

ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ : ACCOMPAGNER LES DYNAMIQUES LOCALES SANS IMPOSER DES MODÈLES UNIFORMES

Commission des affaires sociales

**Mmes Catherine Deroche, Véronique Guillotin
et M. Yves Daudigny, rapporteurs**

En amont de l'examen du projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, la commission des affaires sociales a décidé de faire un **bilan des outils destinés à organiser la coordination entre les acteurs de santé au niveau des territoires**, issus notamment de la loi « santé » de janvier 2016 et dont le plan gouvernemental « Ma Santé 2022 » fait des piliers de la transformation souhaitée de notre système de santé : en particulier, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Ce premier bilan s'est nourri d'une vingtaine d'auditions et de deux déplacements à la rencontre de porteurs de projets, en Seine-Saint-Denis et en Meuse.

Qu'apportent, sur le terrain, les dispositifs comme les CPTS ou les GHT ? De quelle façon les acteurs se les approprient-ils ? Quelles difficultés ou limites peut-on relever à ce stade ? Telles sont les questions auxquelles les rapporteurs ont répondu dans la communication présentée devant la commission des affaires sociales le 15 mai 2019.

1 – Développer les coopérations en partant des besoins des territoires, une exigence pour notre système de santé encore insuffisamment atteinte

Si les professionnels de santé se sont toujours, dans une mesure certes variable, coordonnés entre eux, avec ou sans formalisation juridique, l'inscription dans un exercice coordonné est aujourd'hui, de l'avis unanime, un **argument décisif pour l'installation des nouvelles générations de professionnels de santé**.

En Meuse, cela a permis de **pallier les conséquences de la désertification médicale** et d'insuffler une nouvelle dynamique sur un territoire rural.

Toutefois, il existe un **décalage paradoxal** entre le besoin ressenti de coopération, la pléthore d'outils juridiques existant « sur le papier » et les difficultés des acteurs à trouver des réponses adaptées à leurs besoins pour construire une vraie coopération au service d'un territoire.



Déplacement en Meuse, 6 mai 2019

2 – La structuration des soins de ville : soutenir des évolutions indispensables tout en ménageant la souplesse des outils

• Des dynamiques à l'œuvre dans la constitution des CPTS

La loi « santé » de 2016 a substitué aux pôles de santé les **équipes de soins primaires (ESP)** et les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** : ces formes souples d'organisation sont ouvertes aux professionnels de santé volontaires dans le but de créer des équipes de professionnels libéraux « hors les murs » autour d'un **projet de santé**, au niveau d'une patientèle pour les ESP ou dans une approche plus « populationnelle » pour les CPTS.

Les **ESP** sont constituées autour des médecins généralistes dans les **soins de premier recours**, prenant parfois la forme d'une maison ou d'un centre de santé. Critiquées pour leur caractère trop « médico-centré », jusqu'alors sans financement *ad hoc*, celles-ci **n'ont pas encore trouvé leur modèle** : on en compte **seulement 13** et 38 sont en phase de construction.

Les **CPTS** ont un **champ plus large** puisqu'elles s'adressent aux professionnels de santé du premier comme du second recours ainsi qu'aux acteurs du secteur médico-social, voire à l'hôpital comme les rapporteurs l'ont vu avec une CPTS sur le territoire de Bobigny (93).

On relève un plus grand dynamisme dans la constitution de CPTS, qui peuvent déjà bénéficier de financements - variables toutefois - par les agences régionales de santé (ARS) dans l'attente de la pérennisation de financements par l'assurance maladie ouvert par la LFSS pour 2019. 61 CPTS fonctionnent de manière « mature », et plus de **220 projets sont identifiés**. Le plan « Ma santé 2022 » fixe l'objectif que 1 000 CPTS maillent l'ensemble du territoire à cet horizon.

• Un point saillant : l'absence de modèle unique

Les échanges avec plusieurs porteurs de CPTS (Paris 13, Meuse, Beaune et Dijon, Bobigny...) ont montré un point commun : **l'implication et le dévouement de leurs instigateurs**, compte tenu du caractère chronophage de ces projets.

Au-delà de ce constat, les CPTS fonctionnent de manière très différente, que ce soit à raison de la population couverte, parfois importante, de leur budget qui servent principalement à rémunérer des **postes de coordonnateur** (une à six personnes selon les projets étudiés), ou des missions qu'elles se sont assignées. Les CPTS jouent souvent un **rôle de « chef d'orchestre » pour organiser la prise en charge de patients complexes**, de ceux atteints d'une pathologie chronique donnée ou les sorties d'hospitalisation, ou développer l'éducation thérapeutique.

Pour ces raisons, il est **indispensable de conserver un cadre juridique souple à la main des professionnels**, qui leur permette de s'en saisir sur une base volontaire et avec les marges suffisantes pour **l'adapter aux besoins de leur territoire**. La mise à disposition par les ARS d'un **recueil de bonnes pratiques** pourrait toutefois être utile pour éclairer les professionnels qui critiquent parfois le côté flou du dispositif, sans pour autant rigidifier l'outil.

En outre, la **stabilité** du cadre juridique comme la **pérennité des financements** dévolus à la rémunération des coordinateurs constituent des enjeux cruciaux.

