de nouveaux domaines.

L'actuel article R. 6144-1 du code de la santé publique précise les matières sur lesquelles la CME est consultée à ce jour, parmi lesquelles :

- les orientations stratégiques de l'établissement ;
- le projet médical de l'établissement ;
- l'organisation en pôles de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- la politique de formation des étudiants et internes ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le plan de DPC ;
- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement.

Le plan Ma santé 2022 prévoit un élargissement des compétences de la CME à de nouveaux domaines : gestion des emplois et des compétences, projet social et managérial d'établissement. Toutefois, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n'évoque, dans son article 37, que la commission médicale de groupement (CMG) qui devient obligatoire.

Point de vigilance : en raison de la création obligatoire d'une commission médicale de groupement (CMG) dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire et surtout de la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au niveau du GHT, on peut légitimement s'interroger sur le devenir de certaines des compétences des CME des établissements parties.

En outre, le rôle consultatif de la CME n'est pas remis en cause.

Les CME sont tenues de déléguer une partie de leur compétences à la CMG.

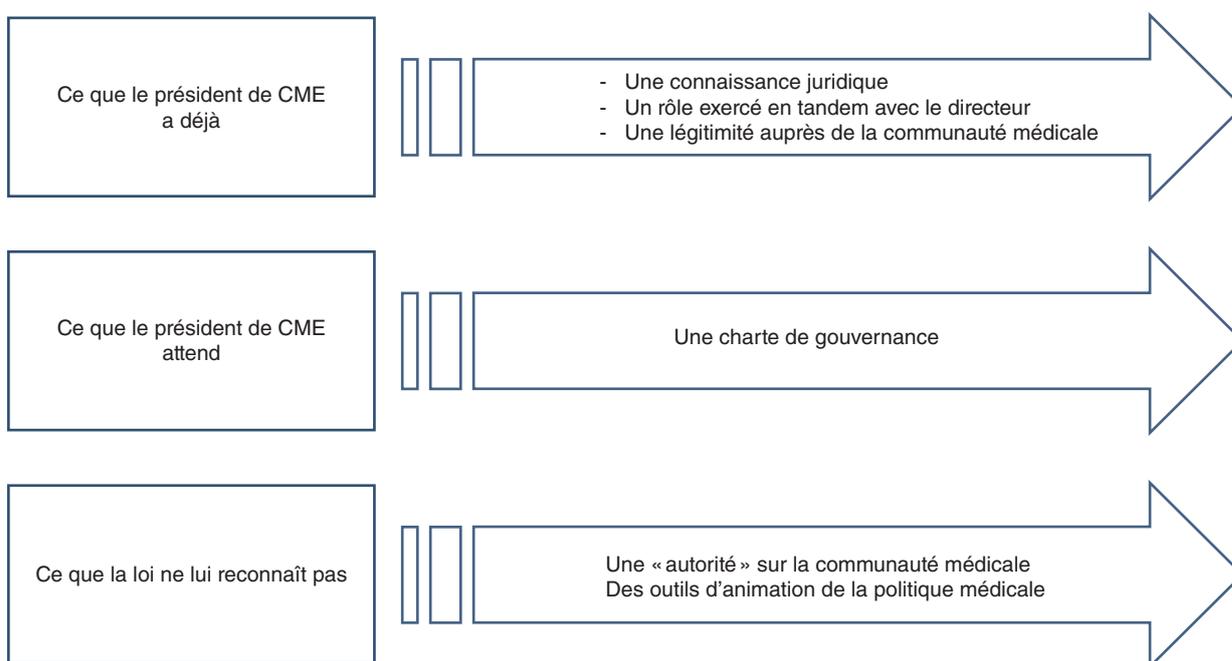
La question de l'articulation entre CMG et CME d'établissements devrait être résolue par les textes à venir.

À noter : Conformément à l'article 37 de la loi, chaque GHT devra installer cette commission médicale au plus tard au 1^{er} janvier 2021. Dès lors, afin de tenir compte des modifications induites par la création de ces commissions médicales de groupement, les mandats des présidents et des membres élus des commissions médicales d'établissement sont prorogés jusqu'à la date d'institution des commissions médicales de groupement fixée par un décret à venir et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2021. Le décret n°2019-294 avait déjà ouvert cette possibilité, sous certaines conditions, et sur décision du DG ARS ou du ministre chargé de la santé.

■ Renforcement du positionnement du président de CME

Le plan Ma santé 2022 annonce également un renforcement du leadership du président de CME et de l'équipe constituée autour de lui en le dotant des moyens nécessaires à l'exercice de sa fonction et en lui permettant d'entretenir et renforcer effectivement ses compétences managériales. A nouveau, rien ne figure dans la loi de transformation et d'organisation de notre système de santé. Toutefois, pour rappel, si cette loi vient apporter des modifications législatives nécessaires à la réorganisation du système de santé, elle n'est qu'une des composantes de la stratégie. La mise en œuvre de la totalité des mesures de la stratégie Ma santé 2022 s'échelonne sur la durée du quinquennat¹.

L'essentiel des compétences du président de CME étant fixé par voie réglementaire (actuels articles D. 6143-37 et suivants du CSP), il convient donc d'attendre un éventuel décret pour modifier les dispositions du code de la santé publique relatives au président de CME.



■ Renforcement du rôle du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé sera mieux informé notamment sur le CPOM et les documents financiers pluriannuels des établissements ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et des réseaux.

■ Simplification des procédures de fusion

S'agissant des fusions des établissements publics de santé, l'article 77 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ratifie de l'ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 qui précise la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifie le code de la santé publique.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit que les établissements parties à une fusion conservent chacun une commission des usagers (CDU) (article L. 6141-7-1 III du code de la santé publique). Non prévu dans le projet de loi initial, le maintien des CDU par site géographique et non par entité juridique est issu d'un amendement et correspond à la philosophie du plan Ma Santé 2022, qui est « de faire en sorte que le système s'adapte au patient, et non le contraire. » (Monsieur Thomas Mesnier, rapporteur général). C'est ainsi une garantie que la gestion de certaines problématiques soit aussi proche du terrain que possible. Le mouvement de recomposition hospitalière ne doit, en effet, pas altérer la proximité.

¹Discours de Madame Agnès Buzyn lors du Conseil des ministres du 13 février 2019.

4. TEXTES À VENIR

- Ordonnance destinée à mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des commissions médicales d'établissement et des commissions médicales de groupement ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs, et étendre les compétences des commissions médicales d'établissements et de groupements
- Dispositions réglementaires relatives à la gouvernance hospitalière

5. À RETENIR

- La transformation de la gouvernance hospitalière vise à :
 - améliorer l'association des équipes médicales à la stratégie interne de l'établissement en renforçant le champ de compétence des avis rendus par la CME et l'implication du président de CME sur son équipe ;
 - faciliter les coopérations, voire les fusions dans le cadre des GHT.
- Des dispositions par voie d'ordonnance et de décret sont attendues en ce sens ;
- Les mandats des présidents et des membres élus des commissions médicales d'établissement peuvent être prorogés au plus tard jusqu'au 1er janvier 2021 ;
- L'ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé est ratifiée ;
- Les établissements parties à une fusion conservent chacun une commission des usagers.

LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Article 35 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique*
- *Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement¹*
- *Arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité*
- *Arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma Santé 2022 a annoncé l'objectif de labelliser 500 à 600 hôpitaux de proximité d'ici 2022, assurant le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine et contribuant à des soins de proximité de qualité par des coopérations étroites avec les acteurs de ville. L'objectif est d'en faire des lieux d'excellence pour la médecine et pour le développement de l'exercice mixte entre ville et hôpital. Il s'agit d'une mesure jugée prioritaire².

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé présente, à l'article 35, les nouvelles missions des hôpitaux de proximité.

C'est l'article 52 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 qui a créé la notion d'hôpital de proximité (codifiée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique). Il était alors essentiel de redonner un statut à des établissements, qui, du fait de la loi HPST de 2009 et de la suppression de la notion d'hôpital local, avaient perdu une grande partie de leur spécificité sur le plan juridique, en intégrant la catégorie « générique » des centres hospitaliers.

Un décret d'application de la LFSS n° 2016-658 du 20 mai 2016 a détaillé les procédures d'autorisation et de retrait, les missions ainsi que le financement des 243 premiers hôpitaux de proximité, de tous statuts juridiques, couvrant l'ensemble des régions métropolitaines ainsi que la Guadeloupe et la Martinique.

À noter : un arrêté du 27 mai 2019 a actualisé la liste des hôpitaux de proximité. Ils sont désormais 241 à répondre aux critères d'éligibilité de ce statut

L'hôpital de proximité constitue une structure exerçant une activité de médecine ou de soins de suite et réadaptation plafonnée, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas excéder un nombre de séjours, dont la valeur est fixée par arrêté.

Depuis 2016, les établissements éligibles au statut d'hôpitaux de proximité sont inscrits sur une proposition de liste, à plusieurs conditions :

- Ils disposent d'une activité de médecine dont le volume est inférieur à une moyenne de 5500 séjours sur les deux années précédant l'année civile considérée,
- Ils desservent un territoire qui présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
 - La part de la population âgée de plus de 75 ans y est supérieure à la moyenne nationale;
 - La part de la population, située en dessous du seuil de pauvreté, y est supérieure à la moyenne nationale ;
 - La densité de sa population n'excède pas un niveau plafond ;
 - La part des médecins généralistes pour 100 000 habitants y est inférieure à la moyenne nationale.

¹ Ce décret sera modifié, tout comme l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

² Ma santé 2022, Lancement opérationnel de la stratégie, 20 novembre 2018, p. 7

LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

En outre, ils doivent assurer une triple mission de :

- Coopération axée sur l'accès aux soins de premiers recours notamment « grâce aux médecins généralistes exerçant en son sein à titre libéral et assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoire (...) » ;
- Partenariat avec les offreurs de soins de deuxième recours en privilégiant l'accès aux consultations avancées telle que la télé-médecine et avec les établissements exerçant une activité de SSR, d'HAD, et les EHPAD s'ils n'exercent pas de telles activités ;
- Coordination afin d'éviter les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces, les ruptures de parcours et en particulier celles des populations de plus de 75 ans ou en dessous du seuil de pauvreté.

Ce cadre juridique visait à prévoir des modalités de financement dérogatoires par rapport au financement hospitalier classique et notamment l'application de la tarification à l'activité pour la médecine. Le décret prévoyait ainsi un financement mixte combinant dotation forfaitaire annuelle variable garantie et complément financier conditionné. Ce modèle de financement a permis de rectifier les dotations annuelles de financement des anciens hôpitaux locaux, qui apparaissaient déconnectées de l'activité réelle de ces établissements, tout en évitant de leur appliquer strictement la tarification à l'activité et en leur garantissant par ailleurs une certaine stabilité de recettes.

Mais cette définition des hôpitaux de proximité était devenue inadaptée et trop marquée par la question sous-jacente du modèle de financement. L'article 35 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé affirme donc encore davantage ce qui avait été prévu par le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016. L'étude d'impact du projet de loi (datée du 13 février 2019) a constaté que l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur ne permettait pas « de porter l'ambition d'un cadre réinventé de l'hôpital de proximité, puisqu'il portait une définition limitée de l'hôpital de proximité, insuffisamment définie par rapport au service attendu à rendre à la population et donc par rapport à ses missions. Ainsi, la modification du cadre législatif souhaitée par le Gouvernement dans le plan Ma santé 2022 réside dans la nécessité de proposer un modèle organisationnel des établissements de proximité autour des missions qu'ils exerceront, et non plus à partir des situations historiques ou des enjeux du modèle de financement. Un des enjeux majeurs de ce modèle d'organisation est de faciliter l'articulation de ces établissements avec les acteurs de la ville et du médico-social, de conforter leur ancrage sur leur territoire et d'assurer la gradation des soins. Le plan « Ma santé 2022 » fait de la structuration des soins de proximité et de la gradation des soins deux axes forts de la transformation du système de santé, avec l'ambition de replacer le patient au centre du système de santé. Cette stratégie repose pour partie sur le renforcement des hôpitaux de proximité, assurant le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et contribuant par des coopérations étroites avec les acteurs de la ville et du médico-social à des soins de proximité de qualité ».

L'objectif aujourd'hui est la labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité à partir de 2020 et jusqu'en 2022. Cette labellisation entrainera la création d'une nouvelle catégorie juridique d'établissements.

A noter : Les hôpitaux de proximité pourront être des établissements de santé publics, privés à but lucratif ou non lucratif (on en dénombre une quinzaine à ce jour), ou des sites identifiés de ces établissements, ce qui est nouveau, une entité juridique pouvant obtenir le «label» d'hôpital de proximité pour une part seulement de ses activités géographiquement individualisées.

Cette création vise à placer encore davantage le patient au cœur du soin, grâce à la mise en place des parcours dans le processus d'accroissement de la gradation de l'offre de soins sur trois échelons :

- Hôpitaux de proximité
- Etablissements hospitaliers de recours
- Etablissements de référence ultrasécialisés - CHU

D'ici **2022**, des soins de **PROXIMITÉ D'EXCELLENCE**

Établissements de référence ultra-spécialisés - CHU

Établissements hospitaliers de recours

Hôpitaux de proximité

1000 COMMUNAUTÉS TERRITORIALES DE SANTÉ

Source : Ma Santé 2022, un engagement collectif,
Dossier de presse, 18 septembre 2018 Ministère des solidarités et de la santé

À noter : on peut supposer que cette volonté d'affirmer plus clairement les missions des hôpitaux de proximité aura un impact sur les engagements contractuels de ces établissements via le CPOM conclu avec les ARS.

Selon le nouvel article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements (cette mention est importante car elle induit la possibilité que l'hôpital de proximité n'ait pas la personnalité morale). Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale. En prenant en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

- Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;
- Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant de ceux-ci ;
- Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ;
- Contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

De façon obligatoire, les hôpitaux de proximité exerceront une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, offrent des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale et à des équipements de télésanté.

En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exerceront d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Mais les hôpitaux de proximité n'offriront pas de services de chirurgie. Toutefois, à titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné, un hôpital de proximité pourra, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, pratiquer certains actes chirurgicaux programmés. Le ministre chargé de la santé fixera par arrêté la liste limitative des actes concernés pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

3. ET EN PRATIQUE ?

Le modèle de financement est encore en réflexion, il ne devrait pas dépendre uniquement de l'activité mais devrait tenir compte également de la dimension populationnelle. C'est bien à partir de la définition des missions des hôpitaux de proximité, que le modèle de financement devra être construit. Il devra bien sûr être cohérent avec les évolutions globales de la tarification hospitalière qui seront conduites parallèlement sur d'autres champs : les soins de suite et réadaptation, l'hospitalisation à domicile, le financement au parcours...

Dans le cadre du développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les hôpitaux de proximité devront servir de vecteur de rapprochement entre la médecine de ville et l'hôpital.

C'est la raison pour laquelle, des représentants des CPTS seront présents au sein de la commission médicale d'établissement (CME) et du conseil de surveillance de l'hôpital de proximité de leur territoire.

Il faudra néanmoins que la nouvelle gouvernance mise en place par les hôpitaux de proximité puisse concerner l'ensemble des acteurs de santé (notamment avec les acteurs de santé libéraux et le secteur médico-social) et s'exercer de façon locale et avec une reconnaissance forte de leur rôle.

En toute logique, le déploiement de la réforme des hôpitaux de proximité s'appuiera pour partie sur la révision des schémas régionaux de santé en 2020.

À noter également que la révision du cadre réglementaire de certaines activités, notamment la chirurgie et l'obstétrique, pourrait conduire certains établissements à se recentrer à moyen terme sur des missions hospitalières de proximité.

4. TEXTES À VENIR

- Décret en Conseil d'Etat pour préciser les conditions d'application de l'article 35 de la loi relatif aux hôpitaux de proximité
- Ordonnance relative aux hôpitaux de proximité: organisation, fonctionnement, gouvernance, établissement de la liste, conditions de reconnaissance d'un hôpital de proximité sans personnalité juridique
- Une adaptation du modèle de financement de ces structures tenant compte de leurs missions et leur organisation devrait être proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 (cf. étude d'impact)

5. À RETENIR

- La labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité entre 2020 et 2022 va entraîner la création d'une nouvelle catégorie juridique d'établissement;
- Cette création repose sur la volonté d'accentuer la gradation de l'offre de soins sur trois échelons (hôpitaux de proximité, établissements hospitaliers de recours et établissements de référence ultrasécialisés – CHU);
- Les hôpitaux de proximité auront une activité de médecine polyvalente, de gériatrie, de soins de suite et de réadaptation, suivi des maladies chroniques, consultation avancées, plateaux techniques ouverts aux professionnels de santé de ville, des équipes de mobiles de soins et des équipements de télémédecine;
- Le modèle de financement ne dépendra pas uniquement de l'activité mais prendra en compte l'aspect populationnel.

LA REFONTE DU MODÈLE DE FINANCEMENT ET DE RÉGULATION

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale*
- *Article L. 162-22-6-2 du code la sécurité sociale*
- *Article L. 162-22-17 du code la sécurité sociale*
- *Articles 37, 38, 43 et 44 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019*
- *Décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*
- *Arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale*
- *Arrêté du 18 juin 2019 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé*
- *Rapport de la task Force « Réformes des modes de financement et régulation : vers un modèle de paiement combiné », janvier 2019*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

« Les modes de financement et de régulation » constituent l'un des 5 chantiers prioritaires pour engager une transformation profonde du système de santé du plan Ma Santé 2022.

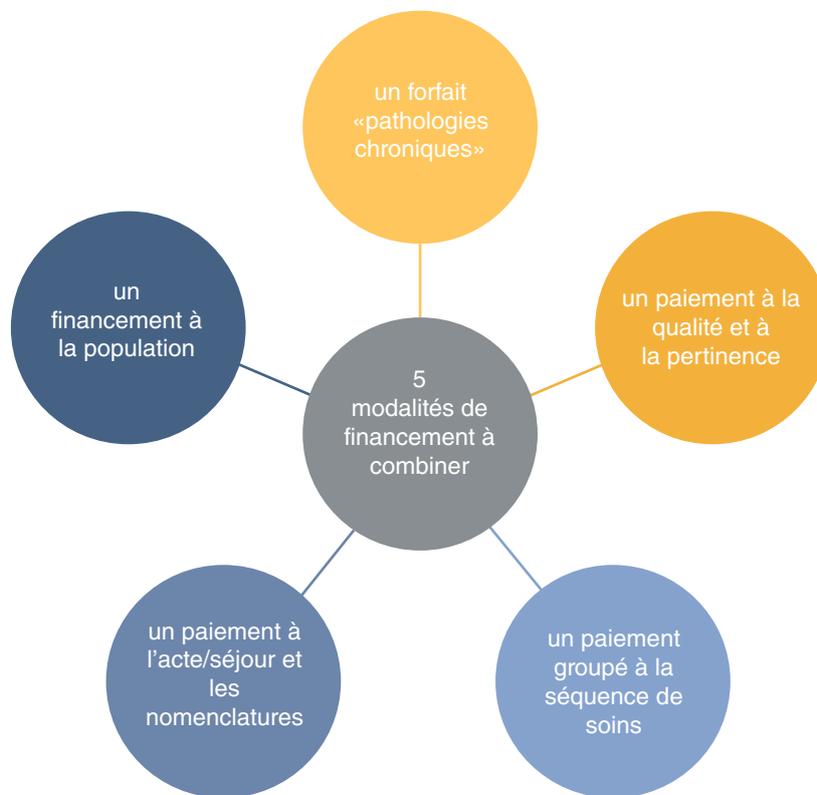
Si la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 prévoit plusieurs mesures qui viennent modifier les modes de financement des établissements de santé, c'est dans le rapport de la task force « Réforme du Financement du système de santé » piloté par Jean-Marc AUBERT que se dessine la vision cible de ce que pourrait être le modèle de financement du système de santé à moyen terme.

À l'issue d'un travail collectif de plusieurs mois, la task force propose comme vision cible une combinaison de plusieurs modalités de paiement, à l'instar de ce qui existe dans plusieurs pays. C'est aujourd'hui la réponse la plus adaptée aux enjeux de prévention, de suivi au long court, de coordination et de prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins.

Si les grands principes sont posés, les modalités opérationnelles et leur généralisation restent à fixer. Le dispositif d'expérimentation de l'article 51 de la LFSS pour 2018 en testant de nouvelles organisations et les financements associés, va largement contribuer à l'avancement et à la progression du modèle et de ses composantes. Ce principe d'expérimentation est au cœur du dispositif. Il se veut pérenne et permettra de définir des modalités de financement adaptées aux modalités de soins.

Les premières expérimentations ont été lancées, dont un certain nombre en juin 2019. On citera notamment les expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel, la simplification des parcours de soins hépatite C dans les populations à risque, l'incitation à une prise en charge partagée en soins de premier recours, le paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales. Les expérimentations issues de l'article 51 de la LFSS 2018 sont recensées sur le site <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/>.

LA REFONTE DU MODÈLE DE FINANCEMENT ET DE RÉGULATION



Des propositions sont également faites pour un système de régulation plus efficace.

