

# Préparation du projet de loi « Patients, santé, territoire »

## 4 Missions pour moderniser le système de santé

---

- 4 missions ont été commanditées par le gouvernement et menées avec l'appui du ministère de la santé pour préparer un projet de modernisation du système de santé
  - EGOS (états généraux de l'organisation de la santé)
  - mission Larcher (hôpital)
  - mission Flajolet (disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire)
  - mission Ritter (organisation territoriale)

# Les états généraux de l'organisation de la santé (EGOS)

# Les objectifs des EGOS

---

## Les objectifs

- Etablir un diagnostic partagé sur l'organisation territoriale de l'offre de soins de premier recours et la répartition des professionnels de santé
- Faire des propositions concrètes pour structurer et dynamiser l'offre de premier recours
- Préparer un cadre de réflexion à la négociation conventionnelle conduite par l'UNCAM
- Traduire les propositions concrètes des EGOS dans le projet de loi de modernisation de l'organisation de la santé

## La démarche : deux cycles de concertation

- les médecins généralistes
- les autres professionnels de santé

# Le constat des EGOS

- Une forte densité médicale mais une inégalité d'accès aux soins, résultant d'une mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire
- *Pour les médecins* : Une réduction des effectifs attendue et une diminution du temps médical, malgré l'augmentation du *numerus clausus*
- *Pour les chirurgiens dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes* : un taux de croissance annuel entre 2000 et 2007 variable (respectivement de 0,32%, 2,72% et 2,86%)
- *Pour les professions paramédicales* : une augmentation significative des effectifs au cours des dernières années (de 2,61% à 7,97%)

# Le constat des EGOS

---

- **La nécessité de faire évoluer les conditions de formation, d'installation et d'exercice des professionnels de santé, pour tenir compte :**
  - De l'évolution des effectifs des PS
  - De l'évolution des besoins médicaux de la population
  - De l'évolution de la prise en charge des pathologies
  - De l'évolution des attentes de la société, des jeunes professionnels de santé et des acteurs locaux

# Les recommandations des EGOS

---

## 1 – Adapter le dispositif de formation

- Promouvoir la formation au métier de médecin généraliste de premier recours (MGPR)
- Faire connaître la médecine générale de premier recours, le plus tôt possible dans le cursus des études médicales
- Organiser une véritable filière de médecin généraliste de premier recours, adaptée à ses missions dans le cadre d'une filière universitaire à travers un DES ou un DESC
- Adapter le dispositif de formation aux besoins de santé des territoires
- Organiser un post-internat à la filière MGPR

# Les recommandations des EGOS

---

## ...Adapter le dispositif de formation

- *Pour les professions médicales* : réformer l'organisation de la 1<sup>ère</sup> année des études, intégrer ces formations dans le système LMD
- *Pour les professions non médicales* : définir le niveau de reconnaissance universitaire dans le LMD
- Favoriser les stages dans le monde libéral pour toutes les professions de santé
- Développer et promouvoir les actions de formation continue dans un cadre inter-professionnel
- Assurer une double tutelle effective par les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur

# Les recommandations des EGOS

---

## 2 – Une coopération organisée entre professionnels de santé

- Rénover le cadre de la coopération entre les professionnels de santé : de nouvelles formes de coopération, des modifications profondes de la formation des professionnels de santé et du cadre juridique
- Donner un contenu concret à la fonction de coordination des soins au service du patient :
  - Fonction assurée principalement par le MG de premier recours
  - Nécessité d'une coordination autour du patient atteint de pathologie chronique ou de la personne âgée souffrant de polypathologie

# Les recommandations des EGOS

---

## **3 – Une organisation territoriale pluri-professionnelle et pluridisciplinaire**

- Unifier le pilotage du dispositif dans le cadre des ARS
- Favoriser la coordination des soins aux patients, notamment les patients atteints de maladies chroniques, du domicile à l'hôpital, entre les champs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social
  - Définir les soins de premier recours et les missions du MG
  - Réfléchir à une organisation des soins de premier recours de type SROS
  - Réfléchir aux réseaux de santé de proximité et à leur articulation avec les maisons de santé où les pôles pluridisciplinaires

# Les recommandations des EGOS

---

## **...Une organisation territoriale pluri-professionnelle et pluridisciplinaire**

- Un ensemble de mesures incitatives pour :
  - Favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-dotées et fragiles : développement du guichet unique, développer les synergies avec les collectivités territoriales
  - Améliorer les conditions d'exercice du métier et des missions : développer des formes d'exercice regroupé, en privilégiant les maisons de santé ou les pôles de santé pluridisciplinaires dans les zones sous-dotées, faire évoluer les modes de rémunération