Avec cette approche, la France aligne les enjeux de la politique nationale de santé et les financements :

- Une mixité de la tarification avec un compartiment qualité qui irrigue tout le système et des modes de paiement qui incitent les acteurs de soins à se recentrer sur le suivi, la prévention et la coordination des soins ;
- Une approche centrée sur le patient qui appelle à une structuration des soins ville / hôpital ;
- Une application généralisée du paiement combiné à la médecine de ville même si le paiement à l'acte resterait majoritaire ;
- Une incitation à l'innovation (révision des nomenclatures et système de régulation).

Le saviez-vous ? Le financement de notre système de santé repose, en majorité, sur une tarification à l'activité

Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins. Il repose majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), les autres secteurs sont financés par des dotations.

Les 5 modalités de financement : les grands principes

I Le paiement au suivi des pathologies chroniques

Il vise à forfaitiser les prises en charge au long court des pathologies chroniques à complexité avérée, coordonnées par des équipes pluri professionnelles.

Il concerne potentiellement tous les acteurs de santé : prévu dès 2019 dans les établissements de santé, il est envisagé de déployer progressivement ce type de forfaits pour la médecine de ville, et à plus long terme entre la médecine de ville et l'hôpital.

L'article 38 de la LFSS pour 2019 crée 2 forfaits dits de transformation, pour les prises en charge hospitalières du diabète et de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

L'extension aux autres pathologies chroniques est prévue ultérieurement et sera précisée par arrêté.

Les principes :

- Chaque professionnel reçoit un paiement global pour la prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie chronique ;
- Le montant du forfait est calculé en fonction de l'état clinique du patient, de son niveau de risque et de son histoire personnelle et modulé à la qualité ;
- La qualité est évaluée et suivie par plusieurs types d'indicateurs : cliniques, biologiques et rapportés par le patient ;
- Le versement est mensuel ou annuel selon la pathologie et le professionnel, et conditionné au respect d'un cahier des charges de suivi de la prise en charge (principales prestations attendues) ;
- Un payeur unique : l'assurance maladie.

II Le paiement à la qualité et à la pertinence : une généralisation et une extension du dispositif appliqué à tous les acteurs

Des programmes d'incitations financières à la performance ont été développés en France, en médecine de ville comme à l'hôpital : le CAPI¹ (2008) et la ROSP² (2011) pour la médecine de ville, l'IFAQ³ (2012) et le CAQES⁴ (2016) pour les établissements hospitaliers.

Les propositions de la task force viennent donc conforter et étendre les dispositifs existants, tout en gardant leurs objectifs initiaux : inciter par un intéressement financier les acteurs de soins à des prises en charge de qualité et à l'amélioration de leurs pratiques.

La prise en compte de la qualité et de la pertinence évolue dans son appréhension et s'enrichit d'indicateurs de résultats centrés sur les patients, aux côtés des indicateurs de processus et de moyens existants. Pierre angulaire du nouveau dispositif de financement, la qualité et la pertinence des soins donnent lieu à un incitatif financier décliné sous plusieurs formes :

- Un compartiment de financement à part entière qui s'appliquera à « l'ensemble des structures et des professionnels, autour de principes unifiés⁵ » : nombre réduit d'indicateurs et diffusion publique des résultats.
 - I. À l'hôpital, c'est un objectif cible de 2 milliards d'euros qui est envisagé pour le modèle IFAQ, soit 2% des recettes assurance maladie des établissements de santé. Pour l'heure, il est prévu une enveloppe de 200M€⁶ pour les activités MCO et SSR (soins de suite et de réadaptation) et un nombre d'indicateurs limité à 10 par activité ;
 - II. À la ville, extension du modèle ROSP aux spécialistes, aux professions médicales et paramédicales.

¹Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

²Rémunération sur objectifs de santé publique

³Incitation financière à l'amélioration de la Qualité

⁴Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiéce des Soins

⁵Rapport « Réformes des modes de financement et de régulation »

⁶ATIH - Notice technique n° CIM-MF-205-3-2019du 23 avril 2019 « Campagne tarifaire et budgétaire 2019 »

LA REFORME DU MODELE DE FINANCEMENT ET DE REGULATION

- Une modulation des paiements forfaitaires des différentes prises en charges (pathologies chroniques, épisode de soins ou de pathologies spécifiques) sur la base de la mesure d'indicateurs spécifiques de résultats ;
- Une intégration directe dans certains tarifs des éventuelles complications et ré-hospitalisations ;
- In fine, des dispositifs d'intéressement collectif viendraient remplacer les rémunérations individuelles à la qualité (incitation à la prise en charge globale du patient).

L'article 37 « Extension du dispositif à la qualité des établissements de santé » de la LFSS pour 2019, prévoit plusieurs mesures en lien avec le paiement à la qualité et la pertinence des soins :

- La qualité et la sécurité des soins font l'objet d'une évaluation annuelle mesurée à partir d'indicateurs qui prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients. Les établissements de MCO, de psychiatrie, d'HAD, de SSR et les USLD⁷ pourront ainsi bénéficier d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent les résultats attendus (en attente d'un décret du Conseil d'Etat) ;
- Il est attendu que les établissements atteignent un seuil minimum pour certains indicateurs ; le non-respect de ce seuil minimum pour un même indicateur, 3 années consécutives, peut donner lieu à une pénalité financière que l'ARS peut décider de ne pas appliquer selon des circonstances propres à l'établissement ;
- Le montant de la pénalité financière ne peut excéder 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ;
- L'établissement soumis à des pénalités doit présenter un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sur décision de l'ARS ;
- Cette mesure entre en vigueur le 1er Janvier 2020 y compris pour les établissements psychiatriques mais :
 - La première année est une année de recueil des indicateurs : elle ne donne pas lieu au versement de la dotation complémentaire et n'est pas prise en compte pour la pénalité financière ;
 - Pour les activités de psychiatrie et d'HAD, les indicateurs de résultats et expériences rapportées par les patients ne seront intégrés qu'en 2021.

III Le paiement groupé à la séquence de soins pour inciter et renforcer la coordination des acteurs

Appelé aussi Bundled Payment, ce mode de financement groupé prévoit une rémunération forfaitaire et à partager, pour l'ensemble des offreurs de soins sollicités au cours d'un même épisode de soins. C'est probablement le mode de tarification le plus en rupture avec l'existant !

Ce forfait se substituerait au paiement à l'acte et au séjour ; il serait calculé en fonction de plusieurs éléments :

- Le coût moyen de la prise en charge médicale la plus adaptée et décrite selon des recommandations de bonnes pratiques ou d'avis d'experts ;
- Le risque patient ;
- La qualité de la prise en charge, avec instauration d'un bonus/malus évalué à partir d'indicateurs de mesure des résultats et de l'expérience patient.

Sont compris dans le forfait : la phase de préparation de l'hospitalisation, l'intervention, l'accompagnement de la sortie et le suivi post hospitalisation sur une durée prédéfinie allant de 90 jours à 1 an.

Les champs d'application sont le MCO, le SSR et l'HAD.

⁷Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Hospitalisation A Domicile, Soins de Suite et de Réadaptation, Unités de Soins Longue Durée

IV Le paiement à l'acte et à l'activité et les nomenclatures

Le paiement à l'acte ou à l'activité reste au centre du système de tarification, avec pour les établissements de santé, une limitation progressive de la part tarifée à l'activité à 50%.

La révision des nomenclatures⁸ dont la qualité conditionne la pertinence des prises en charge, l'efficacité du système et permet la réactivité aux innovations technologiques, s'avère indispensable.

Trois axes d'évolution sont proposés par la task force :

1. La révision des nomenclatures selon un processus continu. Ce chantier nécessite la mobilisation conjointe des acteurs de la ville et de l'hôpital ;
2. L'introduction des critères de qualité et de pertinence dans la réalisation des actes ;
3. La forfaitisation d'une séquence d'actes chez un même acteur et l'évaluation de la prise en charge globale sur les résultats obtenus.

Le saviez-vous ?

Le paiement à l'acte et à l'activité est aujourd'hui la modalité prépondérante pour le financement des soins : 87 à 100% selon les spécialités médicales et 63 % pour les établissements de santé. L'ensemble des nomenclatures redistribue environ 84 milliards d'euros, soit 42% de la dépense de santé nationale.

V Le financement populationnel et socle

La dotation populationnelle permet de financer de façon adaptée des activités de soins soumises à autorisations d'activité ou pour lesquelles les caractéristiques épidémiologiques (ex : maladies rares) ou démographiques (ex : DOM) de la population sont spécifiques.

Ses champs d'application :

PSYCHIATRIE	SSR et HAD	MCO-URGENCES ET SMUR ⁹
Dotation populationnelle + modalités de financement complémentaires (qualité, recherche, innovation)	Socle de financement forfaitaire + part à l'activité	Socle de financement forfaitaire + part à l'activité Forfait de réorientation*

*L'article 43 de la LFSS pour 2019 prévoit à titre expérimental, pour une durée de trois ans et sur autorisation de l'État, un forfait de réorientation d'un patient effectuée par un service ou une unité des urgences. Un décret en Conseil d'État précisera les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des établissements retenus pour y participer ainsi que ses conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

⁸Il existe 6 nomenclatures au sein de notre système de santé : CCAM et GHS pour les 2 principales, NGAP, NABM, RIHN, IDEL

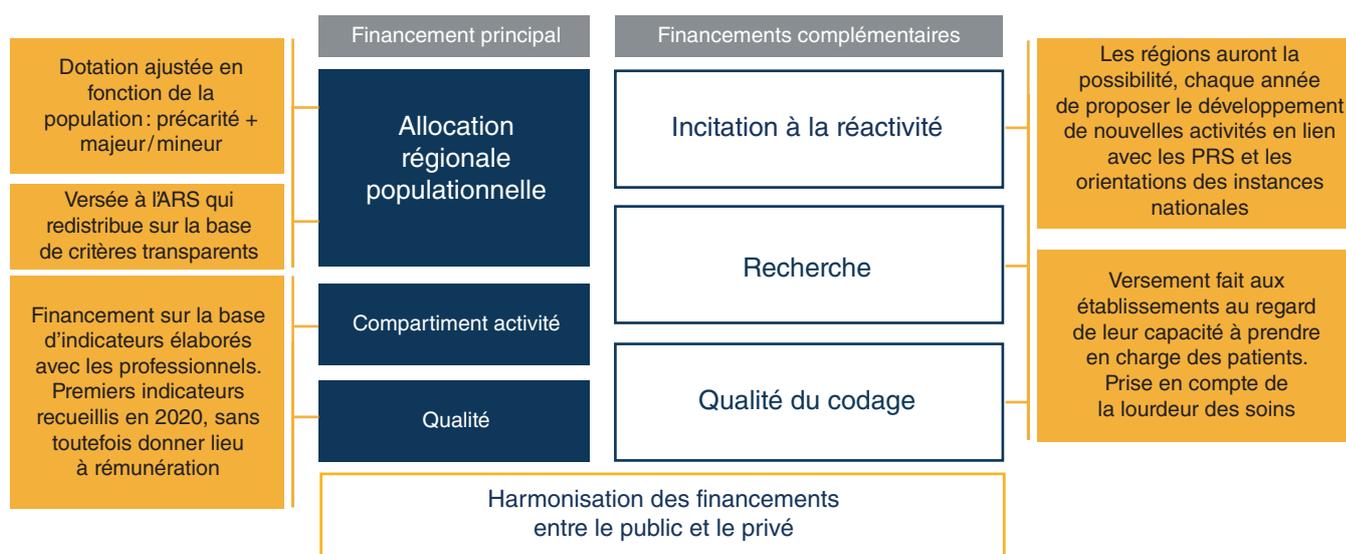
⁹Service mobile d'urgence et de réanimation

LA REFORME DU MODELE DE FINANCEMENT ET DE REGULATION

Focus : la psychiatrie pour un financement plus cohérent qui réduit les inégalités

Il est proposé d'instaurer un financement reposant sur la combinaison de 6 modalités de financement :

1. une dotation populationnelle (ARPP)
2. un compartiment activité
3. le financement à la qualité
4. le financement de nouvelles activités
5. le financement de la recherche
6. le financement de la qualité du codage



VI Le système de régulation des dépenses de santé

La pertinence des soins est l'un des leviers de la régulation des dépenses de santé ; elle devrait être encouragée par les nouveaux modes de financement proposés et le principe de paiement combiné. C'est là une étape dans la maîtrise des volumes.

Des dispositifs pour inciter à la pertinence seront développés et déployés sur les territoires et portés par les ARS et les OMEDIT¹⁰.

Enfin, le respect annuel de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est aujourd'hui assuré par le mode de régulation actuel.

Pour autant, le mode de régulation doit évoluer pour apporter plus de lisibilité aux acteurs du système et leur permettre d'investir, de développer des activités et d'opérer les transformations nécessaires à toutes organisations.

C'est l'enjeu des propositions de la task force :

- Adopter une politique pluriannuelle pour la révision des éléments de financement et les évolutions tarifaires : l'évolution des tarifs serait fixée par arrêté tous les 3 à 5 ans ; leur variation est incluse dans l'arrêté.
- Reconsidérer la déclinaison en sous-objectifs de l'ONDAM pour aller vers un objectif unique.

Cette réforme devra se faire par étapes.

¹⁰Observatoires des médicaments et Dispositifs Médicaux

3. ET EN PRATIQUE ?

1) Le forfait « pathologies chroniques »

La mise en œuvre démarre dès 2019 à l'hôpital avec deux forfaits hospitaliers dits « de transformation » pour le diabète de type 1 et 2, et l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Concernant les modalités de paiement :

- Diabète : le forfait vient en substitution de l'actuelle facturation (consultation, HDJ et hospitalisation de courte durée). Il est calculé la 1^{ère} année sur la base des dépenses actuelles pour évoluer à la marge sur la base de la file active ; le versement de l'intégralité du forfait est soumis à la réalisation d'un nombre minimal d'actes.
- IRC : le forfait finance une nouvelle prise en charge.

À partir de 2020, sera introduit une modulation du forfait, selon le niveau de risque patient, apprécié sur la base d'indicateurs de résultats et d'expérience patient.

À la cible (étape 3), il est prévu le versement de forfaits globaux à l'ensemble des acteurs, sur la base des retours d'expérience dans le cadre de l'expérimentation prévue par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

La mise en œuvre et ses conditions :

- En attente des retours d'expérience d'organisations similaires (article 51) ;
- Nécessité de recueillir de nouvelles informations cliniques et socio démographiques ;
- Limiter le nombre de forfaits par pathologie ;
- Le patient peut changer de référent médical (en l'absence de cumul de 2 forfaits).

2) Le paiement à la qualité et à la pertinence

La première année d'entrée en vigueur est une année de recueil des indicateurs qui ne donne pas lieu au versement de la dotation complémentaire.

Pour les établissements de santé, le compartiment de financement généralise le système IFAQ mis en place en 2016 avec de nouvelles règles de financement :

- Une liste limitative d'indicateurs (pas plus de 10 par champ d'activité) qui sont renouvelés tous les 3 à 5 ans ;
- La rémunération est globale pour un établissement : les indicateurs sont recueillis par entité géographique ;
- Chaque entité peut être rémunérée pour chaque indicateur ;
- Un score minimal pourra être défini pour certains indicateurs. En dessous de ce score, un malus sera appliqué pour les établissements.

3) Le paiement groupé à la séquence de soins

Mise en œuvre progressive conditionnée par les retours du dispositif d'expérimentation de l'article 51 de la LFSS pour 2018 pour 3 interventions chirurgicales : colectomie pour cancer colique, prothèse totale de hanche et prothèse totale de genou. Il est envisagé d'inclure les ré-hospitalisations dans la séquence initiale.

Sur la base de ces retours d'expérience, une extension à la filière MCO/SSR et MCO/HAD en concomitance avec la mise en place des réformes en cours dans ces secteurs et la révision des nomenclatures est prévue.

4) La tarification à l'activité et les nomenclatures

Une première étape en 2019 concerne l'évolution de la nomenclature hospitalière (GHS¹¹), en vue de soutenir le développement de l'activité RAAC¹² et de la médecine de courte durée : suppression des bornes basses restantes pour les niveaux de prise en charge, suppression de la référence à la DMS¹³ pour certaines prises en charge et tarifs uniques entre séjours de très courte durée et hospitalisation complète.

L'ensemble de ces mesures figurent dans la notice technique de l'ATIH¹⁴ pour la campagne tarifaire et budgétaire 2019 du 23 avril 2019 « Nouveautés financement ».

Le nouveau modèle de financement de la psychiatrie sera mis en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2021. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 devrait inscrire ce changement et donner le cap pour une mise en œuvre progressive de la réforme jusqu'en 2020.

D'ici là, 4 groupes de travail se réunissent entre Juillet et Octobre pour préciser les différentes modalités du financement. En jeu : la proportion minimale de l'ARPP, la définition de files actives utilisées dans le compartiment activité, la définition des indicateurs qualité, etc.

L'année 2020 sera consacrée à la préparation de la réforme (accompagnement des ARS et des établissements, élaboration et publication des textes réglementaires, etc.).

4. TEXTES À VENIR

- De nombreux textes réglementaires devront être pris pour mettre en musique la refonte des modes de financement

5. À RETENIR

- Les réformes des modes de financement et de régulation sont ambitieuses, structurantes et accompagnent la transformation de notre système de santé ;
- D'une ampleur inédite dans leur application, touchant l'ensemble des secteurs, ville et hôpital, leur mise en œuvre sera progressive et devra affronter toutes sortes de défis : résistance au changement (culturel, professionnel, organisationnel), limites techniques (SIH), contraintes budgétaires ;
- Pour les établissements de santé la diversification refondée des modes de financement et leur combinaison doivent permettre de mieux répondre aux enjeux du secteur et aux caractéristiques de l'activité.

¹¹Groupement homogène de séjour

¹²Récupération Améliorée Après Chirurgie

¹³Durée moyenne de séjour

¹⁴Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

LA REFORME DU MODELE DE FINANCEMENT ET DE REGULATION

En synthèse:

- **Limitation à 50% de la part financée à l'activité**, ce qui impacte la T2A en MCO, la DMA en SSR et les prix de journée en SSR et psychiatrie ;
- **Extension et amplification du financement lié à la qualité, à l'ensemble des secteurs.** Multiplié par 4 dès cette année (300 M€), il représenterait en 2022, 2 milliards d'euros (2%) ;
- **Montée en charge progressive des forfaits pathologies chroniques** à hauteur de 5 milliards d'euros en 2022 ;
- Mise en œuvre **du paiement combiné pour la psychiatrie** avec plusieurs modalités dont une allocation populationnelle qui représenterait au total **8,7 milliards d'euros** soit 11% ;
- L'introduction à hauteur de 7 milliards d'euros de **financements «socle» pour les activités de SSR et HAD** en parallèle d'une part à l'activité ;
- Introduction de **paiements groupés** court séjour-SSR et court séjour-HAD.

Les nouveaux modes de paiement en un coup d'œil :



LA RÉFORME DU RÉGIME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Article 36 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**
- **Articles L.6122-1 et suivants du code de la santé publique**
- **Article L.6123-1 du code de la santé publique**
- **Article L.6124-1 du code de la santé publique**

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma Santé 2022 a annoncé une réforme en deux temps du régime des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds :

- En 2020 pour les activités les plus structurantes sur les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie ;
- En 2022 pour les autres activités.

La réforme se fera dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisée à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent pour prendre en compte les exigences de qualité, de sécurité et de technicité des soins dans les conditions d'autorisation des différentes activités¹.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé habilite ainsi le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures en vue de moderniser et élargir le régime des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds. Elle prévoit plusieurs ordonnances qui doivent être prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication de la loi, soit d'ici le début de l'année 2021.

Ces ordonnances ont pour objet de :

- Modifier le régime des autorisations pour, notamment, développer les alternatives à l'hospitalisation et l'hospitalisation à domicile (HAD), prévoir de nouveaux modes d'organisation des acteurs de santé et prendre en compte les particularités de certaines activités rares ou à haut risque ;
- Adapter le régime juridique des autorisations aux activités réalisées dans le cadre des dispositifs de coopération et de coordination des acteurs de santé ;
- Simplifier les procédures et les conditions de délivrance des autorisations ;
- Assurer la cohérence des règles spécifiques applicables au service de santé des armées avec la réforme des autorisations.

¹MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF, dossier de presse, 18 septembre 2018, p.27

3. ET EN PRATIQUE ?

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 avait déjà autorisé le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance en matière de droit des autorisations pour une durée de deux ans. L'ordonnance du 3 janvier 2018² et le décret du 19 février 2018³ ont ainsi permis de moderniser la procédure d'autorisation de droit commun des activités de soins et d'équipements matériels lourds : allongement de la durée de validité des autorisations de 5 à 7 ans, réforme des visites de conformité, prise en compte des résultats de certification HAS, procédure d'urgence sanitaire, etc.

Parallèlement, le ministère de la santé conduit depuis la fin de l'année 2017 des travaux complémentaires en vue de réviser les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement spécifiques à chaque activité de soins et équipement matériel lourd. Il s'agit de moderniser le régime des autorisations créé en 2003 tout en renforçant la prise en compte d'éléments qualitatifs dans l'octroi des autorisations (innovations technologiques, objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pertinence des actes, mise en place des groupements hospitaliers de territoire, multiplication des coopérations, décloisonnement des activités, etc.).