# Les recommandations des EGOS

---

## **...Une organisation territoriale pluri-professionnelle et pluridisciplinaire**

- Des mesures pour les zones sous-dotées concernant les MG de premier recours
  - Identification selon une méthodologie définie par le ministère
  - Institution d'un contrat santé solidarité portant engagement de répondre aux besoins de santé non couverts par ailleurs, pour chaque médecin généraliste de premier recours
  - A défaut, mesures de régulation conventionnelle respectant la solidarité intergénérationnelle
- Pour les autres professionnels de santé, poursuivre la concertation pour mettre au point une déclinaison de mesures susceptibles de favoriser une meilleure répartition sur le territoire

# La mission Larcher sur l'hôpital

# Les propositions

---

- **16 Propositions suivant quatre axes**
  - Aménager les **relations entre le monde hospitalier et son environnement** pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge
  - **Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière** pour offrir une qualité de service au meilleur coût
  - Préserver l'avenir de **l'hôpital public en garantissant son dynamisme**
  - **Développer l'enseignement et la recherche**

# Les propositions (suite)

- **AXE 1: Revoir l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade**
  - **Développer l'offre d'aval** : redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social
  - **Continuité du parcours de soins** : affirmer cette mission à l'hôpital dans les référentiels (EPP, certification), faciliter la communication entre acteurs, mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation (aménagement du retour au domicile organisation de la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles)
  - **Développer les formes d'exercice pluri disciplinaire en ville** : permettre aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux locaux, d'apporter un support à ces formes d'exercice
  - **Améliorer l'organisation des soins non programmés** : ARS responsable de l'organisation globale, mutualisation des permanences, organisation de consultations non programmées à l'hôpital, prise en charge des AVC

# Les propositions (suite)

- **AXE 2 : Rapprochements d'activité entre hôpitaux publics et prise en compte de l'hospitalisation privée**
  - **Favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics** sous la forme de communautés hospitalières de territoire avec des compétences obligatoires et d'autres optionnelles: incitation forte à des rapprochements volontaires, projet médical commun intégrant court séjour, SSR et USLD...
  - **Aménager les conditions de prise en charge de l'offre de soins par les cliniques privées** : nouvelles formes contractuelles pour les missions de service public avec garantie d'accessibilité financière, conditions d'adhésion des médecins à ces relations contractuelles, objectivation des coûts de ces missions ; veiller au respect du droit de la concurrence lors des opérations de concentration par une meilleure définition de segments de marché

# Les propositions (suite)

- **AXE 3 : Plus de souplesse et de responsabilité pour l'hôpital public pour améliorer sa performance**
  - **Faire évoluer les règles de gouvernance interne de l'hôpital public :** transformer le CA en conseil de surveillance, y intégrer un représentant de l'Assurance Maladie, transformer le conseil exécutif en directoire
  - **Dynamiser la gestion des directeurs d'hôpitaux :** diversification des viviers de recrutement, nomination par le directeur d'ARS (sauf DG de CHU) après sélection par le centre national de gestion sur critères managériaux
  - **Moderniser le statut :** liberté d'organisation, assouplissement des procédures
  - **Développer l'efficience :** contrôle des ARS centré sur l'efficience et la qualité, certification des comptes
  - **Offrir aux médecins de nouveaux cadres d'exercice :** permettre un choix réversible entre le cadre statutaire actuel, un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et des valences), et un cadre contractuel unifié, favoriser les exercices mixtes
  - **Développer les perspectives des professionnels non médicaux :** mise en place du cursus LMD, métiers (coordination, expertise, formation), délégation d'actes, intéressement (lié à activité, qualité, amélioration, efficience des unités de soins et des pôles)

# Les propositions (fin)

- **AXE 4 : Conforter et dynamiser l'enseignement et la recherche**
  - **Renforcer le pilotage de l'enseignement et la recherche** : pilotage national par un comité interministériel, mise en place d'une agence de moyens et évaluation par l'AERES (agence d'évaluation des établissements d'enseignement supérieur et de recherche), pilotage interrégional en lien avec les ARS, articulations entre conventions hospitalo-universitaires et conventions des universités,
  - **Labelliser les équipes HU** : sur les missions soins, enseignement et recherche ; des équipes hors CHU (publiques ou privées) peuvent être associées aux missions d'enseignement et recherche
  - **Adapter la formation médicale et paramédicale** : passerelles entre filières par le biais du cursus LMD, adaptation des flux aux besoins régionaux, enrichissement des contenus et diversification des profils des étudiants, renforcement de la FMC hospitalière
  - **Conforter le dynamisme de la recherche** : développer l'appui à la recherche, simplifier son cadre juridique, développer les collaborations avec l'industrie, élargir les champs de la recherche (soins primaires, soins infirmiers, prévention, recherche médico-économique, handicap...)