Ces travaux conduiront à la production de plusieurs projets de décret, courant 2019 et 2020, faisant évoluer la partie réglementaire du code de la santé publique

Les enjeux de la réforme des autorisations

Plusieurs enjeux sont poursuivis dans le cadre de la réforme des autorisations et s'intègrent à la stratégie de transformation du système de santé :

- **Un enjeu d'harmonisation des règles entre les activités** : certaines d'entre elles sont soumises à des dispositions très détaillées et plus contraignantes que d'autres, par exemple le traitement du cancer, et quelques-unes ne disposent pas encore de conditions techniques de fonctionnement (médecine hors urgence, chirurgie hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie).
- **Un enjeu d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des prises en charges des patients** : définition d'un socle minimal de normes de structure, détermination du parcours des patients et prise en compte de l'amont et de l'aval, introduction de dispositions sur la démarche qualité et la gestion des risques.
- **Un enjeu de territorialisation de l'offre en lien avec les coopérations entre acteurs** : afin d'améliorer l'organisation des soins de proximité et accompagner la réorganisation des hôpitaux, le droit des autorisations doit pouvoir encourager le « faire ensemble » entre les structures et les professionnels de santé et promouvoir une approche territoriale de l'offre de soins dans une logique de gradation et d'accessibilité adaptée aux besoins des patients.
- **Un enjeu de prise en compte de l'innovation en santé** : le droit des autorisations doit permettre le développement de nouvelles pratiques de prise en charge, notamment ambulatoires, et de nouvelles techniques, technologies et stratégies thérapeutiques.

Les travaux en cours

Dix groupes de travail ont été constitués et associent des représentants des collèges nationaux professionnels, des fédérations, des agences régionales de santé, des agences expertes (notamment HAS), de l'Assurance-maladie et du ministère des solidarités et de la santé.

Les 18 activités de soins et les 5 équipements matériels lourds actuellement soumis à autorisation sont concernés et réunis en quatre vagues de travaux et quatre chantiers transversaux :

- Vague 1 : activités interventionnelles sous imagerie médicale (neuroradiologie, cardiologie, oncologie, autres), imagerie non interventionnelle, médecine nucléaire.
- Vague 2 : cancer, chirurgie, périnatalité, soins de suite et de réadaptation, urgences.
- Vague 3 : réanimation / soins critiques, médecine / long séjour, grands brûlés, santé mentale.
- Vague 4 : greffe, assistance médicale à la procréation, génétique, insuffisance rénale chronique.
- Chantiers transversaux : anesthésie, territorialisation, qualité et sécurité, HAD.

²Ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, JORF 4 janvier 2018

³Décret n° 2018-117 du 19 février 2018 relatif à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, JORF 21 février 2018

LA RÉFORME DU RÉGIME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS

Ces groupes de travail étudient également l'éventuel élargissement de l'application du régime juridique des autorisations à d'autres activités de soins et équipements. Par exemple, les appareils d'échographie, actuellement non soumis à autorisation, pourraient le devenir dans le cadre de la définition nouvelle de « plateau d'imagerie », soumis à autorisation.

Plus précisément, les propositions faites par les groupes de travail sont susceptibles de modifier :

- **La titularité des autorisations** : la liste limitative de titulaires possibles d'une autorisation (un ou plusieurs médecins ; établissement de santé ; personne morale dont l'objet porte sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd) pourrait être étendue, notamment pour permettre des modes d'organisation à une échelle différente d'un site géographique.
- **La planification de l'organisation et du fonctionnement de certaines activités rares ou à haut risque** : pourrait conduire à l'éventuelle mise en place d'un maillage national pour certaines activités (greffes rares) et à la définition de maillages territoriaux distincts au sein d'une même activité afin de prendre en compte des spécificités (par exemple, actuellement, la cardiologie interventionnelle est régulée au niveau régional mais il pourrait être envisagé que le traitement des enfants, activité rare, puisse être régulée à un niveau interrégional afin de garantir la qualité et la sécurité).
- **La notion d'équipe médicale de territoire** : les travaux remettent en question la notion de site géographique, inhérente au droit des autorisations en vigueur, et interroge la pertinence de cette condition au regard des seuils d'activité, des structures autorisées et des modes d'organisation actuels.
- **L'évolution de l'hospitalisation à domicile (HAD)** : elle constitue aujourd'hui une modalité de prise en charge qui pourrait être transformée en activité de soins à part entière.
- **Les mesures techniques de mise en œuvre de la réforme** : d'éventuelles dispositions procédurales ou mesures transitoires pourraient se révéler nécessaires à la bonne mise en œuvre de la réforme des autorisations sur le terrain⁴.

La mise en œuvre de la réforme

Si les travaux des différents groupes pourront conduire à une évolution législative, ce qui justifie la nouvelle habilitation à légiférer par ordonnances, ils conduiront avec certitude à la production de plusieurs projets de décrets portant sur les nouvelles conditions d'implantation et les nouvelles conditions techniques de fonctionnement des différentes activités de soins et équipements soumis à autorisation.

Ces textes entraîneront de facto la révision des schémas régionaux de santé (SRS) qui ont été élaborés en 2018 par les ARS et publiés au sein des projets régionaux de santé (PRS). La révision des schémas provoquera une mise en conformité de l'ensemble des autorisations délivrées, toutes activités de soins et tous équipements matériels lourds confondus.

Il est recommandé aux titulaires d'autorisation de se préparer à d'éventuelles évolutions organisationnelles, voire structurelles, de leurs activités et d'anticiper les procédures administratives à respecter (fenêtre de dépôt, dossier d'autorisation conforme aux nouvelles dispositions, etc.).

Une période transitoire, prévue en principe par les décrets, permettra une mise en conformité dans des délais raisonnables au regard des évolutions envisagées par les textes (NB : lors de la réforme de certaines activités entre 2006 et 2010, un délai de mise en conformité de deux ans avait été prévu).

⁴Étude d'impact du Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, NOR : SSAX1900401L/Bleue-2, 13 février 2019, pp. 74-78

LA RÉFORME DU RÉGIME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS



4. TEXTES À VENIR

- Ordonnances relatives à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds
- Ordonnance relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides
- Décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement pour chaque activité de soins

5. À RETENIR

- La réforme des autorisations poursuit l'amélioration de la répartition territoriale de l'offre de soins selon une logique de gradation des soins ;
- Les exigences de qualité, de sécurité, de technicité et de pertinence des soins seront renforcées dans les conditions d'autorisation pour les différentes activités de soins et équipements matériels lourds ;
- Le contenu exact de la réforme des autorisations n'est pas encore connu et sera précisé par plusieurs ordonnances, attendues d'ici le début de l'année 2021, et de nombreux décrets prévus dès le deuxième semestre 2019 ;
- A minima, la réforme des autorisations permettra de développer les alternatives à l'hospitalisation et l'hospitalisation à domicile, de prendre en compte les nouveaux modes d'organisation des acteurs de santé, notamment en cas de coopération et de coordination, et de simplifier les procédures ;
- Après la publication des décrets d'autorisation et la modification des schémas régionaux de santé, les titulaires d'autorisation devront se mettre en conformité avec les nouveaux textes. Il leur est recommandé de se préparer à d'éventuelles évolutions organisationnelles, voire structurelles, de leurs activités et d'anticiper les procédures administratives à respecter.

LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Articles 53 et 54 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**
- **Article L. 6316-1 du code de la santé publique**
- **Article L. 6316-2 du code de la santé publique**
- **Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale**
- **Article L. 162-15-5 du code de la sécurité sociale**
- **Article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale**
- **Article L. 162-16-1-3 du code de la sécurité sociale**

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Au sein du plan Ma Santé 2022, sous l'objectif annoncé « Libérer du temps médical pour répondre aux problématiques d'accès aux soins » (dossier de presse – septembre 2018), une annonce précise que la télémédecine sera déployée par un accompagnement territorial. L'idée de cette mesure est d'encourager le déploiement de la télémédecine, qui est devenue « un acte médical de droit commun », en définissant des cibles prioritaires sur un territoire donné ; les EHPAD, les hôpitaux de proximité, les structures d'exercice coordonné...

En parallèle, le plan Ma Santé 2022 vient renforcer ce type de prise en charge à distance, puisqu'il introduit dans le code de la santé publique, à côté de la télémédecine, le télésoin.

Après les actes médicaux, ce sont certains actes de soins qui pourront être pratiqués à distance du patient, par les pharmaciens et auxiliaires médicaux via les technologies de l'information et de la communication.

La loi prévoit ainsi (article L. 6316-2 du code de la santé publique) que le télésoin est une « forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code ».

Les activités de télésoin seront définies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé sur les conditions de réalisation du télésoin permettant de garantir leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant.

Un décret devra préciser les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin.

Des dispositions tarifaires sont également introduites au code de la sécurité sociale : les conventions nationales conclues entre l'assurance-maladie et les professionnels de santé libéraux définiront les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin.

Pour les auxiliaires médicaux, « les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin » (article L. 162-14-1, I, 1° du code de la sécurité sociale).

Pour les pharmaciens, « les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin, bilan de médication ou entretien d'accompagnement par un pharmacien ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin » (article L. 162-16-1, 15° du code de la sécurité sociale).

LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ

La référence à la prise en compte des déficiences de l'offre de soins (notamment dues à l'insularité et l'enclavement géographique) est supprimée, marquant ainsi la fin d'une approche restrictive du recours à la télésanté.

Ces deux dispositifs, télé médecine, et télésoin, forment ensemble la télésanté ; nouveau titre à venir du chapitre VI du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, en lieu et place de l'intitulé « télé médecine » qui en devient une branche.

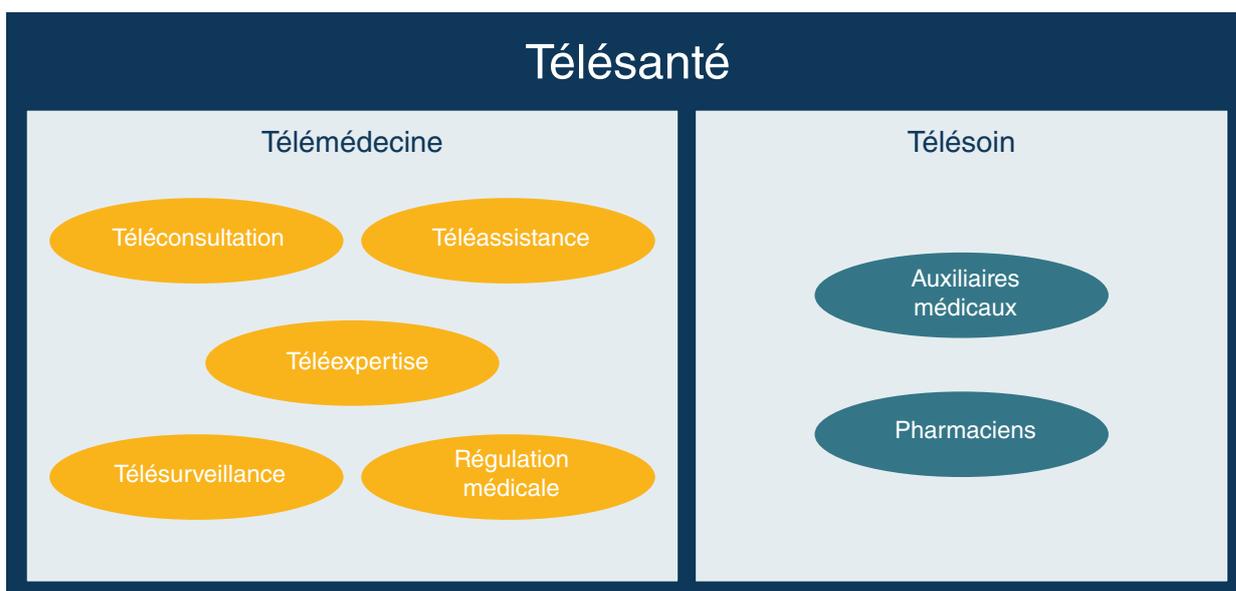


3. ET EN PRATIQUE ?

Le plan Ma Santé 2022 vient instaurer la possibilité pour chaque personne de créer son espace numérique de santé. Sur cet espace, la personne disposera des outils lui permettant d'accéder à des services de télésanté regroupant la télé médecine et le télésoin (article 12 de la loi).

La télé médecine a été définie pour la première fois par la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009. Il s'agit d'une forme de pratique médicale à distance qui est possible grâce à des technologies de l'information et de la communication. Pour rappel, la télé médecine est composée de 5 actes médicaux, définis dans l'article R.6316-1 CSP.

Le télésoin sera lui aussi composé de différents actes, qui seront définis par décret pris en Conseil d'Etat. Cette possibilité de prise en charge constituera une nouveauté pour les pharmaciens et les auxiliaires médicaux, et en premier lieu les infirmiers. Les actes seront effectués par vidéo transmission.



LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ

On remarquera que le télésoin, qui vient élargir la palette juridique des activités de santé réalisables à distance, fait l'objet d'une reconnaissance alors même que les textes viennent de simplifier le cadre juridique de mise en œuvre de la télémédecine.

Ainsi, le décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 a notamment permis :

- De déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale qui prévoient la signature des feuilles de soins par l'assuré pour la facturation des actes par les professionnels de santé ;
- D'alléger les formalités préalables pour la mise en œuvre des actes de télémédecine en abrogeant les dispositions du code de la santé publique relatives à la contractualisation avec les agences régionales de santé et au conventionnement obligatoire entre acteurs mettant en œuvre une activité de télémédecine.

Le dispositif juridique est ainsi simplifié, ce qui ne doit pas faire oublier la nécessité de sécuriser la mise en œuvre d'un projet de télémédecine, notamment du point de vue :

- Des droits du patient, en particulier de son consentement ;
- De la traçabilité des actes réalisés ;
- De la protection des données personnelles circulant entre les deux acteurs de santé via le dispositif de télémédecine ;
- Des problématiques de responsabilité professionnelle et d'assurance.

Sur le plan du financement, la situation évolue également.

L'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, approuvé par un arrêté du 1er août 2018, encadre désormais les modalités de mise en œuvre et de facturation des actes de télémédecine en secteur de soins de ville.

On retiendra en particulier l'accent mis sur le déploiement de la téléexpertise et de la téléconsultation, toutes spécialités confondues (et plus seulement en imagerie s'agissant de la téléexpertise).

S'agissant de la téléconsultation, le texte en définit le périmètre, les modalités de mise en œuvre et inscrit la téléconsultation dans le parcours de soins coordonné du patient. Il pose en outre le principe que les actes de téléconsultation sont valorisés dans les mêmes conditions que les consultations dites "en présentiel" (en présence du patient).

S'agissant de la téléexpertise, précisons que le texte définit deux niveaux de téléexpertise :

- Un premier niveau de téléexpertise, consistant en un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de premier niveau correspond à l'analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques y compris pour aider à l'orientation de la prescription, etc.) ;
- L'avis de second niveau correspond à l'analyse de plusieurs types de documents. Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 2 les situations et pathologies suivantes: la surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution, le suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation, le suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique, l'adaptation d'un traitement anti épileptique...
Des modalités spécifiques de rémunération sont appliquées aux actes de téléexpertise.

En ouvrant aujourd'hui la télésanté aux auxiliaires médicaux et aux pharmaciens, le plan Ma Santé 2022 :

- Diversifie les catégories de professionnels de santé susceptibles de recourir à cette pratique, qui ne sera plus l'apanage des seuls médecins ;
- Initie une réflexion sur de nouvelles organisations de soins, et met à disposition un outil susceptible de contribuer au maintien ou au déploiement d'une offre de premier recours mieux coordonnée et structurée.
À l'instar de la mise en place de la télémédecine en soins de premier recours, des négociations conventionnelles devront s'ouvrir pour déterminer les conditions de mise en œuvre, de rémunération, et de facturation de cette nouvelle forme d'activité.

LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ

4. TEXTES À VENIR

- Arrêté du ministre en charge de la santé, après avis de la Haute Autorité de Santé, définissant les activités de télésoin (conditions de réalisation du télésoin, professionnels pouvant y participer...)
- Décret pris en Conseil d'Etat relatif aux conditions de mise en œuvre des activités de télésoin (CSP)
- Décret pris en Conseil d'Etat relatif aux conditions de prise en charge des activités de télésoin (CSS)

5. À RETENIR

- Le plan Ma santé 2022 intègre la notion de « télésanté » dans le code de la santé publique qui comprend deux éléments que sont la télémédecine et le télésoin ;
- La définition de la télémédecine n'est pas impactée par la réforme ;
- La définition du télésoin est introduite par cette réforme et permet aux pharmaciens et auxiliaires médicaux d'entrer en relation à distance avec un patient afin de l'accompagner dans des actes de soins ;
- Les textes à venir définiront plus précisément les actes de télésoin ; les professionnels concernés et les conditions de prise en charge seront publiés ultérieurement.

LA TÉLÉMÉDECINE
Déployer un dispositif de téléconsultation
ou de télé-expertise (Réf. 1544)

À Paris les :
- 16, 17 mars 2020
- 12, 13 octobre 2020



Assistante formation

☎ 01 41 17 15 15

✉ formation@cneh.fr



LE DÉPLOIEMENT D'OUTILS NUMÉRIQUES MIS AU SERVICE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Articles 44, 45, 50, 53, 55 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Article L. 1110-13 du code de la santé publique*
- *Article L. 1110-13-1 du code de la santé publique*
- *Article L. 1110-13-2 du code de la santé publique*
- *Article L. 6316-1 du code de la santé publique*
- *Article L. 6316-2 du code de la santé publique*
- *Article 49 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019*
- *Article L. 161-38 du code de la sécurité sociale*
- *Article L. 162-2-3 du code de la sécurité sociale*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Une des grandes ambitions du plan Ma Santé 2022 est d'accélérer de manière précise et concrète le virage numérique en santé tant pour les patients que pour les professionnels, déjà amorcé par le plan Hôpital numérique 2012-2017 et la généralisation du dossier médical partagé en 2018 (DMP) (décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé, pris en application de l'article 96 de la loi du 26 janvier 2016).

L'objectif est de permettre, entre autres, de replacer en priorité l'usager au cœur même du système de santé « comme le premier bénéficiaire de services numériques en santé¹ ». Cet espace lui donnera les moyens techniques et pratiques d'être pleinement l'acteur de sa prise en charge et d'utiliser « en routine²» les services numériques pour un meilleur accès au système de santé.

Pour ce faire, 3 axes déterminent la trajectoire du projet :

1. Doter chaque usager d'un espace numérique de santé dont il aura la pleine maîtrise (article L. 1110-13 à 13-2 du CSP).
2. Déployer pleinement la télésanté en renforçant la télémedecine mais surtout et de manière complémentaire en créant le télésoin (article. L. 6316-1 et L. 6316-2 du CSP).
3. Moderniser la prescription médicale en la dématérialisant par la création des e-ordonnances (article 55).

Pour les pharmaciens, « les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéo-transmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin ou bilan de médication ou entretien d'accompagnement par un pharmacien ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin » (article L. 162-16-1, 15° du code de la sécurité sociale).

Les enjeux : Accéder à ses données de santé en ligne pour tous les patients, dématérialiser l'intégralité des prescriptions, simplifier le partage d'informations entre tous les professionnels de santé. Il s'agit d'améliorer le suivi du patient, de mesurer la qualité des soins, de faciliter le dialogue ville-hôpital et de mettre en place une réelle efficacité et pertinence des actes médicaux et paramédicaux en évitant les actes redondants donc inutiles. Mais aussi de gagner du temps médical, de lutter contre les déserts médicaux et la difficile accessibilité aux soins dans certaines régions et pour certaines populations (ex : personnes âgées).

¹Ma santé 2022 Engagement collectif - dossier de presse 18/09/2018 p.19

²Idem

LE DÉPLOIEMENT D'OUTILS NUMÉRIQUES MIS AU SERVICE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

3. ET EN PRATIQUE ?

Un espace numérique personnel :

■ Ses caractéristiques :

Cet espace permettra à l'utilisateur de gérer en toute liberté ses données et de participer pleinement la construction de son parcours de santé en lien avec tous les acteurs potentiels dont l'intervention lui sera nécessaire.

A l'instar du DMP, il est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. Chaque personne ou son représentant légal est informée de l'ouverture de son espace numérique de santé, des conditions de fonctionnement de cet espace, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de données de santé dans un espace numérique et des modalités de sa clôture. Par ailleurs, chacun et chacune (ou le représentant légal) est également informé des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture de l'espace numérique de santé. Son identification est effectuée par son Identifiant National de Santé (INS). Cet espace est gratuit.

■ Son contenu :

Dans cet espace numérique dédié, le patient ou son représentant légal bénéficiera de l'accès à toute l'information sur son état de santé qu'il aura souhaité y intégrer : ses données administratives, son DMP, ses constantes de santé produites éventuellement par des applications ou objets connectés... Mais aussi des informations sur ses droits ou l'offre de soins sur le territoire... Il aura un accès facilité aux services en ligne tels que les prises de rendez-vous. Et il pourra être accompagné dans son éducation à la santé et la prévention par la mise à disposition d'outils adaptés à sa situation.

Le titulaire ou son représentant légal est le seul gestionnaire et utilisateur de son espace. Aussi, il pourra décider que celui-ci ne contiendra pas un ou plusieurs éléments prévus pour y être intégrés.

Des dispositions spécifiques aux mineurs sont prévues, notamment la possibilité de s'opposer à ce que certaines données soient saisies dans leur espace numérique afin de respecter le secret sur les soins accordé en vertu du code de la santé publique (Articles L111-5-, L1111-5-1, L22112-7, et 6211-3-1 du CSP).

■ Ses accès :

Seul le patient ou son représentant légal gestionnaire attribuera les accès temporaires ou permanents en tout ou partie à son espace numérique de santé aux professionnels de santé, ou aux membres d'une équipe de soins (article L.1110-12 CSP) et à un établissement de santé. A tout moment il pourra décider de mettre fin à un tel accès. De plus, le gestionnaire pourra extraire des données de l'espace numérique de santé en application des dispositions du droit européen relatives au droit d'accès et à la portabilité des données. Enfin, il pourra décider de sa clôture en tout ou partie.

■ Sa conservation :

L'espace numérique sera conservé 10 ans à compter de sa clôture sauf demande expresse de destruction de la part de l'utilisateur.

Enfin, c'est à l'Etat accompagné d'une autorité publique (à désigner par décret) que revient la tâche d'assurer la conception, la mise en œuvre, l'administration, l'hébergement et la gouvernance de l'espace numérique.

Un déploiement de la télésanté et la création du télésoin :

La loi tout en renforçant la télémédecine en instaurant une collaboration entre médecin et autres professionnels, introduit et définit le télésoin, comme une pratique de soins à distance entre un patient et son pharmacien ou un auxiliaire médical. Elle complète ainsi la pratique de la télémédecine en donnant la possibilité pour l'ensemble des professionnels de santé non médicaux d'effectuer des consultations à distance. Parmi les exemples possibles de télésoin, l'exposé des motifs de la loi évoque « l'accompagnement par les infirmiers des effets secondaires des chimiothérapies orales, ou les séances d'orthophonie et d'orthoptie à distance ».

En permettant la prise en charge des patients à distance par des pharmaciens et des auxiliaires médicaux, cette mesure répond à la nécessité d'améliorer l'accès aux soins et la coordination des soins entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux mais aussi de répondre notamment aux problématiques de la dépendance et des déserts médicaux. Ce déploiement participe d'autant au renforcement des liens entre prise en charge à l'hôpital et prise en charge à domicile.

Par ailleurs, le texte modifie en conséquence les dispositions encadrant les conventions conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les professionnels de santé libéraux, ainsi que les dispositions spécifiques relatives aux conventions des pharmaciens d'officine, afin d'y ajouter les activités de télésoin. Ces conventions devront désormais définir les tarifs, modes de rémunération ainsi que les activités de télésoins visées à l'article L. 6316-2 du CSP (article L. 162-14-1 et s du CSS).

Enfin, on notera que les actes de télésoin remboursés par l'assurance maladie devront être transmis par vidéo transmission (article L. 162-16-1 du CSS).

Pour mémoire, les actes de téléconsultation sont remboursables par l'assurance maladie depuis le 15 septembre conformément aux dispositions prévues par l'avenant n°6 à la convention médicale et par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018.

Une modernisation des prescriptions médicales :

En parallèle, et en toute logique, le cadre de la prescription dématérialisée est revu par l'article 55 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé afin de favoriser le développement des e-prescriptions. Le texte habilite l'exécutif à prendre par voie d'ordonnances les mesures nécessaires à ce développement.

Ces prescriptions dématérialisées ont pour objectif l'amélioration de la qualité des prescriptions ainsi que la qualité des soins. Mais aussi celui de faciliter leur accès, leur partage et l'analyse des interactions médicamenteuses. On observe ici une volonté forte de favoriser le suivi à distance des patients avec la « e-prescription », conséquence logique de la « e-consultation », l'ensemble étant organisé au sein de la télésanté.

Dès lors, et pour plus de cohérence juridique, l'article 34 de loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui prévoyait la communication de la prescription par seul courriel et l'obligation d'examen clinique préalable est supprimé.

En complément, l'article 49 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 renforce le processus de certification des logiciels d'aide à la prescription (art. L.161-38-1 du CSS) établi par la HAS et prévoit la transmission de certaines données personnelles des patients par l'assurance maladie aux médecins et pharmaciens dans le but d'assurer une meilleure qualité de leur prise en charge (art. L. 162-2-3 du CSS). Il précise que le patient dûment averti pourra s'opposer à cette transmission d'information.

Un virage numérique pour les patients et les professionnels, mais pas seulement...

En effet, le lancement opérationnel du programme HOP'EN en 2019³ vient prendre sa part dans l'évolution du numérique en poursuivant le développement d'Hôpital numérique (plan 2012-2017).

■ Son objectif :

Harmoniser les services numériques des établissements de santé sur un même territoire pour que le parcours du patient et des professionnels de santé d'un établissement à l'autre soit facilité et que chaque patient bénéficie d'un même niveau de services (dans le contexte des groupements hospitaliers de territoire - GHT, notamment).

■ Les moyens :

Pour ce faire les structures hospitalières doivent se doter d'un système d'information de maturité suffisante : il doit « intégrer les exigences les plus élevées sur un socle de maturité des systèmes d'information (SI) (cybersécurité, dossier patient (donc données sensibles) prescription,...) ». Exigences qui « portent de nouvelles ambitions pour promouvoir et sécuriser les échanges entre l'hôpital, la ville (partenaires) et les usagers.»⁴...

■ L'enjeu :

L'accélération de la transformation numérique des établissements de santé doit rapprocher les hôpitaux des patients en leur offrant des services numériques adaptés et sécurisés en lien avec la mise en place de l'espace numérique de santé d'ici 2022.

Enfin, rappelons que l'ensemble du dispositif général de décline aussi sur fond de RGPD⁵ : la boucle est bouclée....

³Instruction n) DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019 relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN.

⁴Idem

⁵Le règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données, publié en avril 2016 est applicable obligatoirement sur tout le territoire européen depuis le 28 mai 2018.

LE DÉPLOIEMENT D'OUTILS NUMÉRIQUES MIS AU SERVICE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

■ Point de vigilance :

L'ensemble du système replaçant le patient citoyen au cœur de la e-santé repose sur le consentement de l'utilisateur, ce qui pose une véritable question quant à l'éducation de chacun à la dématérialisation des données mais aussi des professionnels ... De plus, pour assurer la pleine effectivité du dispositif, les autorités publiques devront être très attentives à l'inégal accès aux réseaux et à internet sur le territoire dans le cadre de leur mission de conception et de mise en œuvre de l'espace numérique. Quant aux établissements, ils doivent impérativement tenir compte de tous les aspects du numérique dans leur développement réalisé, amorcé ou futur (juridiques, techniques, organisationnels, humains, éthiques).

Au regard de l'évolution de l'environnement des données à caractère personnel et des enjeux philosophiques, éthiques, économiques et politiques qu'elles posent, il sera nécessaire de développer aussi rapidement une véritable éthique de l'utilisation des données personnelles, de leur accès et de leur circulation.

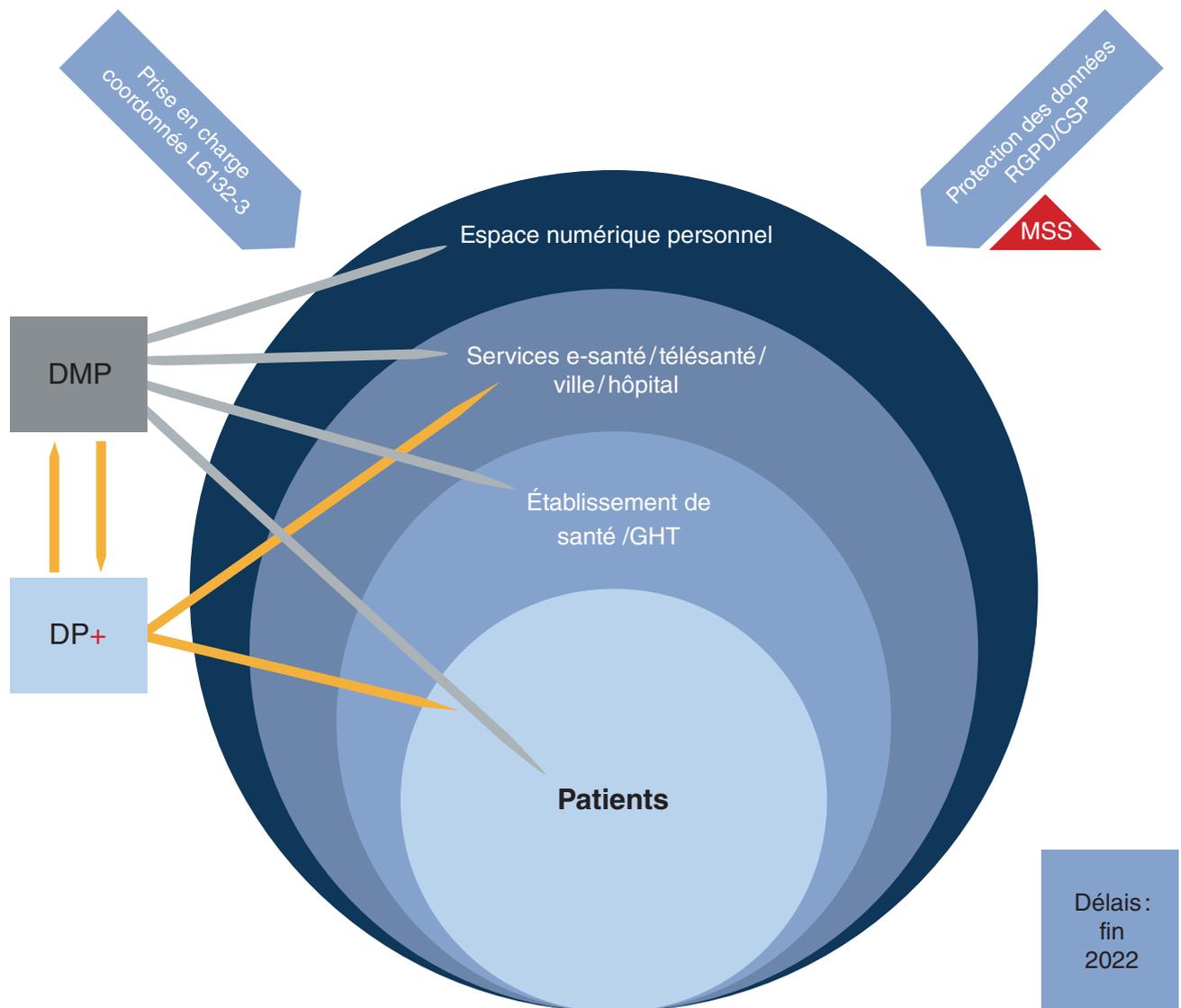
4. TEXTES À VENIR

- Ordonnances dans les 12 mois de la publication de la loi relatives aux mesures d'encouragement des e-ordonnances
- Décret précisant les modalités d'application de l'espace numérique
- Décret fixant les conditions de prise en charge des activités de télésoin
- Décret fixant la liste des fonctionnalités qui doivent être fournies par les logiciels
- Arrêté fixant les activités de télésoin autorisées.

5. À RETENIR

- Le plan Ma santé 2022 promeut le développement d'outils de la e-santé au service des patients et des professionnels dans la continuité de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Tous les patients auront la possibilité de s'informer et d'accéder plus facilement à leurs données numériques. Ils deviennent de réels acteurs/gestionnaires de leur santé ;
- Le déploiement de la télésanté (télé médecine, télésoin, e-ordonnances) accentue le déploiement numérique et devient incontournable dans le cadre d'une prise en charge de qualité ;
- Le programme HOP'EN 2018-2022 se conjugue à l'horizon du déploiement numérique dans le champ sanitaire ;
- Il y a nécessité de développer parallèlement une éthique forte de l'utilisation de la circulation et de l'accès aux données personnelles.

LE DÉPLOIEMENT D'OUTILS NUMÉRIQUES MIS AU SERVICE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Articles 68 et 69 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Article L.3131-7 du code de la santé publique*
- *Article L.3131-8 du code de la santé publique*
- *Article L.3131-9 du code de la santé publique*
- *Article L.3131-9-1 du code de la santé publique*
- *Article L.3131-10-1 du code de la santé publique*
- *Article L.3131-11 du code de la santé publique*
- *Article L.3134-1 du code de la santé publique*
- *Article L.6143-7 du code de la santé publique*
- *Article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles*
- *Article 10-6 du code de procédure pénale*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le Gouvernement a souhaité conforter la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Il a ainsi réfléchi aux évolutions à apporter aux outils de planification et de préparation aux crises, s'appuyant notamment sur des analyses issues de retours d'expérience et d'évaluation réalisés par ou en liaison avec les agences régionales de santé (ARS).

Les articles 68 et 69 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ont donc pour objet le renforcement du dispositif de préparation du système de santé aux SSE face à l'évolution des risques et menaces (terrorisme, risques infectieux émergents et épidémiques, enjeux climatiques...). L'enjeu est de permettre une montée en puissance rapide des acteurs, tout en anticipant et préparant au plus tôt le retour à la situation normale.

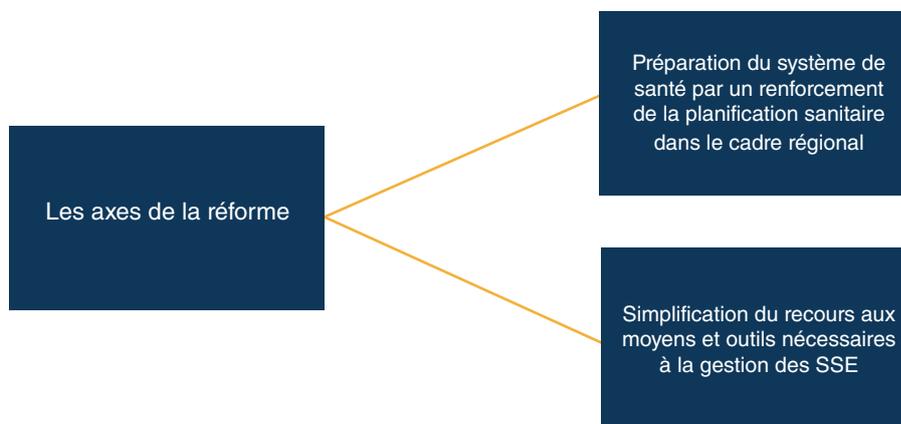
L'article 68 de la loi :

- donne des pouvoirs aux ARS pour renforcer l'offre de soins dans les situations qui l'exigent et adapte le régime de mobilisation des professionnels de santé ;
- impose des obligations aux établissements de santé et à certains établissements médico-sociaux ;
- renforce la prise en charge des victimes.

L'article 69 quant à lui permet l'échange de données en cas de catastrophe.

¹À noter : les dispositions issues de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ne sont pas applicables en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, l'Etat n'étant pas compétent pour légiférer sur l'organisation des établissements de santé, qui sont des structures locales gérées par ces collectivités

LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES



La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 avait déjà intégré un article relatif aux SSE, notamment sur la gestion et le financement des dispositifs de prise en charge des risques et conséquences d'une SSE par l'assurance maladie : « Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année » (article 36 LFSS).

Par ailleurs, la publication du « Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé » (actualisant le guide « Plan blanc et gestion de crise » de 2006) par le Ministère des solidarités et de la santé en avril 2019 souligne l'actualité de cette thématique. Ce guide met à disposition des établissements de santé un cadre général ainsi que des outils de planification opérationnels et de gestion de crise, quelle que soit la nature de l'événement.

3. ET EN PRATIQUE ?

■ Le renforcement de la planification sanitaire régionale

Dans le cadre du renforcement de la planification régionale, l'évolution des dispositions législatives poursuit l'objectif de concentrer les actions de préparation des ARS sur l'élaboration du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de SSE. Ainsi, la nouvelle loi donne aux directeurs généraux des ARS un rôle de proposition auprès des préfets avant que ces derniers ne procèdent à des réquisitions en cas de situations exceptionnelles (article L. 3131-8 du CSP).

Un nouvel article L. 3131-10-1 est introduit dans le code de la santé publique pour organiser une mobilisation rapide sans impacter trop profondément le système de santé et sans recourir à la procédure de mise à disposition qui n'est pas adaptée pour agir en cas d'urgence. Ainsi en cas de SSE dont les conséquences dépassent les capacités de prise en charge d'une ou de plusieurs structures de soins de la région, le directeur général de l'ARS concernée peut faire appel aux professionnels de santé de la région volontaires pour porter appui à ces structures de soins. De même, lorsque les conséquences de la situation dépassent les capacités de prise en charge d'une région, le directeur général de l'ARS de zone ou le ministre chargé de la santé peuvent solliciter auprès des directeurs généraux des ARS des autres régions des ressources sanitaires complémentaires. Ces derniers identifient les professionnels de santé volontaires pour porter appui aux structures de soins de la région concernée. Le directeur général de l'ARS concernée par la situation affecte alors, au sein de la région, les professionnels de santé volontaires en fonction des besoins.

Les ARS devront donc intégrer ces nouvelles dispositions législatives dans leur travail de planification sanitaire.

À noter : la référence au plan départemental de mobilisation, préparé par l'ARS et piloté par la préfecture, est supprimé. Ce dernier ne trouvait en effet plus sa place entre les dispositifs d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle et d'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC). Quant à la référence au plan zonal de mobilisation, elle est conservée mais le contenu de ce plan fera l'objet de modifications réglementaires pour le recentrer sur les missions de soutien logistique à un territoire impacté. En outre, pour appuyer les ARS dans leurs missions de préparation et intervenir selon la nature des situations sanitaires exceptionnelles, les établissements de santé de référence exerceront dorénavant leurs missions à l'échelon régional et non plus zonal.

■ Les obligations des établissements de santé et médico-sociaux

Les établissements de santé constituent le pilier de la réponse sanitaire aux crises. Chaque établissement de santé doit dorénavant être doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de SSE. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale (article L. 3131-7 du CSP). La référence au plan blanc disparaît donc de la partie législative du code de la santé publique. Ainsi, désormais au titre des pouvoirs du directeur, l'article L. 6143-7 du CSP prévoit que ce dernier, après concertation avec le directoire, arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles.

	Ancienne rédaction	Rédaction issue de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
<p>Article L 3131-7 du CSP</p>	<p>Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.</p>	<p>Chaque établissement de santé doit être doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de SSE. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.</p>

Afin d'assurer une parfaite coordination des acteurs sur le terrain, un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales doit fixer la liste des catégories d'établissements médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de SSE (article L. 311-8 du CASF). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont particulièrement visés par la mise en œuvre de ce dispositif.

Dans l'étude d'impact du projet de loi (13 février 2019), le gouvernement soulignait que, s'agissant des établissements de santé et médico-sociaux, « un impact est certain pour l'élaboration des nouveaux plans de gestion des tensions hospitalières ou des situations sanitaires exceptionnelles, mais cet impact sera limité à l'élaboration des mesures de préparation nouvelles demandées dans ce cadre ». Pour rappel, les établissements de santé étaient déjà tenus de réviser annuellement leurs plans.

En tout état de cause, la préparation des établissements de santé à la gestion des tensions hospitalières et des SSE est essentielle car elle permet d'adapter rapidement les organisations internes de chaque établissement pour notamment en mobiliser leurs ressources, dès lors qu'un événement vient perturber le fonctionnement nominal de l'établissement.

LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Enfin, une donnée à ne pas négliger pour les établissements publics de santé, comme rappelé dans le guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé : le groupement hospitalier de territoire (GHT). La mise en place des GHT constitue une opportunité pour faire évoluer certaines modalités du dispositif actuel d'organisation en SSE, en renforçant la coopération entre les différents établissements membres du GHT, notamment en phase de préparation et « d'intercise » et potentiellement, en fonction de la structuration du GHT lors de la gestion des SSE.

■ Le renforcement de la prise en charge des victimes

L'article L. 3131-9-1 du code de la santé publique dans son ancienne rédaction prévoyait le recueil dans un système d'identification unique des victimes en cas de mise en œuvre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (ORSAN). La loi a élargi cette disposition aux SSE et à tout événement de nature à impliquer de nombreuses victimes notamment les accidents collectifs.

Cela permettra une prise en charge des frais de santé pour un plus grand nombre de victimes.

Il est, par ailleurs, précisé que le professionnel de santé, volontaire pour porter appui aux structures de soins en cas de SSE, victime de dommages subis pendant ces périodes d'activité et, en cas de décès, ses ayant droits, auront droit, à la charge de l'Etat, à la réparation intégrale du préjudice subi, sauf en cas de dommage imputable à un fait personnel détachable du service (article L. 3133-6 du CSP).

■ L'échange de données en cas de catastrophe

La loi simplifie le recours aux moyens et outils nécessaires à la gestion des SSE. A la suite d'accidents, de sinistres, de catastrophes ou d'infractions susceptibles de provoquer de nombreuses victimes, les administrations intervenant dans la gestion de la crise, la prise en charge des victimes de ces événements, leur accompagnement ou la mise en œuvre de leurs droits, les parquets et les juridictions en charge de la procédure ainsi que les associations d'aide aux victimes agréées peuvent échanger entre elles les données, informations ou documents strictement nécessaires à la conduite de ces missions ainsi qu'à l'information des personnes présentes sur les lieux des événements et de leurs proches.