# La mission Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire

# Le contenu du rapport Flajolet

---

Le rapport :

- ❶ porte un diagnostic précis sur les différences d'état de santé et d'offre de soins sur le territoire,
- ❷ dresse l'état des lieux des actions entreprises par les différents acteurs pour améliorer l'accès aux soins,
- ❸ et formule des recommandations afin de réduire ces disparités territoriales des politiques de prévention en France

# Le constat

---

- Une richesse foisonnante d'initiatives en faveur de la prévention
  - Une tentation planificatrice au détriment de l'action au contact du citoyen
  - Une insuffisance de la pratique collective, par la population, d'actions bénéfiques à la santé.
- ⇒ *»le défaut de santé, puis son aggravation, est la principale marque d'inégalité et ce défaut génère les difficultés qui enferment les personnes dans une précarité de situation dommageable pour la société entière »*

# Les recommandations

- Ambitieuses et placées dans une perspective à 20 ans : Il s'agit de fixer l'orientation générale de la réduction des inégalités de santé par la prévention.
- Plusieurs axes:
  - *« créer du lien par la santé »,*
  - *donner un rôle notoire à chacun et inverser la logique:*
    - ↳ *passer de la réparation vers la gestion du patrimoine santé,*
    - ↳ *du saupoudrage vers la concentration et la responsabilisation des acteurs."*

## Les recommandations (suite)

- *Créer des « communautés de santé »*, structures comprenant du « paramédical, de l'administration de suivi, de l'HAD, des soins de fin de vie et des spécialistes », les futures ARS devant s'organiser pour ce faire avec les conseils régionaux et les GRSP;
- *« Modifier en profondeur le rapport entre la médecine libérale et l'hôpital »* notamment en matière de PDS, avec une pénalisation des praticiens qui ne participent pas correctement au dispositif;
- ↪ **Proposition d'une expérimentation en région Nord-Pas de Calais**

# La mission Ritter sur les agences régionales de santé et les suites de cette mission

# Les propositions du rapport Ritter

- **Une réforme institutionnelle** : mettre en place un pilotage régional unifié et responsabilisé du système de santé permettant de gérer ensemble les politiques de santé, l'organisation des soins et la maîtrise des dépenses.
- **Un périmètre de compétences large pour les ARS** : la médecine de ville, l'hôpital, le secteur médico-social (personnes âgées ou handicapées) et une partie de la prévention et de la veille sanitaire
- **Les missions confiées** : les ARS assumeraient à la fois l'organisation, la planification des soins et l'efficience des dépenses (gestion du risque) en lien avec les caisses locales d'assurance maladie dans le cadre d'une contractualisation
- **La responsabilisation des ARS passe par une déconcentration** du niveau national au profit du niveau régional et par la mise en œuvre d'une contractualisation avec les professionnels et les établissements de santé sans toutefois remettre en cause l'existence des conventions nationales

# Les propositions du rapport Ritter

- **Statuts et gouvernance** : le rapport Ritter préconise la création des ARS sous la forme d'établissements publics avec un conseil délibérant, un exécutif resserré associant Etat et Assurance maladie, une procédure de nomination des directeurs les responsabilisant sur des objectifs et une instance régionale de concertation s'inspirant des conférences régionales de santé actuelles.
- **Organisation** : les ARS se substitueraient aux ARH, aux MRS, aux GRSP. Une part importante des effectifs des DDASS et des DRASS leur seraient transférée. Les URCAM, la partie des CRAM et du Service Médical de l'Assurance maladie dont les compétences relèveraient des ARS leur seraient rattachés
- **Pilotage national du système de santé** : mise en place d'une instance de coordination qui préserve les structures actuelles tout en bénéficiant d'un pouvoir de décision propre