Toute personne recevant des données, informations ou documents en application du présent article est tenue au secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal (article 10-6 du CPP).

« Permettre ces échanges améliorera l'intervention des acteurs de l'aide aux victimes, dans l'intérêt de celles-ci », assure le gouvernement à l'origine de cet article dans l'exposé sommaire, citant par exemple la possibilité pour le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) de se voir communiquer l'établissement d'hospitalisation d'une victime blessée pour assurer le versement rapide d'une première provision.

4. TEXTES À VENIR

- Décret pris en Conseil d'Etat, en application de l'article L. 3131-11, complétant et modifiant les dispositions règlementaires du code de la santé publique figurant aux articles R. 3131-4 à R. 3131-14
- Décret pour prendre acte de la renumérotation de l'article L. 4211-5-1 (désormais codifié dans le chapitre V du titre III du livre III de la première partie du code la santé publique) consacré aux mesures de lutte contre les risques spécifiques.
- Arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixant la liste des catégories d'établissements médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas de situation sanitaire exceptionnelle

5. À RETENIR

- La loi renforce le dispositif de préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles face à l'évolution des risques et menaces ;
- La loi simplifie le recours aux moyens et outils nécessaires à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et permet l'échange de données ;
- Les établissements de santé doivent être dotés d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles ;
- Les établissements médico-sociaux désignés doivent intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
- Le directeur général de l'ARS concernée peut faire appel aux professionnels de santé de la région volontaires pour porter appui à ces structures de soins.

LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Article L. 4301-1 du code de la santé publique*
- *Articles R. 4301-1 à D. 4301-8 du code de la santé publique*
- *Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée*
- *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique*
- *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma santé 2022 a affirmé la volonté d'étendre les pratiques avancées à de nouvelles professions paramédicales. C'est la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui avait introduit la possibilité d'une pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. Les textes d'application sont parus en 2018 et le dispositif est en cours de mise en place.

L'infirmier exerçant en pratique avancée (IDEPA) dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

La formation, d'une durée de 2 ans, est délivrée par les universités, selon un cahier des charges fixé par arrêté. Pour pouvoir exercer la fonction d'IDEPA, l'infirmier doit également justifier de 3 années d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier.

La pratique avancée infirmière est accessible dans trois domaines, selon la mention du diplôme obtenu :

N°	Domaines d'interventions = mention du diplôme
1°	<p>Pathologies chroniques stabilisées; préventions et polypathologies courantes en soins primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accident vasculaire cérébral - artériopathies chroniques - cardiopathie, maladie coronaire - diabète de type 1 et diabète de type 2 - insuffisance respiratoire chronique - maladie d'Alzheimer et autres démences - maladie de Parkinson - épilepsie
2°	Oncologie et hémato-oncologie
3°	Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE

A noter : Le plan Ma Santé 2022 prévoit d'ouvrir la pratique avancée infirmière à la psychiatrie dès 2019.

L'IDEPA participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre selon des dispositions réglementaires. Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant, L'IDEPA apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

L'IDEPA dispose de prérogatives supplémentaires, en lieu et place du médecin et selon les organisations définies, en particulier :

- Il est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;
- Il peut conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire, effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, effectuer les actes techniques et demander certains actes de suivi et de prévention ;
- Il peut prescrire certains médicaments et produits de santé, ainsi que certains examens de biologie médicale, et renouveler, en les adaptant si besoin, certaines prescriptions médicales.



Sur le plan organisationnel, un protocole doit être établi, qui fixe :

- 1° Le ou les domaines d'intervention concernés ;
- 2° Les modalités de prise en charge par l'IDEPA des patients qui lui sont confiés ;
- 3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ;
- 4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;
- 5° Les conditions de retour du patient vers le médecin.

LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE

Attention : la pratique avancée infirmière n'est pas assimilable à un glissement de tâches. L'infirmier de pratique avancée (IDEPA) dispose d'une compétence réglementairement élargie, dont la mise en œuvre s'inscrit dans le respect du protocole mis en place dans le service concerné de l'établissement.

Les textes précisent également les modalités de la collaboration entre le médecin et l'IDEPA, notamment en terme de partage d'informations.

3. ET EN PRATIQUE ?

La reconnaissance légale de la pratique avancée marque l'identification d'un nouveau métier dans l'organisation des prises en charge.

La réforme Ma Santé 2022 concentre plusieurs de ses mesures sur :

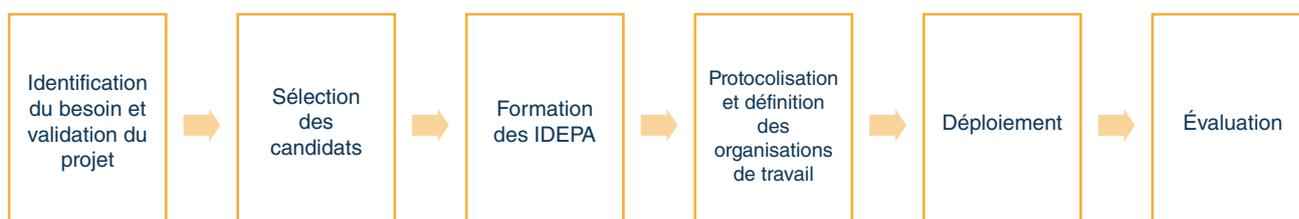
- L'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques, à travers l'identification de parcours de soins, la mesure d'indicateurs d'efficacité clinique sur un certain nombre de ces parcours, le développement d'un financement au forfait pour de telles pathologies...
- Le décloisonnement entre les acteurs de santé, pour améliorer la fluidité des prises en charge, à travers l'émergence de projets de santé de territoire, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), le développement d'outils numériques...
- La nécessité de dégager du temps médical, et d'apporter des réponses aux problématiques d'accessibilité aux soins, de démographie médicale...

La pratique avancée infirmière est, dans ce contexte, un outil nouveau au service de ces différents objectifs.

La pratique avancée infirmière est reconnue par les textes pour l'exercice libéral. Elle n'est d'ailleurs pas si éloignée du dispositif expérimental ASALEE de coopération entre médecins généralistes et infirmières. La pratique avancée infirmière relèvera dans ce cadre d'une démarche individuelle des auxiliaires médicaux, le cas échéant dans le cadre de projets locaux d'organisation de l'offre de soins de premier recours.

À l'hôpital, la mise en place d'une telle fonction appelle une réflexion d'ensemble, car elle s'inscrit dans une réorganisation globale de la prise en charge médicale et soignante. Quelques points de vigilance dans la mise en œuvre du projet sont identifiés à cet égard :

- La démarche s'inscrit dans le projet stratégique de l'établissement. Il suppose à la fois l'adhésion de la communauté soignante et médicale, via la commission médicale (CME) et la commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques (CSIRMT) de l'établissement. S'agissant en particulier d'un dispositif qui modifie potentiellement la répartition des rôles entre médecin et infirmier de pratique avancée, le projet doit être investi par les acteurs médicaux sur les pathologies concernées par le projet, autant que par l'encadrement soignant.
La durée longue de la formation (2 ans) appelle également une anticipation du projet et la définition d'un calendrier de mise en œuvre.



LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE

■ **La pratique avancée infirmière suppose une protocolisation fine**, s'agissant d'une organisation nouvelle dont il faut pouvoir évaluer et garantir l'efficacité, la qualité et la sécurité au profit du patient. À cet égard, et au-delà du protocole organisationnel général prévu par les textes, les établissements s'attacheront à définir des procédures de prise en charge au quotidien, des arbres décisionnels, et à engager des actions d'évaluation du dispositif.

Parmi les risques induits par cette nouvelle pratique, on peut craindre, soit un débordement par l'infirmier de pratique avancée de son champ de compétences élargi (glissement de tâches), soit, au contraire, une frilosité des médecins à investir ce nouveau champ collaboratif, ce qui en compromettrait l'efficacité.

■ **Une adaptation des outils et des organisations est à prévoir**, notamment celle des locaux, l'IDEPA devant disposer de moyens adaptés à cette nouvelle activité, mais surtout des systèmes d'information, pour permettre le partage d'informations avec le médecin, et une traçabilité des interventions de chacun auprès du patient.

■ **Enfin, ce nouveau dispositif pose, au-delà des exigences réglementaires (expérience, diplôme), la question du profil des professionnels infirmiers aptes à endosser cette nouvelle responsabilité.** La formation est longue et coûteuse, et le projet présente un enjeu stratégique non négligeable pour l'établissement. Le choix pertinent des candidats à une telle fonction (et leur accompagnement) n'en est que plus important.

Une question n'est toutefois pas réglée, c'est celle du financement de l'activité. Le ministère n'aborde à ce jour pas l'éventualité d'une reconnaissance tarifaire propre des actes de pratique avancée infirmière, notamment des consultations. En revanche, la réforme du financement des établissements de santé et la reconnaissance d'un financement au forfait pour les pathologies chroniques devrait, à terme, permettre de valoriser financièrement une telle activité.

Quant au métier nouveau d'IDEPA, on peut supposer qu'il s'accompagnera, dans un avenir proche, d'une reconnaissance statutaire accompagnée d'une grille de rémunération adaptée, à l'instar de ce qui existe pour les infirmiers de bloc opératoire, par exemple.

4. TEXTES À VENIR

- Projet de décret (à confirmer) pour élargir encore le champ de compétences de l'infirmier de pratique avancée

LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE

5. À RETENIR

- La pratique avancée infirmière permet à l'infirmier diplômé de disposer de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat : entretiens et examens, éducation, prévention, évaluation, surveillance, actes techniques et prescriptions ;
- L'infirmier de pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ;
- Le dispositif a vocation à se développer avec la mise en place des filières de soins et le financement au forfait pour les pathologies chroniques ;
- Il repose, en établissement de santé, sur une véritable stratégie médicale et soignante, autant que sur une organisation nouvelle des prises en charge.

IDE DE PRATIQUE AVANCÉE

Vers de nouveaux modes d'organisation des soins (Réf. 1436)

À Paris les :

- 16 septembre 2019
- 10 mars 2020
- 22 septembre 2020



Bénédicte Ambry

☎ 01 41 17 15 65

✉ benedicte.ambry@cneh.fr



LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Articles 1, 2 et 3 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Articles L. 631-1, L. 632-1 et L. 632-2 du code de l'éducation*
- *Article 39 de la loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

La loi engage deux modifications profondes dans le déroulement des études en santé, et plus particulièrement médicales :

- La rénovation du mode d'accès aux études médicales, l'objectif étant de former plus de médecins (+20% étant l'objectif cible annoncé) ;
- La refonte du deuxième cycle des études médicales.

On retiendra particulièrement :

■ **L'introduction d'une disposition socle :**

Les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique « permettent l'orientation progressive de l'étudiant vers la filière la plus adaptée à ses connaissances, ses compétences, son projet d'études et ses aptitudes ainsi que l'organisation d'enseignements communs entre plusieurs filières pour favoriser l'acquisition de pratiques professionnelles partagées et coordonnées ». Par leur organisation, elles favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

La notion de projet d'études, voire de projet professionnel, est une nouveauté de la loi.

■ **La suppression du numerus clausus et la refonte du premier cycle des études médicales. Ainsi :**

● Les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle sont désormais déterminées annuellement par les universités. Pour déterminer ces capacités d'accueil, chaque université prend en compte les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle de ces formations. Ces objectifs pluriannuels, qui tiennent compte des capacités de formation et des besoins de santé du territoire, sont arrêtés par l'université sur avis conforme de l'agence régionale de santé ou des agences régionales de santé (ARS) concernées. L'ARS ou les ARS consultent, au préalable, la (ou les) conférence(s) régionale(s) de la santé et de l'autonomie (CRSA). Ils sont définis au regard d'objectifs nationaux pluriannuels établis par l'État pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment dans les territoires périurbains, ruraux, de montagne, insulaires et ultramarins, et permettre l'insertion professionnelle des étudiants.

● L'admission en deuxième ou en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est subordonnée à la validation d'un parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur et à la réussite à des épreuves, qui sont déterminées par décret.

● Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, ainsi que des étudiants engagés dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine, peuvent être admis en deuxième ou en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique selon des modalités déterminées par décret. Ces modalités d'admission garantissent la diversité des parcours des étudiants.

LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ

La loi introduit également la possibilité, à titre expérimental, d'autoriser l'organisation des formations de santé selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche. (Article 39 de la loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche).

■ **L'admission en troisième cycle des études médicales**

Elle est subordonnée à l'obtention d'une note minimale à des épreuves nationales permettant d'établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle. L'épreuve classante nationale (ECN) est supprimée.

3. ET EN PRATIQUE ?

De nombreux textes d'application sont attendus pour connaître en détail le contenu et la portée de ces mesures annoncées par la loi. Toutefois, des annonces faites en marge du plan Ma Santé 2022 et les premières analyses du texte permettent de formuler d'ores et déjà plusieurs commentaires.

La suppression du numerus clausus est une mesure phare du projet Ma Santé 2022

La mise en application de cette mesure est prévue pour la rentrée 2020. L'annonce de la suppression de ce dispositif datant de 1971 a été bien accueillie tant par les étudiants que par le corps enseignant. Le numerus clausus en Première année commune aux études de santé (PACES) a en effet longtemps été décrié, considéré comme un mode de sélection drastique, stressant, laissant « sur le carreau » de brillants étudiants.

La suppression du numerus clausus s'inscrit dans une refonte plus générale de la formation des médecins, permettant notamment plus de pluridisciplinarité, et des passerelles entre les cursus.

Il convient en revanche de rappeler que la suppression du numerus clausus n'a pas vocation à régler la question des déserts médicaux : « Le problème en France, ce n'est pas le nombre, c'est la répartition sur le territoire » (Patrice Diot, doyen de la faculté de Tours).

Suppression de la première année commune aux études de santé (PACES)

Cette mesure est elle aussi prévue pour la rentrée 2020. Le plan Ma Santé 2022 rénove la première année en remplaçant la PACES par le « portail santé », sans pour autant que l'accès à la deuxième année de médecine devienne moins sélectif. Ainsi :

- Les facultés pourront déterminer elles-mêmes leurs effectifs, en fonction des capacités des formations et des besoins de santé du territoire, « sur avis conforme de l'Agence régionale de santé » ;
- À titre alternatif est envisagé un concours à l'issue de la troisième année.

Par cette mesure, le gouvernement a pour ambition de diversifier les profils des futurs médecins. L'admission en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique sera subordonnée à la « validation d'un parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur et à la réussite à des épreuves, qui sont déterminées par décret », prévoit la loi.

La loi introduit par ailleurs une nouvelle voie d'admission par passerelle : la « mineure santé ». Des étudiants en matières non médicales, mathématiques, biologie, histoire, philosophie ... pourront accéder aux filières médicales à l'issue de leur Licence 2, de leur Licence 3 ou encore de leur Master. Le recours à cette passerelle sera subordonné aux bons résultats des étudiants et au suivi d'une « mineure santé » en parallèle de leur discipline.

La réforme prévoit également la fin du redoublement en première année de médecine. Toutefois les étudiants de première année de médecine pourront accéder à d'autres filières directement en deuxième année en fonction des résultats qu'ils auront obtenus.

Des dispositions transitoires sont prévues : Pour les étudiants en PACES en 2019-2020, et afin de ne pas pénaliser les primants, une deuxième candidature sera bien autorisée pour les étudiants ayant échoué au concours de PACES 2020.

LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ

Des interrogations demeurent toutefois. Notamment, aucun élément n'est à ce jour connu sur les programmes du Portail santé ou de la mineure santé, sur les modalités de sélection des étudiants, sur les moyens financiers donnés aux universités afin de pouvoir assumer ce changement de flux d'étudiants.

La fin de l'examen classant national (ECN)

Cette mesure concernera les étudiants accédant à la première année du 2ème cycle à compter de la rentrée 2020. Il s'agit de remplacer les ECN par un système combiné se basant sur un tryptique de critères : les connaissances, les compétences cliniques et relationnelles, et le parcours de l'étudiant. Une régulation ministérielle du nombre de postes d'internes par spécialité et par subdivision est conservée. Seule l'affectation des internes est transformée : elle ne dépend plus du classement des ECN mais de ce processus de critères multifactoriel.

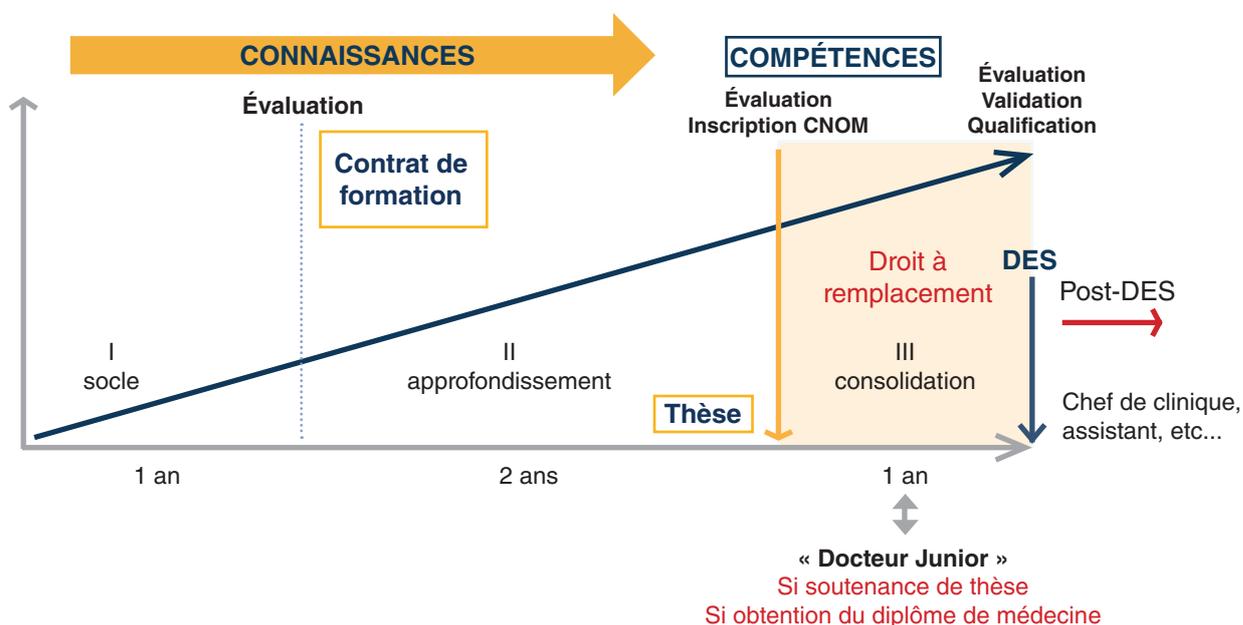
L'organisation du nouvel examen devrait, selon les dernières annonces faites, être basée sur les éléments suivants :

- Une épreuve nationale de contrôle des connaissances en cinquième année ;
- Une évaluation des compétences cliniques et relationnelles au travers de la simulation en santé en fin de sixième année. Celle-ci sera consacrée à des stages professionnalisants.
- La troisième et dernière étape consisterait en une analyse du parcours universitaire et du projet professionnel de l'étudiant, valorisant notamment les stages effectués, la mobilité internationale, les doubles cursus.

Reste la question des étudiants formés à l'étranger...

AVANT	APRÈS
Premier cycle	
Sélection sur des bacheliers série scientifique	
Inscription PACES CONCOURS Numérus clausus Redoublement possible 1 ^{ère} année de PACES PCEM 2 2 ^{ème} année du 1 ^{er} Cycle des Etudes Médicales	Inscription PORTAIL SANTE Ou passerelles licences avec « mineure santé » Plus de concours Plus de numérus clausus Plus de redoublement PCEM1 PCEM2
Deuxième cycle	
DCEM1 DCEM2 DCEM3 DCEM4 ECN : examen classant national	DCEM1 DCEM2 DCEM3 DCEM4 Plus d'ECN Procédure de « matching » (plusieurs critères) - Contrôle des connaissances en 5 ^{ème} année - Evaluation des compétences cliniques et relationnelles en 5 ^{ème} année - Analyse du parcours universitaire et du projet professionnel : fin de 5 ^{ème} année.
Troisième cycle	
Internat (Durée variable en fonction de la spécialité)	Internat (Durée variable en fonction de la spécialité)
Thèse et inscription à l'ordre des médecins	Docteur Junior : Nouveau statut : 2020(*) Thèse et inscription à l'ordre des médecins

LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ



Rappelons qu'à compter du 1er novembre 2020, après validation des connaissances et compétences nécessaires à la validation de la phase 2 de la spécialité suivie, après avoir soutenu sa thèse et obtenu le diplôme d'état de docteur, l'étudiant pourra être nommé en qualité de docteur junior comme le précise le décret n°2018- 571 en date du 03 juillet 2018 : les étudiants de 3e cycle en médecine, pharmacie ou biologie médicale qui accomplissent la phase 3 dite « de consolidation » sont dorénavant dénommés « docteurs juniors ». Le texte précise que le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. Il suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée.

Après un entretien individuel à l'entrée dans la phase 3, la nature, le nombre et les conditions de réalisation des actes qu'il peut accomplir en autonomie supervisée font l'objet d'une concertation avec le praticien responsable du lieu de stage, en lien avec le coordonnateur local de la spécialité. Ces éléments sont inscrits dans son contrat de formation. Un référentiel de mise en situation fixe, pour chaque spécialité, les étapes du parcours permettant au docteur junior d'acquérir progressivement une pratique professionnelle autonome.

Le docteur junior bénéficiera, ainsi que les internes, d'une indemnité forfaitaire d'hébergement (200 € bruts/mois) versée lorsqu'il accomplit un stage ambulatoire situé dans une zone sous-dense et à plus de 30 kilomètres de son centre de formation.

Il pourra également, « à sa demande », être « autorisé à participer (...) au service de gardes et astreintes médicales », et percevra « des émoluments forfaitaires mensuels, variables en fonction de l'avancement de son cursus, mais aussi des primes et indemnités ». Il pourra par ailleurs prétendre à l'indemnité d'hébergement forfaitaire des internes.

La participation aux gardes devra faire l'objet d'une demande au praticien dont relève le docteur junior. Après accord de ce dernier, le directeur de l'établissement peut l'autoriser à participer au service de gardes et astreintes médicales. L'autorisation sera transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Ce nouveau statut ne concernera pas la médecine générale, cette spécialité ne comportant pas de phase de consolidation.

LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ

4. TEXTES À VENIR

- Décret relatif aux modalités de la formation : admission en deuxième ou troisième année, réorientation des étudiants, parcours de formation, définition des objectifs nationaux pluriannuels pour la détermination des capacités d'accueil, modalités d'évaluation des étudiants... ..
- Décret relatif à la réforme de l'accès au troisième cycle de formation : modalités nationales d'organisation des épreuves, conditions et modalités d'accès au troisième cycle des études de médecine, modalités d'organisation du troisième cycle, modalités de répartition des postes ouverts aux étudiants de troisième cycle des études de médecine par spécialité et par subdivision territoriale, ...

5. À RETENIR

- Dès la rentrée 2020, le numerus clausus, qui est un outil historique de régulation de l'accès aux études de médecine sera supprimé ; les capacités d'accueil sont désormais déterminées par les universités ;
- Dès la rentrée 2020 : la PACES sera supprimée, le redoublement de la première année sera supprimé ; l'admission en deuxième ou troisième année fait l'objet de nouvelles modalités ;
- L'ECN est supprimé ; de nouvelles modalités d'examen sont mises en place pour les étudiants accédant à la première année du 2^{ème} cycle à compter de la rentrée 2020 ;
- Des mesures transitoires sont mises en place.

LA RÉFORME DU STATUT DU MÉDECIN HOSPITALIER

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Article 13 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé autorise en son article 13 le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts :

- Des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé ;
- Des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;
- Des personnels intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cette réforme annoncée poursuit deux objectifs :

1° Faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans l'établissement de rattachement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ;

2° Simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter, et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital.

L'ordonnance doit être prise dans un délai de douze mois à compter de la publication de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

On n'en saura pas davantage tant que l'ordonnance et les très nombreux textes d'application de cette réforme ne seront pas publiés.

Toutefois, il convient de rappeler que cette réforme met en œuvre plusieurs mesures phares du plan Ma Santé 2022 :

- La modernisation du statut de praticien hospitalier pour soutenir les carrières hospitalières par la création d'un statut unique de praticien hospitalier : il s'agit également de mieux accompagner les parcours professionnels, et notamment de faciliter la diversification des missions (activité hospitalière et activité libérale intra ou extra hospitalière, reconnaissance des valences non cliniques dans les obligations de service).
- Réformer les conditions de recours à l'emploi contractuel pour mieux répondre à certains besoins de temps médical, dans le cadre d'un contrat unique qui devra apporter souplesse et réactivité pour certains recrutements. Ceci afin de renforcer, sous conditions, les liens ville/hôpital et de préserver les activités cliniques menacées en fonction des conditions et priorités qui devront être définies par les communautés hospitalières.

LA RÉFORME DU STATUT DU MÉDECIN HOSPITALIER

3. ET EN PRATIQUE ?

La séparation entre médecine publique et médecine privée (réforme Debré de 1958) ne correspond plus aux évolutions des pratiques, aux évolutions sociétales et aux besoins organisationnels des établissements. Les médecins devraient pouvoir passer d'un secteur à un autre avec plus de facilité.

La multiplication des statuts, l'intérim médical contribuent à la dislocation des équipes et à la perte d'attractivité des carrières hospitalières. Les statuts actuels sont jugés trop rigides pour répondre aux nouvelles aspirations des praticiens eux-mêmes. Les carrières hospitalières attirent de moins en moins de médecins : niveaux de salaire insuffisants, conditions de travail, lourdeur administrative, pressions budgétaires, épuisement professionnel...

Un statut commun constituera en cela un atout. Il s'agit donc de simplifier les statuts, la gestion et les parcours des médecins hospitaliers pour faciliter l'accès à des modes d'exercice diversifiés et à des fonctions variées. Le statut de PH doit permettre des exercices différenciés simultanément ou successivement dans la carrière et contribuer au décloisonnement avec la médecine de ville et le secteur médico-social.

Actuellement il existe plusieurs statuts des personnels médicaux :

Les praticiens gérés par le CNG (centre national de gestion)		Les autres praticiens gérés par l'établissement de Santé
Les personnels enseignants et hospitaliers	Les praticiens hospitaliers	
<ul style="list-style-type: none">- Les professeurs d'université PUPH- Les MCU (Maîtres de Conférence des Universités)- Les PHU (Praticiens Hospitalo-Universitaires)- Les CCA (Chefs de Clinique Assistants)	<ul style="list-style-type: none">- Les praticiens hospitaliers temps plein- Les praticiens hospitaliers temps partiel	<ul style="list-style-type: none">- Les assistants- Les assistants associés- Les contractuels- Les praticiens attachés- Les praticiens attachés associés- Les cliniciens

LA RÉFORME DU STATUT DU MÉDECIN HOSPITALIER

La loi marque le lancement de la refonte de l'ensemble de ces statuts qui devraient être regroupés en deux catégories : titulaires et contractuels.

La création par ordonnances d'un statut unique de praticien hospitalier titulaire fusionnant les statuts temps plein, temps partiel, hospitalier ou hospitalo-universitaire

Le plan Ma santé 2022 vise à la modernisation du statut de praticien hospitalier pour soutenir les carrières hospitalières. Ainsi :

- L'entrée dans la carrière sera simplifiée (suppression du concours de praticien hospitalier, même si la nomination des praticiens hospitaliers devrait rester nationale) et la diversification des missions sera facilitée (activité hospitalière et activité libérale intra ou extra hospitalière, reconnaissance des valences non cliniques) dans les obligations de service. Certains craignent à cet égard que la nomination des PH par les chefs d'établissements et le développement de « recrutements locaux » à la discrétion des managers hospitaliers, créent une hiérarchie entre directeurs et praticiens ;
- Sera facilité le passage de l'exercice à temps plein à l'exercice à temps partiel ;
- La période probatoire devrait être supprimée si le praticien justifie de plus d'un an d'exercice dans l'établissement ;
- Sera mis en place un système de valences, contractualisé, s'inscrivant au sein de ce statut unique, et permettant d'assurer un temps d'enseignement, de recherche, de management..., par contrat avec l'université et l'hôpital.

La création par ordonnance d'un statut unique de praticien contractuel englobant les statuts actuels (assistants, praticiens attachés, statuts intermédiaires...)

Les objectifs recherchés sont de :

- Simplifier les conditions d'emploi des médecins contractuels et donner plus de marges de manœuvre aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour adapter l'exercice médical aux besoins du terrain (durée des contrats, rémunérations...), en veillant à maintenir des équilibres raisonnables entre emploi contractuel et emploi titulaire en termes d'attractivité.
- Proposer des contrats de contractuels de durée très courte pour des remplacements à la journée par exemple. Cette mesure permettrait de limiter le recours à l'intérim.

Pour une réelle réussite de la réforme des statuts du praticien hospitalier, il serait nécessaire que cette réforme soit accompagnée d'autres mesures comme :

- La mise en place d'une nouvelle grille de rémunération permettant un équilibre entre libéraux et hospitaliers et permettant de valoriser la carrière publique ;
- La mise en place d'une réelle gestion des carrières individualisée : En début de carrière (projet professionnel, entretien individuel, accompagnement social, mise en place de conciergerie...), en milieu de carrière (évaluation de la satisfaction au travail, analyse de la qualité de vie au travail, engagement dans la vie institutionnelle, mise en oeuvre du DPC), en fin de carrière (transmission du savoir, gestion d'équipe, projet d'avenir, départ en retraite...).

Trois autres nouveautés sont également à souligner, de façon connexe à la réforme annoncée :

■ La fin possible du statut de l'assistant

Un nouveau statut fera son apparition en novembre 2020 : « Le Docteur Junior ». Ce statut se positionne entre la troisième phase de l'internat (phase de consolidation des connaissances) et le début de l'assistantat. Le statut d'assistant avait un intérêt réel pour accéder au secteur 2 (après deux ans d'assistantat).

Si prochainement, il était décidé de permettre l'accès au secteur 2 à tous en fin de période probatoire, le statut d'assistant perdrait tout son intérêt.

■ Une autorisation d'exercice pour les praticiens à diplôme étranger dès 2021

Indispensables au fonctionnement de nombreux hôpitaux publics, mais en théorie interdits d'exercice, les médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes diplômés hors de l'Union européenne (« PADHUE », -Praticiens à diplôme hors Union européenne) pourraient voir leur situation se régulariser d'ici fin 2021.

Sous certaines conditions restant à préciser, ils pourraient disposer d'une autorisation d'exercice temporaire, le temps que leur dossier soit examiné par une commission nationale. Par ailleurs, les modalités de recrutement des PADHUE qui exerceront à l'avenir en France seront remises à plat.

■ Enfin, notons que la loi introduit par ailleurs une procédure de certification, « permettant de garantir, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau de connaissances » (article 5 de la loi).

4. TEXTES À VENIR

- Ordonnances relatives à la refonte du statut du praticien titulaire et du praticien contractuel
- Décrets d'application de la réforme du statut des praticiens (CSP)

5. À RETENIR

- Deux statuts vont remplacer l'ensemble des statuts médicaux : un statut unique pour les praticiens titulaires, un statut unique pour les contractuels ;
- L'ensemble des dispositions légales et réglementaires relatives à ces catégories de personnels médicaux a ainsi vocation à être réformé.

LES MESURES EN FAVEUR DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Articles 5, 16, 25, 27, 33 et 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Articles L.4011-1 et suivants du code de la santé publique*
- *Article L.4311-1 du code de la santé publique*
- *Article L.4322-1 du code de la santé publique*
- *Article L.4342-1 du code de la santé publique*
- *Article L6316-1 et suivants du code de la santé publique*
- *Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé*
- *Instruction SG/DGOS/DGS/DGESCO/DGES du 27 novembre 2018 relatif au suivi du service sanitaire des études en santé*
- *Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif au diplôme d'infirmier*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma Santé 2022 affiche comme objectif une adaptation des métiers et des formations aux enjeux de la santé de demain afin de répondre aux attentes des jeunes professionnels qui aspirent à d'autres équilibres en matière de vie personnelle et professionnelle, sont en recherche d'un travail plus collaboratif en équipe et souhaitent des évolutions au cours de leurs parcours professionnels.

L'objectif est d'instaurer une véritable dynamique de décloisonnement entre tous les professionnels de santé et de favoriser les passerelles entre les différents modes d'activités au bénéfice de l'attractivité des métiers et des carrières au sein de l'hôpital public.

Les mesures en faveur des professions paramédicales dans ce cadre s'articulent autour de trois axes :

- Des **mesures «Formation»** dont l'objectif est de décloisonner les différentes formations en santé et de favoriser l'évolution et la réorientation professionnelle tout au long de la carrière. Il s'agit ici de permettre le recrutement de profils diversifiés dans les formations; de poursuivre l'universitarisation de toutes les professions paramédicales, d'améliorer et d'harmoniser le maintien des compétences tout au long de la vie et d'intégrer dans toutes les formations un volet prévention et promotion de la santé publique ;
- Des **mesures «Compétences»** dont l'objectif est d'actualiser les référentiels de compétences des professionnels paramédicaux afin de les mettre en conformité avec la réalité de leurs pratiques ;
- Des **mesures «Exercice»** dont l'objectif est un changement profond du statut d'hospitalier afin de renforcer son attractivité en diversifiant les modes d'activité et les parcours: il s'agit ici de la consécration de la pratique avancée pour les infirmiers, de la généralisation des protocoles de coopération et de la création d'un exercice mixte public/privé pour une plus grande mobilité des professionnels.

3. ET EN PRATIQUE ?

■ S'agissant des mesures «Formation» :

● Toutes les formations, dont les formations paramédicales, devraient être intégrées dans l'Université. Des concertations en ce sens doivent se poursuivre afin de continuer ce travail d'intégration qui a débuté dès septembre 2018 avec le Master d'Infirmier de pratique avancée.

LES MESURES EN FAVEUR DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

● Les modalités d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) sont modifiées avec la suppression du concours au profit d'une sélection via la plateforme Parcoursup. Désormais, les lycéens ou étudiants souhaitant intégrer une formation infirmière devront formuler ce vœu sur Parcoursup. Ces candidatures seront ensuite examinées au niveau du territoire régional, entre les différents établissements, dans le cadre d'une convention universitaire. L'entrée en IFSI dans le cadre d'une formation professionnelle continue se fera quant à elle par épreuves écrites et orales. Ces modifications visent à élargir les profils de recrutement pour une meilleure accessibilité sociale à la profession d'infirmier grâce à la prise en compte de critères et de compétences diversifiés que le concours ne favorisait pas. Cette mesure s'appliquera dès la rentrée 2019; l'arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif au diplôme d'infirmier a d'ores et déjà supprimé le concours d'entrée en IFSI.

● Un service sanitaire est intégré aux formations de santé : tous les étudiants en santé devront réaliser un service sanitaire centré sur la prévention et la promotion et conçu pour favoriser l'interdisciplinarité. Les étudiants devront réaliser des projets communs qui se dérouleront en 3 étapes :

- Un temps de formation théorique et pratique,
- Un temps d'intervention concrète auprès de publics prédéfinis (établissements scolaires, entreprises...),
- Un temps d'évaluation de l'action.

Les étudiants se formeront ainsi à la pédagogie et au partage de savoirs en sensibilisant les citoyens à des politiques de prévention et de promotion de la santé (promotion de l'activité physique, information sur la contraception, lutte contre les addictions...).

Cette mesure issue du Rapport Vaillant représentera 6 semaines au sein d'un cursus de formation et sera valorisée par des crédits comme toute unité d'enseignement.

Le service sanitaire a été intégré aux formations des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes depuis la rentrée 2018 et sera généralisé à l'ensemble des formations médicales et paramédicales pour la rentrée 2019 (arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé) pour concerner près de 50 000 étudiants par an.

L'équation du service sanitaire en santé :



● Une procédure de certification pour le maintien des compétences et du niveau de connaissances doit être instaurée en faveur de certaines professions paramédicales (au même titre que les professions médicales). Cette procédure, qui pourrait avoir lieu tous les 6 ans, vise au maintien de la qualité des pratiques professionnelles et à une actualisation régulière du niveau de connaissances. Le champ de cette procédure de certification sera plus étendu que le dispositif du Développement Professionnel Continu (DPC) avec la prise en compte de toutes les compétences acquises au cours de la carrière, de la formation initiale (contenu des portfolios, stages réalisés...) aux différentes modalités d'exercice (actions de formations et d'enseignement, partenariats et coopérations...). Cette procédure sera mise en place par voie d'ordonnance dans un délai de 2 ans pour les professions paramédicales, ordonnance qui viendra préciser les professions concernées (IDE, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues), les conditions de mise en œuvre et de contrôle, les conséquences en cas d'échec... (article 5 de la loi).

¹Rapport du Professeur Loïc VAILLANT « Mise en œuvre du service sanitaire pour les études en santé », janvier 2018

■ S'agissant des mesures «Compétences»

● Les orthoptistes pourront adapter, dans le cadre d'un renouvellement uniquement et sauf opposition du médecin, les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaires. L'objectif est de faire face à la pénurie d'ophtalmologues en développant les compétences des orthoptistes dont les actes sont de surcroît moins coûteux pour l'assurance maladie (article 33 de la loi modifiant l'article L.4312-1 du CSP) ;

● Les pédicures-podologues verront leurs compétences élargies aux affections nécessitant un traitement chirurgical (interventions jusqu'alors cantonnées aux interventions ne provoquant pas l'effusion de sang). Il s'agit ici d'une reconnaissance de l'expertise de cette profession et d'une mise en adéquation de leurs compétences avec les actes réalisés au quotidien (article 27 de la loi modifiant l'article L4322-1 du CSP) ;

● Les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) se verront autorisés à adapter, sur la base des résultats d'analyse de biologie et sous réserve de l'information du médecin traitant et de sa non-opposition, la posologie de certains traitements figurant sur une liste fixée par arrêté du Ministre de la Santé après avis de la Haute Autorité de Santé dans le cadre d'un protocole d'exercice coordonné. Les IDE seront également autorisés à prescrire des solutions et produits antiseptiques et du sérum physiologique. (article 25 de la loi) ;

● La seconde partie de carrière des professions paramédicales devrait faire l'objet d'une réflexion spécifique avec une attention particulière pour les aides-soignants dont les conditions d'exercice ont évolué sans que leurs carrières n'en soient modifiées. Il est ainsi annoncé :

- Une actualisation de leur décret de compétences afin d'adapter ce texte à la réalité de leur exercice et de reconnaître les compétences ainsi acquises sur le terrain,
- Une amélioration du reclassement des aides-soignants accédant au grade d'infirmier afin de valoriser ces évolutions de carrière et d'encourager ces démarches de promotion professionnelle,
- Le développement de formations d'assistant de soins en gériatrie afin d'améliorer les conditions de formation et la reconnaissance des professionnels exerçant dans ces secteurs tout en répondant aux besoins de notre société.

À noter : les mesures annoncées en septembre 2018 concernant les aides-soignants ne figurent pas dans le projet de loi de santé mais devraient s'inscrire dans le projet de loi de réforme du Grand Âge suite au rapport Libault² sur ce thème

■ S'agissant des mesures «Exercice»

● Le dispositif encadrant les protocoles de coopération interprofessionnels intégrant les transferts d'actes ou de tâches sera revu afin de l'élargir et de l'adapter aux transformations du système de santé.

Ainsi, les professionnels de santé travaillant en équipe pourront, à leur initiative, s'engager dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins identifiés des patients et réorganiser leurs modalités d'intervention auprès de lui, que ce soit en terme de soins ou de prévention. Ces protocoles seront directement rédigés par les professionnels concernés et devraient s'accompagner d'une prime spécifique. Un décret en Conseil d'Etat, après avis de la Haute Autorité de Santé, viendra préciser le nouveau régime de ce dispositif issu de l'article 66 de la loi.

À noter : 2 types de protocoles seront déployés : des protocoles nationaux « types » destinés à être déployés sur l'ensemble du territoire national et des protocoles expérimentaux locaux issus d'initiatives innovantes.

● Les professions paramédicales devraient être autorisées à pratiquer un exercice mixte : les établissements publics de santé seraient ainsi autorisés à recruter sous le statut de fonctionnaires des agents à temps non complet. L'objectif est de permettre aux professionnels d'avoir un exercice public hospitalier sous le statut d'agent titulaire tout en le cumulant avec un exercice libéral. Cette mesure vise principalement les masseurs-kinésithérapeutes, la filière de rééducation rencontrant des difficultés de recrutement dans la sphère publique. Un décret en Conseil d'Etat doit préciser les contours exacts de ce nouvel exercice mixte (article 16 de la loi).