# Les propositions du rapport Bur

- **Un diagnostic partagé avec le rapport Ritter** : un système de santé cloisonné et dont l'efficacité doit être améliorée à partir du niveau régional
- **Les objectifs de la réforme** : donner aux ARS un périmètre large permettant d'unifier le pilotage du système de santé, de rendre les politiques de santé plus efficaces et de renforcer l'efficacité du système afin de garantir sa viabilité financière
- **L'organisation de l'offre de soins et la gestion du risque** :
  - Confier les fonctions d'organisation de l'offre de soins (ville, hôpital et médico-social) et la politique de santé publique à une seule autorité régionale : l'ARS
  - Deux scénarios sur la gestion du risque: charger l'ARS de l'organisation de l'offre de soins et de la régulation des dépenses de santé; organiser la voie du dialogue entre une ARS chargée de l'offre de soins et de la politique de santé publique et une direction régionale de l'Assurance maladie (DiRAM) inter régimes régulatrice des dépenses de santé et constituant un partenaire de l'ARS; ce deuxième scénario a la préférence du rapporteur

# Les propositions du rapport Bur

- **Statuts et gouvernance** : le rapport Bur préconise également la création des ARS sous la forme d'établissements publics avec un exécutif fort. Il prône une refondation de la démocratie sanitaire par un renforcement des conférences régionales de santé et une plus grande implication des élus dans la gouvernance régionale du système de santé
- **Organisation** : les ARS se verraient dotées d'outils nouveaux permettant de piloter plus efficacement l'offre de soins et de garantir par des mécanismes institutionnels et financiers l'évolution du système de santé (développement des soins ambulatoires, des actions de prévention et du secteur médico-social)
- **Pilotage national du système de santé** : clarification des rôles entre un Etat organisateur de l'offre de soins et une Assurance maladie confortée dans sa mission de gestion du risque

# Les décisions du conseil de modernisation des politiques publiques

Ces décisions rendent compte des arbitrages rendus au plus haut niveau de l'Etat à la suite de ces travaux.

- **Regrouper au sein d'agences régionales de santé (ARS) les services déconcentrés actuels de l'État (la partie « santé » des DDASS et des DRASS), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les MRS, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), et une partie des services régionaux des trois régimes de l'Assurance maladie.**
- **Un périmètre de compétence large :** prévention et éducation à la santé, soins de ville, soins hospitaliers, médico-social. Articulation de leurs compétences avec les compétences préfectorales en matière de gestion des crises, notamment sanitaires.
- **Des antennes locales pour garantir la proximité territoriale.**

# Les décisions du conseil de modernisation des politiques publiques

- **Association des services régionaux de l'Assurance maladie aux services de l'État pour constituer les ARS.**
- **Mission de la régulation des dépenses;** l'ARS pourra mettre en place un dispositif conventionnel avec les caisses primaires d'assurance maladie.
- **Compétence sur l'organisation des soins et la gestion du risque,** dans le respect des compétences et de l'organisation de l'Assurance maladie.
- **Pas de remise en cause de la politique de service de proximité aux assurés garantie par l'Assurance maladie.**
- **Côté Etat, au niveau départemental et régional, reconfiguration des services oeuvrant dans le domaine du social, dans un cadre interministériel.**

# Conclusion

# Un projet de loi à construire

- **De nombreuses mesures qui sont en train d'être approfondie** : Les mesures sont plus ou moins précises d'un rapport à l'autre. Elles sont actuellement en train d'être approfondies par le ministère de la santé et seront ensuite concertées.
- **Des mises en œuvre diverses** : toutes les mesures ne seront pas mises en œuvre par la loi; un certain nombre nécessitent uniquement des décrets, des arrêtés ou des textes conventionnels; d'autres peuvent être mises en œuvre directement par les gestionnaires. Cette diversité entraînera forcément un échelonnement des mesures dans le temps.
- **Des choix de modernisation en cours** : Si le gouvernement a choisi de reprendre globalement les recommandations des rapports, il ne s'est pas encore prononcé sur chaque mesure et sur l'échelonnement dans le temps.
- **Une concertation annoncée par la Ministre.**

## Quelques points fixes

- **La volonté de moderniser l'offre de soins dans son organisation et son fonctionnement** : cette modernisation passe par la recherche d'une meilleure réponse aux besoins de nos assurés, une plus grande efficacité des soins et une meilleure coordination des offreurs de soins.
- **La création d'agences régionales de santé** : Les rapports prônent tous une harmonisation et un renforcement des gestionnaires régionaux de l'offre de soins à travers la création d'agences régionales de santé, à compétence élargie regroupant des compétences des services déconcentrés de l'Etat et de l'assurance maladie.
- **La territorialisation de la politique de santé** : Les rapports préconisent le déploiement des politiques de santé au plus près des citoyens. La notion de territoire de santé est au centre de cette évolution.