²Rapport « Concertation Grand Âge et Autonomie », Dominique LIBAULT, Mars 2019

4. TEXTES À VENIR

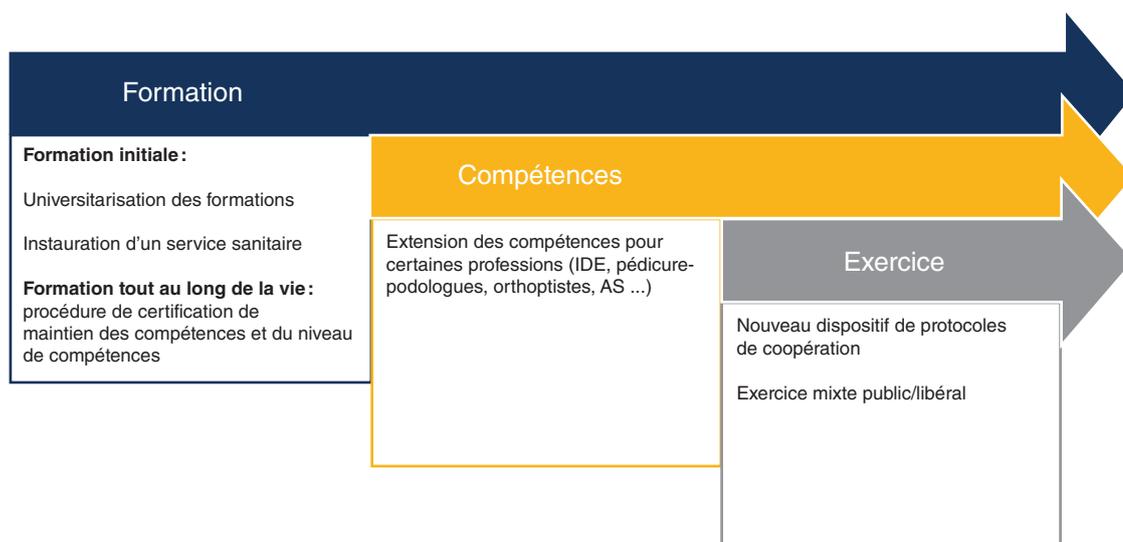
- Ordonnance relative à la procédure de certification pour le maintien des compétences et le niveau de connaissances pour l'exercice des professions médicales et paramédicales
- Décret en Conseil d'Etat relatif au nouveau dispositif applicable pour la mise en place des protocoles de coopération entre professionnels de santé
- Décret en Conseil d'Etat relatif aux autorisations pour les IDE d'adapter les posologies de certains traitements
- Décret en Conseil d'Etat relatif aux possibilités d'exercice mixte pour les professions paramédicales
- Décrets et arrêtés relatifs à l'universitarisation des différentes formations paramédicales
- Arrêtés relatifs à l'intégration du service sanitaire dans les différentes maquettes de formation en santé
- Loi de transformation de la fonction publique
- Loi de réforme sur le Grand âge

LES MESURES EN FAVEUR DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

5. À RETENIR

- Le plan Ma santé 2022 ambitionne un profond changement dans le parcours des professionnels paramédicaux, de leur formation à leurs différents modes d'exercice en passant par une refonte de leurs compétences;
- Les mesures annoncées dans le projet de loi ne sont pas d'application directe et renvoient à la promulgation d'ordonnances et de décrets permettant de préciser les nouveaux dispositifs ;
- Certaines mesures, notamment celles relatives au statut des aides-soignants, initialement annoncées dans le plan Ma Santé 2022 ne figurent pas dans le projet mais seront sans doute intégrées à d'autres projets de loi : le projet de loi Grand âge et le projet de loi de transformation du statut de la fonction publique.

Des mesures qui viennent impacter l'ensemble du parcours des professionnels



LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS ET LE RENFORCEMENT DU RÔLE DU PATIENT : PATIENT EXPERT, EXPÉRIENCE PATIENT

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Article 3 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**
- **Article L632-1 du code de l'éducation**
- **Arrêté du 28 février 2018 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé**

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

La place du patient dans le système de santé a beaucoup évolué ces dernières décennies. Le plan Ma santé 2022 poursuit ce recentrage du patient dans le dispositif en proposant, dans son chantier « qualité et pertinence », une extension de la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients/résidents.

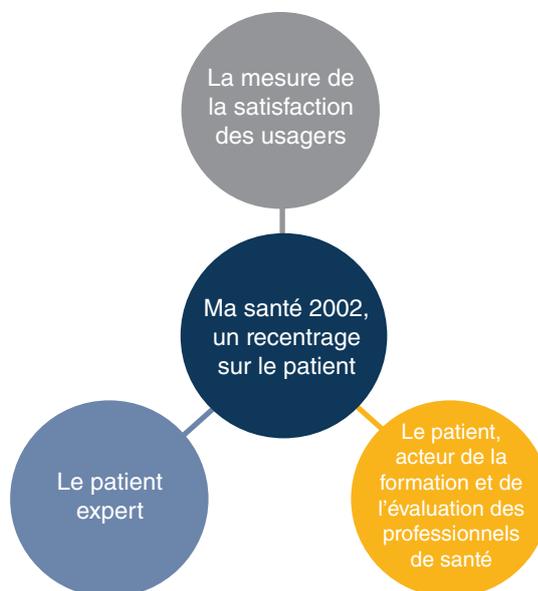
Dans le dossier de presse de la réforme, il est rappelé que dans le système de santé tel qu'il existe aujourd'hui, il est difficile pour les patients de devenir acteurs à part entière de leur parcours de soins, notamment car ils sont encore très peu consultés sur l'évaluation de leurs soins, alors qu'elle constitue un vrai levier d'amélioration de la pratique des professionnels de santé. Le patient étant une source d'information précieuse sur la qualité des soins, il s'agit donc de l'associer pleinement à la démarche, dès la formation des professionnels et par la suite dans tout le suivi des prises en charge et parcours, et de diffuser plus largement l'information sur la qualité des soins dispensés par les professionnels et établissements de santé.

Le plan Ma santé 2022 affirme ainsi que « favoriser la qualité, c'est assurer au patient qu'il recevra le bon soin par le bon professionnel au bon moment (la pertinence des soins), c'est prendre davantage en compte son vécu et ses retours d'expérience, mais aussi lui donner accès à une information qui lui permette de devenir acteur de sa santé » (dossier de presse, septembre 2018).

Le vecteur juridique pour étendre et systématiser la mesure de la satisfaction du patient n'est toutefois pas défini. Rien ne figure sur cette thématique dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Seules des dispositions relatives à la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques des études médicales y sont inscrites (article 3).

¹MA SANTÉ 2022, UN ENGAGEMENT COLLECTIF, DOSSIER DE PRESSE, 18/09/2018, p. 18

LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS ET LE RENFORCEMENT DU RÔLE DU PATIENT : PATIENT EXPERT, EXPÉRIENCE PATIENT...



3. ET EN PRATIQUE ?

■ L'extension et la systématisation de la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge

- Améliorer la participation des patients au dispositif existant de mesure de la satisfaction

La satisfaction des patients par rapport aux soins reçus est désormais reconnue par tous comme essentielle dans l'appréciation de la qualité des soins.

Le plan Ma santé 2022 systématisé la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge. Ainsi, la mesure de la satisfaction des patients, déjà mise en place pour la chirurgie ambulatoire depuis mai 2018, va être étendue : en 2019, les travaux commenceront par l'extension aux soins de suite et de réadaptation (SSR) et à l'hospitalisation à domicile (HAD), puis aux EHPAD. À partir de 2020, la mesure de la satisfaction englobera les soins de premier recours et pourra concerner les structures coordonnées de soins (maisons et centres de santé). Le but étant d'appréhender à terme, l'intégralité des structures du parcours patient.

LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS ET LE RENFORCEMENT DU RÔLE DU PATIENT : PATIENT EXPERT, EXPÉRIENCE PATIENT...

Ce dispositif permet :

- La participation des patients à l'amélioration de la qualité des soins des établissements ;
- Une certaine transparence qui permet aux usagers du système de santé de s'informer sur le niveau de satisfaction de patients des établissements de santé.

La HAS a déjà engagé un certain nombre d'actions pour améliorer la participation des patients au dispositif existant de mesure de la satisfaction. Les auteurs du rapport « Incrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » rendu en 2018 dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé , rappellent les leviers d'amélioration identifiés par la HAS :

- Mieux inciter les patients à répondre en assurant une communication plus importante sur le dispositif (via les associations, la commission des usagers, la CPAM), en les sensibilisant au dispositif e-Satis tout au long de leur séjour, en proposant des retours plus concrets aux répondants pour les inciter à la participation, ...
- Mobiliser les établissements en identifiant les meilleures pratiques en termes de taux de participation au sein des établissements, en actionnant les leviers institutionnels, en aidant les établissements à « embarquer » les professionnels de terrain.
- Étendre le système de prise en compte du point de vue du patient

L'objectif est de mesurer de plus en plus l'expérience du patient et les résultats de santé.

La difficulté de l'évaluation de la satisfaction

L'évaluation de la satisfaction soulève quelques interrogations :

- Le profil de la personne interrogée : par exemple, pour les patients mineurs, est-ce la parole de l'enfant qui est prise en considération ou le ressenti des parents ? Qu'en est-il lorsque le patient est atteint de troubles du discernement ?
- Les incertitudes du concept de satisfaction : émotion, compréhension, connaissance, référentiel, attentes.
- La difficulté de la mesure : subjectivité, interprétation des résultats décalée dans le temps, ambiguïté des classements.

Dès lors, il est essentiel que les référentiels et outils de mesure soient correctement construits et adaptés à chaque mode de prise en charge.

L'exemple anglo-saxon : Patient Reported Outcomes Measures (PROM)

Il s'agit, selon l'Agence américaine du médicament (FDA), de « toute mesure de l'état de santé du patient qui est rapportée directement par le patient, sans interprétation du médecin ou d'une tierce personne ». Ces mesures sont recueillies le plus souvent au travers de questionnaires standardisés validés. Les PROM sont considérés comme une mesure standard du résultat médical, au même titre que l'efficacité clinique, et permettent alors de placer les patients au centre du processus d'évaluation des stratégies de santé. La HAS souhaite analyser la faisabilité de mettre en place ce type d'outils en France.

²https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf

LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS ET LE RENFORCEMENT DU RÔLE DU PATIENT : PATIENT EXPERT, EXPÉRIENCE PATIENT...

■ Faire participer les patients dans la formation et l'évaluation des professionnels de santé

L'article 3 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit que les études médicales favorisent la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques (article L.632-1 du code de l'éducation).

Selon le dossier de presse du plan Ma santé 2022 de septembre 2018, « il s'agit de repenser les formations de santé et les évaluations des étudiants en prenant en compte le point de vue et la perspective du patient pour mieux intégrer ses besoins dans la prise en charge et donner plus de place à l'évaluation du professionnel sur ses capacités humaines et relationnelles. Dans le cadre de la réforme des études en santé, l'avis des patients sera intégré dans l'évaluation des étudiants et des patients experts seront amenés à intervenir dans les cursus de formation des professionnels de santé ».

Les modalités de participation des patients dans la formation et l'évaluation des professionnels de santé restent à préciser.

La montée en puissance du patient expert

La loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 a contribué à l'émergence des patients experts en intégrant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le parcours de soins. L'ETP est la principale composante de la portée individuelle du concept de patient expert. Bien que dépourvue de reconnaissance juridique, cette appellation fait référence au patient qui a acquis de solides connaissances sur sa pathologie. Il peut ainsi faire part de son expérience, facilitant l'expression des autres patients et contribuant à la compréhension du discours des équipes médicales. A ce titre, il est un vecteur du dialogue patients/soignants. Certaines universités proposent des diplômes universitaires destinés à former des patients-experts sur les maladies chroniques et sur l'éducation thérapeutique, d'autres impliquent déjà des patients-experts dans la formation des futurs médecins généralistes. La volonté du plan Ma Santé 2022 de faire des patients-experts des intervenants dans la formation des professionnels est très certainement un pas vers une reconnaissance juridique de ce statut.

L'ensemble de ces mesures contribuera indéniablement au renforcement du rôle du patient.

4. TEXTES À VENIR

Des textes sur les modalités de participation des patients dans la formation et l'évaluation des professionnels de santé

5. À RETENIR

- Le patient est au cœur du dispositif Ma santé 2022 ; Son expérience et son expertise doivent être prises en compte afin d'améliorer la qualité des prises en charge ;
- La mesure de la satisfaction des usagers va être étendue pour l'ensemble des prises en charge ;
- Le patient participera à la formation et l'évaluation des professionnels de santé.

L’AFFIRMATION DES FONCTIONS D’ENCADREMENT

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- *Article 37 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé*
- *Articles 4, 6, 8 12, 13 et 22 bis du projet de loi de transformation de la fonction publique (Texte non adopté lors de l’impression de cette publication ; étudié dans sa version du 4 juillet 2019 ; texte de la commission mixte paritaire)*
- *Articles 6, 17, 20, 23, 30, 32, de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*
- *Articles 9, 14, 20, 21, 46, 65, 78, 87, 119, de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière*
- *Article L152-4 du code de la santé publique*

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Le plan Ma Santé 2022 ambitionne une approche renouée du management des ressources humaines et de la reconnaissance professionnelle. L’objectif est un réel et profond renouvellement du management des professionnels hospitaliers qui permettra d’accompagner les changements induits par la loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé.

Cette nouvelle approche du management hospitalier s’articule autour de quatre thèmes :

- 1) La renaissance du service dans son rôle de collectif** : celui-ci doit redevenir l’entité au sein de laquelle l’équipe de soins se constitue et fonctionne au quotidien et où se met en place une véritable culture managériale.
L’objectif est de faire du service l’unité de référence où doit se développer le nouveau management hospitalier qui ne serait plus descendant mais émergerait au contraire du terrain, porté par la dynamique de groupe et l’intérêt collectif ;
- 2) La reconnaissance collective et individuelle via des mécanismes permettant de valoriser l’implication des professionnels.**
Il est question ici d’instaurer un dispositif d’intéressement collectif incitant au développement de projets d’amélioration de la qualité du service et le déploiement d’entretiens annuels axés autour d’objectifs individuels;
- 3) Le renforcement et la compétence des fonctions d’encadrement et d’animation des équipes professionnelles** qui apparaissent comme indispensables à la transformation du monde hospitalier. Cette reconnaissance passera par :
 - L’actualisation des référentiels de compétences et de formation;
 - Le développement de dispositifs de détection et d’accompagnement des professionnels présentant des aptitudes au management ;
 - La reconnaissance indemnitaire des responsables médicaux et soignants.
- 4) Le renforcement du leadership de Président de CME en développant ses compétences managériales et ses moyens d’action.**

En parallèle, le projet de loi de transformation de la fonction publique affiche dans son exposé des motifs une volonté de transformation permettant au Service Public de se réinventer et de s’adapter davantage aux évolutions de la société et aux besoins des citoyens.

Selon ce projet, cette transformation passe nécessairement par une meilleure assise du rôle des managers publics dont les leviers d’action doivent être développés afin de leur permettre d’être de vrais chefs d’équipe. Le recrutement de compétences nécessaires au bon fonctionnement du service, la promotion des engagements professionnels collectifs et le rapprochement des décisions au plus près du terrain sont autant d’outils que le projet de loi prévoit de mettre au service de l’encadrement hospitalier pour davantage professionnaliser son expertise et son action.

L’AFFIRMATION DES FONCTIONS D’ENCADREMENT

Ces mesures font écho au rapport¹ de la Mission d’Aurélien ROUSSEAU sur le thème « Transformer les conditions d’exercice des métiers dans la communauté hospitalière » selon lequel la transformation des conditions d’exercice à l’hôpital passe par le renforcement des compétences managériales et le retour d’un service fort.

Il estime en effet que c’est à l’échelle du service, identifié comme le lieu de référence des patients et des soignants, que pourra émerger une transformation des métiers à l’hôpital et une nouvelle culture managériale en mettant fin à la pratique de commandement descendant.

La légitimation de cette nouvelle place du service nécessite, selon ce même rapport, la mise en place d’un plan d’actions en faveur du renforcement du management de proximité permettant une professionnalisation des managers hospitaliers de tous les secteurs (médicaux, soignants, administratifs) via l’instauration de cursus et de formations adaptés, la révision des référentiels d’activité et de compétences et la mise en place de mécanismes de rémunération plus attractifs.



¹Mission « Transformer les conditions d’exercice des métiers dans la communauté hospitalière », Aurélien ROUSSEAU, septembre 2018

3. ET EN PRATIQUE ?

Les mesures relatives à l’affirmation des fonctions d’encadrement telles qu’annoncées dans le Plan Ma Santé 2022 ne figurent pas dans la loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé mais ont été insérées dans le projet de loi de transformation de la fonction publique afin de les lier, non pas à une réforme de santé mais à un véritable changement statutaire de la fonction managériale à l’hôpital.

Ainsi, l’article 12 du projet de loi de transformation de la fonction publique prévoit une disparition de la notation et une généralisation de l’entretien professionnel permettant d’apprécier la valeur professionnelle des agents. Cette mesure doit entrer en vigueur dès 2021 (campagne d’évaluation de l’année 2020) et devra être accompagnée de mesures permettant la préparation et la formation des encadrants de proximité qui verront là s’étoffer leur rôle de manager dans l’assignation d’objectifs annuels individuels à chacun des membres de leurs équipes et trouveront ici de véritables leviers pour challenger l’investissement personnel au service de l’intérêt collectif. Un décret en Conseil d’Etat devra préciser les modalités pratiques de la mise en place de cet entretien annuel.

L’article 13 du projet de loi de transformation de la fonction publique entreprend une modification des modalités de rémunération des agents publics en instaurant des critères individuels liés à la façon de servir et un mécanisme d’intéressement collectif. Il s’agit d’assurer une cohérence des critères pris en compte pour la détermination de la rémunération de tous les agents publics, y compris les praticiens, en les reliant à la qualité du service rendu. Cette mesure, qui concerne expressément la Fonction Publique Hospitalière, permettra une nouvelle fois d’asseoir le rôle de l’encadrement puisque c’est par son intermédiaire, via son appréciation et les objectifs individuels qu’il aura fixés et évalués, que les critères seront mis en œuvre. L’instauration d’une rémunération non plus uniquement statutaire en fonction de la qualification et des fonctions exercées mais corrélée directement à la manière de servir avec les notions d’engagement professionnel et de mérite permettra de laisser une plus grande place à l’encadrement de proximité et de mettre en œuvre un véritable management d’équipe et de projet au sein des unités hospitalières.

L’article 22 bis prévoit quant à lui de réformer les modalités de recrutement, d’harmoniser la formation initiale et de développer la formation continue en faveur, notamment, des corps de catégorie A en vue de développer une culture commune de l’action publique et de son management et ainsi de mieux structurer les parcours professionnels des agents concernés.

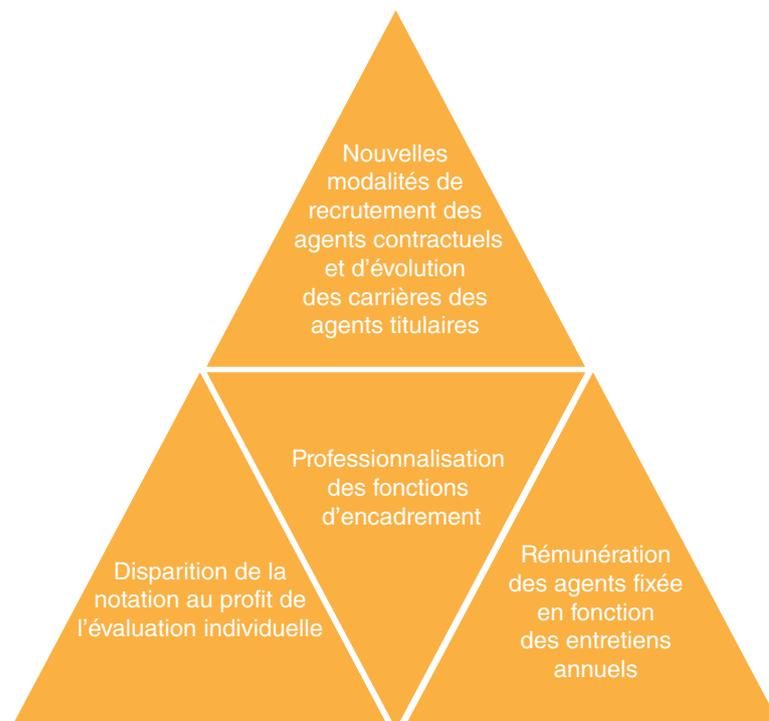
Ici encore les fonctions d’encadrement sont clairement visées avec comme objectif de former et d’accompagner l’encadrement aux nouvelles responsabilités induites par la transformation du système de santé et d’instaurer une véritable culture managériale professionnelle adaptée aux enjeux spécifiques de l’hôpital.

D’autres mesures du projet de loi de transformation de la fonction publique peuvent être assimilées, indirectement au moins, à une reconnaissance et une affirmation des fonctions d’encadrement à l’hôpital : il s’agit des mesures relatives aux agents contractuels avec la professionnalisation des procédures de recrutement dont les conditions doivent être précisées par décret (article 6 du projet de loi) et la création d’un nouveau type de contrat de travail, le contrat de projet lié à la mise en place d’une opération spécifique qui permettra le recours à un contrat à durée déterminée de 1 à 6 ans dont les conditions de durée et d’arrêt dépendront directement du projet concerné (article 8 du projet de loi). Ces mesures visent, selon le Conseil d’Etat, à donner de nouvelles marges de manœuvre aux encadrants dans le choix de leurs collaborateurs et d’ajuster leurs moyens en fonction de leurs besoins spécifiques quant au déploiement de projets.

Dans le même esprit, la révision des compétences des commissions administratives paritaires (CAP) en supprimant l’avis préalable de ces instances sur les questions liées à l’avancement et à la promotion s’agissant de la fonction publique hospitalière (article 4 du projet de loi) marque la volonté de décentraliser la prise des décisions individuelles au plus près du terrain et donc des agents et ainsi de doter les managers de leviers de décisions managériales nécessaires à leurs actions.

À noter : les mesures annoncées en septembre 2018 sur la révision des référentiels de formation et de compétences des fonctions d’encadrement ainsi que la reconnaissance indemnitaire des responsables et médicaux ne figurent pas dans le projet de loi de transformation de la fonction publique et feront sans doute l’objet d’une deuxième vague de mesures dans ce domaine.

Le renforcement des fonctions de l'encadrement



4. TEXTES À VENIR

- Loi de transformation de la fonction publique
- Ordonnances et décrets relatifs à la valorisation des fonctions managériales à l'hôpital
- Ordonnance relative à l'extension des compétences de la CME

5. À RETENIR

- Le plan Ma santé 2022 ambitionne un profond changement dans les fonctions d'encadrement et le management à l'hôpital;
- Ces mesures se retrouvent indirectement dans le projet de loi de transformation de la fonction publique afin d'être intégrées directement au statut des agents;
- Le service est identifié comme l'échelle de référence permettant l'émergence de l'intérêt collectif et d'une nouvelle culture managériale ;
- L'affirmation des fonctions d'encadrement s'inscrit dans la durée, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ainsi que la loi de transformation de la fonction publique permettent d'en poser les bases et les prérequis. L'émergence d'une véritable culture de management hospitalier nécessitera sans doute une deuxième vague de mesures permettant d'inscrire en profondeur ce changement de culture.

LA REVIVIFICATION DU DIALOGUE SOCIAL

1. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Annonce Ma santé 2022 – Cf. dossier de presse du 18 septembre 2018¹**
- **Le projet de loi de transformation de la fonction publique²**

2. ANNONCE/DISPOSITIF LÉGAL

Dans le cadre d'une « approche renouvelée du management des ressources humaines hospitalières et de la reconnaissance professionnelle », le dossier de presse du plan Ma santé 2022 prévoit notamment des mesures afin de « revivifier le dialogue social local en appui de la politique de transformation ». Ceci étant, aucune mesure en lien avec cette annonce ne se retrouve dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Mais en parallèle à cette réforme du système de santé, un projet de loi relatif à la transformation de la fonction publique évoque lui aussi des impacts sur le dialogue social.

Il est reproché à l'actuel dialogue social dans la fonction publique de ne pas permettre de développer une approche stratégique intégrant tous les sujets essentiels et promouvant une vision articulée des questions d'organisation des services, de politique de ressources humaines et de conditions de travail.

Dans le cadre de la démarche Action publique 2022, lancée le 13 octobre 2017 par le Premier ministre pour une transformation du service public, la définition d'un nouveau contrat social avec les agents publics et le développement d'outils en matière de politique de ressources humaines plus performants constituent une priorité. L'amélioration du dialogue social sur les questions collectives constitue à cet égard un levier clé de la modernisation et de la transformation des administrations publiques, en particulier pour accompagner les réformes organisationnelles qui seront entreprises. C'est la raison pour laquelle le Comité interministériel de la transformation publique (CITP) du 1er février 2018 a érigé en priorité la réforme des instances du dialogue social dans la fonction publique, laquelle a fait l'objet d'une concertation durant le premier semestre 2018 avec les organisations syndicales représentatives au niveau inter-fonction publique³. La réforme des commissions administratives paritaires (CAP) envisagée par le projet de loi de transformation de la fonction publique constitue un deuxième levier clé de la modernisation et de la transformation des politiques de ressources humaines.

Il ressort du plan Ma Santé 2022 et du projet de loi de transformation de la fonction publique, 4 « dispositifs » :

- Une nouvelle structure tripartite
- La négociation d'accords locaux majoritaires
- La mise en place du comité social d'établissement
- Une modification du champ de compétences des CAP

3. ET EN PRATIQUE ?

■ Dans le dossier de presse « Ma Santé 2022 » du 18 septembre 2018 :

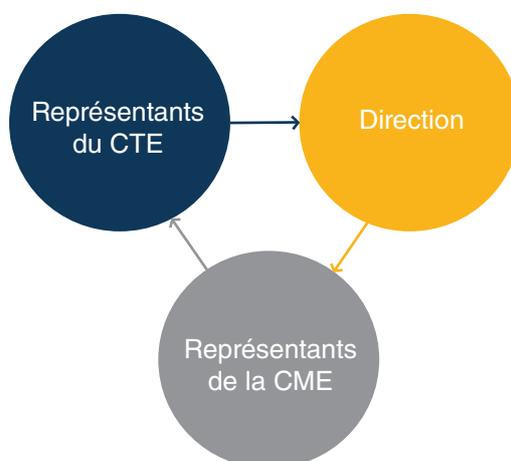
- Une nouvelle structure tripartite

Le dossier de presse annonce la mise en place de structures tripartites qui interviendraient lorsque les établissements de santé seraient engagés dans les mois à venir dans des politiques de transformation, afin de « renforcer la qualité du dialogue social et le partage d'objectifs concernant la production des soins ou la qualité de vie au travail ». Le dossier de presse évoque pour ce faire un accompagnement de la direction par des représentants du comité technique d'établissement (CTE) ainsi que des représentants de la commission médicale d'établissement (CME) :

¹ La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ne comporte pas de mesures spécifiques relatives au dialogue social.

² Texte non adopté lors de l'impression de cette publication ; étudié dans sa version du 4 juillet 2019 (texte de la commission mixte paritaire).

³ Étude d'impact du projet de loi sur la transformation de la fonction publique, p. 40.



- Négociation d'accords locaux majoritaires

Le dossier de presse poursuit l'annonce en précisant que des conditions seront définies « pour que des accords locaux majoritaires puissent être négociés, accords engageants en matière de formation et de promotion professionnelles, d'organisation et de qualité de vie au travail, de politique de l'emploi, d'action sociale ou de protection sociale complémentaire, dont le cadre général sera rénové et consolidé. »

■ Dans le projet de transformation de la fonction publique

Le titre 1^{er} du projet de loi de transformation de la fonction publique s'intitule « Promouvoir un dialogue social plus stratégique et efficace dans le respect des garanties des agents publics ».

- La mise en place du comité social d'établissement (CSE)

Dans son article 2, le projet de loi propose la création d'un comité social d'établissement (CSE) dans chaque établissement public de santé (article L.6144-3 du code de la santé publique). Cette création sera aussi valable pour les groupements de coopération (article L.6144-3-1 du code de la santé publique) et les établissements sociaux et médico-sociaux publics (article L.315-13 du code de l'action sociale et des familles).

Ainsi, le CSE vient en remplacement du CTE.

LA RÉFORME DE LA FONCTION PUBLIQUE
quels impacts à l'hôpital et pour le secteur médico-social ?
(Réf. 1454)

À Paris les :

- 20 janvier 2020
- 10 mars 2020
- 12 juin 2020
- 24 septembre 2020



Elodie Bouquin

☎ 01 41 17 15 19

✉ elodie.bouquin@cneh.fr

LA REVIVIFICATION DU DIALOGUE SOCIAL

Cette instance sera consultative et ses compétences variées :

- Orientations stratégiques de l'établissement et celles l'inscrivant dans l'offre de soins au sein de son territoire ;
- Accessibilité des services et qualité des services rendus ;
- Organisation interne de l'établissement ;
- Orientations stratégiques sur les politiques de ressources humaines ;

D'autres champs de compétences seront prévus ultérieurement, par un décret en Conseil d'Etat.

Dans les conditions définies par décret, ce CSE disposera d'une « formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail ». Formation qui viendra remplacer l'actuel comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Tout comme dans le code du travail (Ordonnance du 22 septembre 2017), il y aura dans la fonction publique une fusion des instances CTE/CHSCT.

Les raisons de cette fusion ont, notamment, été précisées dans l'étude d'impact du projet de loi de transformation de la fonction publique du 27 mars 2019 : « le dialogue social souffre d'une articulation des compétences peu satisfaisante entre les CT et les CHSCT, ce qui se concrétise par des approches insuffisamment intégrées sur les questions collectives liées au fonctionnement du service et aux conditions de travail. Cette articulation conduit à une forme d'insécurité juridique pour l'employeur public dans la mesure où la ligne de partage n'est pas toujours claire ». Dès lors, la réforme du dialogue social, prévue par le projet de loi à travers la refonte des organismes consultatifs compétents sur les questions collectives, est une réforme structurante susceptible de produire des effets de long terme sur la qualité et l'efficacité du dialogue social dans la fonction publique. Celle-ci permettra de remédier à la difficulté d'articulation actuelle des compétences entre les CT et les CHSCT, en particulier en matière de réorganisation de services. Le CT et le CHSCT sont tous deux compétents en la matière au titre de l'impact respectivement sur l'organisation du service ainsi que sur les conditions de travail et la prévention des risques psycho-sociaux. Les textes actuels régissant les CT et les CHSCT ne prévoient pas la possibilité de réunion conjointe des deux instances pour traiter en commun de la partie de leurs champs de compétences qui se recoupe. Au total, l'organisation globale du travail est abordée de manière éclatée au sein de ces instances.

- Une modification du champ de compétences des commissions administratives paritaires (CAP)

Les compétences des CAP sont impactées par le projet de loi de transformation de la fonction publique, l'idée est de focaliser leur saisine sur les questions individuelles qui « le nécessitent davantage⁴ ». L'objectif principal de la réforme des CAP portée par ce projet de loi est de réaffirmer l'utilité et l'efficacité du dialogue social sur les questions individuelles en tant qu'il constitue une plus-value pour la mise en œuvre du droit à la participation des agents.

L'étude d'impact du projet de loi, datée du 27 mars 2019, rappelle que ces CAP ont été mises en place « initialement dans le but de garantir une égalité de traitement entre agents par opposition aux pratiques de favoritisme de l'avant-guerre.

Le fonctionnement des CAP n'a toutefois pas empêché l'apparition d'autres effets négatifs qui constituent aujourd'hui des freins importants dans la gestion des agents publics ». Le rapport Pêcheur du 29 octobre 2013 a fait le constat que le modèle du dialogue social actuel souffre de lourdeurs liées à certaines attributions des CAP, ainsi qu'au cloisonnement et au formalisme important selon les pratiques hétérogènes des administrations. Dans un contexte de transformation des administrations publiques, ces difficultés nuisent à la qualité de la gestion individuelle des ressources humaines tant pour les employeurs que pour les agents (par exemple ralentissement des mobilités du fait d'un passage systématique en CAP, prise en compte excessive du critère d'ancienneté dans les promotions, etc.).

⁴Exposé des motifs, projet de loi de transformation de la fonction publique.

LA REVIVIFICATION DU DIALOGUE SOCIAL

À ce jour dans le projet de loi, le futur article 21 de la loi n°86-33 fait référence à 5 matières qui restent de la compétence des CAP :

- L'article 37 : la titularisation et le licenciement en cours de stage ;
- L'article 50-1 : la recherche d'affectation au CNG ;
- L'article 62 : le licenciement après le refus de 3 postes en retour de disponibilité ;
- L'article 65 : la connaissance par la CAP des notes et des éventuelles contestations s'y rapportant (sachant que le projet de loi homogénéise la pratique de l'évaluation de la valeur professionnelle dans les trois versants de la fonction publique et fait en conséquence, disparaître la note dans la FPH, l'article 65 sera modifié.
A compter du 1^{er} janvier 2021 (applicable aux entretiens professionnels conduits au titre de l'année 2020), c'est donc le compte-rendu de l'entretien professionnel qui pourra être révisé, suite à l'avis de la CAP) ;
- L'article 82 : la discipline ;
- L'article 88 : le licenciement pour insuffisance professionnelle.

Les autres matières seront définies par décret en Conseil d'État.

Cet article 21, en projet, est structuré en deux parties et donne la possibilité aux agents de choisir « un représentant désigné par l'organisation syndicale représentative de leur choix pour les assister dans l'exercice des recours administratifs contre les décisions individuelles défavorables prises au titre des articles 35 (la promotion interne) et 69 (l'avancement de grade) ».

Ainsi, les dossiers individuels ne passeront plus en CAP sur ces sujets là mais les agents pourront, dans des conditions à définir, saisir leur administration accompagnés d'un représentant du personnel, lorsqu'ils souhaiteront contester une décision individuelle les concernant.

Au sujet de la promotion et de l'avancement de grade, le projet de loi prévoit que l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du CSE, arrête des « lignes directrices de gestion⁵ ». Ces lignes fixent « les orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours, sans préjudice du pouvoir d'appréciation de cette autorité en fonction des situations individuelles, des circonstances ou d'un motif d'intérêt général ». Ces lignes directrices seront à communiquer aux agents.

4. TEXTES À VENIR

- Loi de transformation de la fonction publique
- Décret d'application pour le CSE
- Décret d'application pour les CAP

5. À RETENIR

- Le plan Ma santé 2022 ne contient pas de mesures directes sur la revivification du dialogue social, toutefois ces mesures ont été annoncées dans le dossier de presse du 18 septembre 2018 ;
- En parallèle à cette réforme de notre système de santé, une réforme de la fonction publique impacte le dialogue social des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (ainsi que les groupements de coopération).
- Comité technique d'établissement (CTE) et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) fusionnent pour donner naissance au comité social d'établissement (CSE) (dispositions qui entrent en vigueur en vue du prochain renouvellement général des instances dans la fonction publique).
- Rôle et compétences des commissions administratives paritaires (CAP) sont revus.

⁵Article. 14, III du projet de loi de transformation de la fonction publique

LE CALENDRIER DU PLAN

Mesure	Vecteur juridique ou institutionnel Calendrier indicatif
Définition de parcours de soins	Articles 18, 22 et 45 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Guides de prises en charge HAS en attente <ul style="list-style-type: none"> ➤ Temps 1 : ostéoporose et insuffisance cardiaque (2019) ➤ Temps 2 : autres pathologies chroniques
Mesure systématique d'indicateurs d'efficacité clinique et d'expérience patient sur les 10 parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique et diffusion des résultats	Articles 44 et 65 loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Arrêtés en attente <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2019 : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), obésité, maladie coronarienne stable, insuffisance rénale chronique et maladie de Parkinson
Création de financements au forfait pour les pathologies chroniques	Décrets et arrêtés en attente (code de la sécurité sociale) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète et insuffisance rénale chronique en 2019-2020
Mise en place du financement à la qualité	Articles 37 et 40 LFSS 2019 Article 65 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Décret n° 2019-121 du 21 février 2019 Arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils Arrêté du 18 juin 2019 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en œuvre 2020
Mise à jour des nomenclatures et classification générales des actes professionnels d'ici 2022	Décrets et arrêtés en attente <ul style="list-style-type: none"> ➤ Calendrier non défini
Etendre et systématiser la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge	Non défini <ul style="list-style-type: none"> ➤ Calendrier non défini
Intégrer le patient comme acteur de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé	Article 65 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2020
Ouverture d'un espace numérique de santé individuel et personnalisable pour chaque usager	Article 44 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Décret en attente <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déploiement d'ici 2022
Développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) structures d'exercice coordonné conventionnées	Articles 22 et 64 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Ordonnance en attente <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1000 CPTS annoncées d'ici 2022 ➤ 2000 structures d'exercice coordonné conventionnées d'ici 2023
Financements priorités vers les professionnels exerçant collectivement	Négociations conventionnelles <ul style="list-style-type: none"> ➤ Calendrier non défini
Création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital	Instruction N° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires » <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en œuvre en 2019

LE CALENDRIER DU PLAN

Mesure	Vecteur juridique ou institutionnel Calendrier indicatif
Création d'une nouvelle fonction d'assistants médicaux pour redonner du temps aux médecins et soutien financier au développement de cette fonction	Article 67 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Négociations conventionnelles ➤ 2019
S'appuyer sur le numérique pour améliorer les organisations et dégager du temps médical : développement de la e-prescription	Article 55 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 Référentiels d'interopérabilité Ordonnance en attente ➤ 2021
Déploiement de la télémédecine	Articles 53 et 54 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 Arrêté du ministre en charge de la santé définissant les activités de télésoin Décrets pris en Conseil d'Etat relatifs aux conditions de mise en œuvre et de prise en charge des activités de télésoin ➤ Calendrier non défini
Labellisation des premiers hôpitaux de proximité	Article 35 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Décret en Conseil d'Etat Ordonnance en attente ➤ Labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité d'ici 2022
Réforme du régime des autorisations des activités de soins	Article 36 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Ordonnances en attente Décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement pour chaque activité de soins ➤ Mise en oeuvre en 2020-2022
Gestion des ressources humaines médicales placée au niveau des GHT	Article 37 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Ordonnance en attente ➤ Mise en oeuvre en 2020
Création d'un droit d'option pour expérimenter de nouveaux modes de gouvernance, mutualiser de nouvelles compétences ou simplifier la procédure de fusion des établissements au sein des GHT	Article 37 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Ordonnance en attente ➤ Mise en oeuvre en 2020
Signature d'une convention sur les filières d'intérêt commun pour encourager les synergies entre les GHT et les établissements privés et sortir du tout concurrence	Non défini ➤ Calendrier non défini
Définition de projets de santé de territoire	Article 22 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Décret en attente ➤ Calendrier non défini
Suppression du numerus clausus et refonte des premiers cycles des études en santé	Articles 1, 2 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Décrets en attente ➤ Dès la rentrée 2020

LE CALENDRIER DU PLAN

Mesure	Vecteur juridique ou institutionnel Calendrier indicatif
Réforme du 2e cycle des études médicales et suppression de l'examen classant nationale ; intégration de toutes les formations dans l'université, formation à la recherche et développement des formations aux pratiques avancées	Article 3 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Décrets en attente ➤ Dès la rentrée 2020
Le service sanitaire	Instruction SG/DGOS/DGS/DGESCO/DGES du 27 novembre 2018 relatif au suivi du service sanitaire des études en santé Arrêtés en attente ➤ 2018
Reconnaissance statutaire de la pratique avancée infirmière et extension à d'autres domaines d'intervention	Article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées ➤ 2018 ➤ 2021 Ouverture à la psychiatrie en 2019
Création d'une prime de coopération dès 2019 pour reconnaître les professionnels engagés dans des protocoles de coopération	Modification réglementaire ➤ Calendrier non défini
Modernisation du statut de praticien hospitalier	Article 13 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Ordonnances en attente Décrets en attente ➤ 2020
Réforme des conditions de recours à l'emploi contractuel	Article 13 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Ordonnances en attente Décrets en attente ➤ 2020
Réforme statutaire afin d'ouvrir la possibilité d'exercice à temps non complet pour faciliter l'exercice mixte	Article 13 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 Ordonnances en attente ➤ 2020
Mise en place d'une réflexion spécifique sur les conditions d'emploi en seconde partie de carrière des professions paramédicales	Non défini ➤ Calendrier non défini
Actualisation des référentiels d'activités/compétences et de formation des aides-soignants afin de mieux répondre aux réalités de leur exercice	Décrets/arrêtés (code de la santé publique notamment) ➤ Calendrier non défini
Amélioration du reclassement des aides-soignants accédant au grade d'infirmier	Modification réglementaire ➤ Calendrier non défini

LE CALENDRIER DU PLAN

Mesure	Vecteur juridique ou institutionnel	Calendrier indicatif
Développement de la formation d'assistant de soins en gériatrie	Modification réglementaire ➤ Calendrier non défini	
Redonner au service son rôle de «collectif»	Modification réglementaire ➤ Calendrier non défini	
Favoriser les mécanismes de reconnaissance collective et individuelle	Modification réglementaire ➤ Calendrier non défini	
Affirmer l'importance des fonctions d'encadrement et d'animation d'équipes professionnelles	Projet de loi de transformation de la fonction publique (Texte non adopté lors de l'impression de cette publication ; étudié dans sa version du 4 juillet 2019 ; texte de la commission mixte paritaire) ➤ Calendrier non défini	
Revivifier le dialogue social local en appui de la politique de transformation	Projet de loi de transformation de la fonction publique ➤ 2019	
Doter les GHT d'une véritable CME	Article 37 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Ordonnance en attente Décret en attente ➤ Calendrier non défini	
Élargir les compétences de la CME	Article 37 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Ordonnance en attente ➤ 2020	
Renforcer le leadership du président de CME et de l'équipe constituée autour de lui	Article 37 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Ordonnance en attente ➤ 2020	

Le Centre de Droit JuriSanté du CNEH

Une équipe de consultantes spécialisées, des formations au CNEH et dans les établissements de santé et médio-sociaux sur mesure, mais également :



CLASSEUR LA GARDE DE DIRECTION DE A À Z Édition 2018

Un classeur « La garde de direction de A à Z », pour sécuriser les pratiques des administrateurs de garde



CLUB 10-13

Un temps d'échange et d'information autour de l'actualité juridique hospitalière

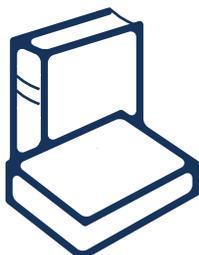


LE SERVICE SVP JURIDIQUE

Des missions de conseil complétées d'un service téléphonique SVP gratuit qui accompagnent les établissements adhérents au quotidien

BLOG JuriSanté

Un blog avec les dernières actualités sur la réglementation hospitalière commentées par l'équipe JuriSanté accessible à tous



Des publications régulières dans des revues spécialisées (Gestions hospitalières et Revue hospitalière de France)



ÉCOLE DE RÉFÉRENCE
CONSEILLER DE CONFIANCE

JuriSanté

WWW.CNEH.FR

CNEH - Centre National de l'Expertise Hospitalière
3 rue Danton 92240 Malakoff - Tél. 01 41 17 15 15



Prix : 30 €