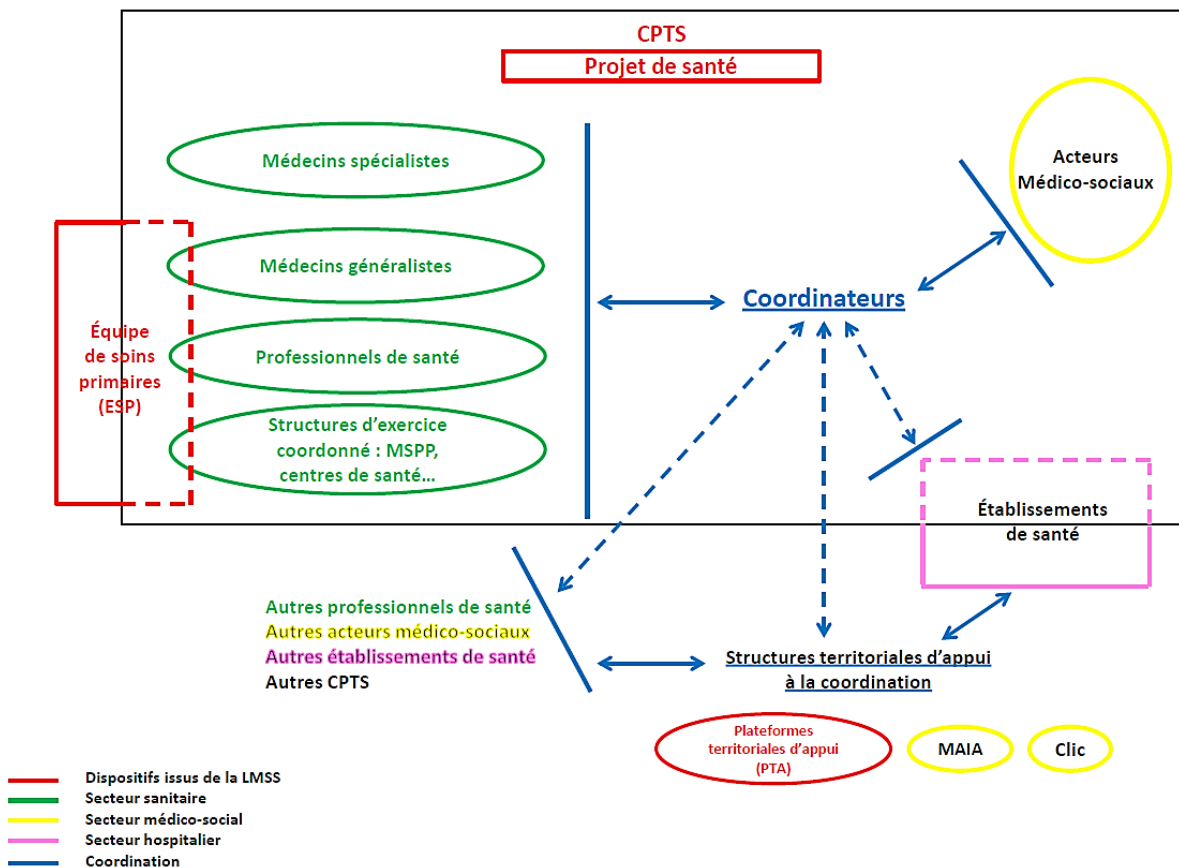
• Une articulation entre CPTS et autres dispositifs de coordination à clarifier

A côté des CPTS existent différents dispositifs d'appui à la coordination des professionnels de santé, comme les « Maia », les « Clic » ou les plateformes territoriales d'appui (PTA) créées par la loi de 2016 en vue d'offrir une prestation de service aux professionnels ou aux familles, comme l'organisation de visites à domicile ou le portages de repas pour des patients vulnérables.

L'**enchevêtrement des dispositifs d'appui**, qui fonctionnent à une échelle territoriale souvent différente, entretient un **sentiment de confusion**. En outre, alors que les CPTS et les PTA poursuivent le même objectif de coordination, leur articulation sur le terrain paraît perfectible.

Des territoires se sont déjà engagés dans la **fusion** des différents dispositifs d'appui (comme la CPTS de Paris 13). Une autre piste serait de confier le pilotage des PTA aux CPTS. Dans tous les cas, il paraît essentiel de développer l'idée d'un **guichet unique** de la coordination permettant aux professionnels comme aux familles de mobiliser l'ensemble des ressources médicales et médico-sociales pertinentes.

Organisation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)



3 – Les groupements hospitaliers de territoire (GHT), une dimension « territoriale » à relativiser

La loi « santé » de 2016 a rendu obligatoire l'adhésion des établissements publics de santé à un groupement hospitalier de territoire, dans l'objectif de conduire les établissements d'un même territoire à « se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée ».

• Une grande hétérogénéité entre les 136 GHT qui maillent le territoire

Quelques chiffres suffisent à l'illustrer : les GHT comptent entre 2 et 20 établissements parties (près de la moitié d'entre eux se situent dans la fourchette 4-8) ; ils couvrent des territoires qui vont de 100 000 à 2,5 millions d'habitants ; leurs budgets s'échelonnent de 100 millions à plus de 2 milliards d'euros et les effectifs de personnels s'inscrivent de même dans un rapport de 1 à 20.

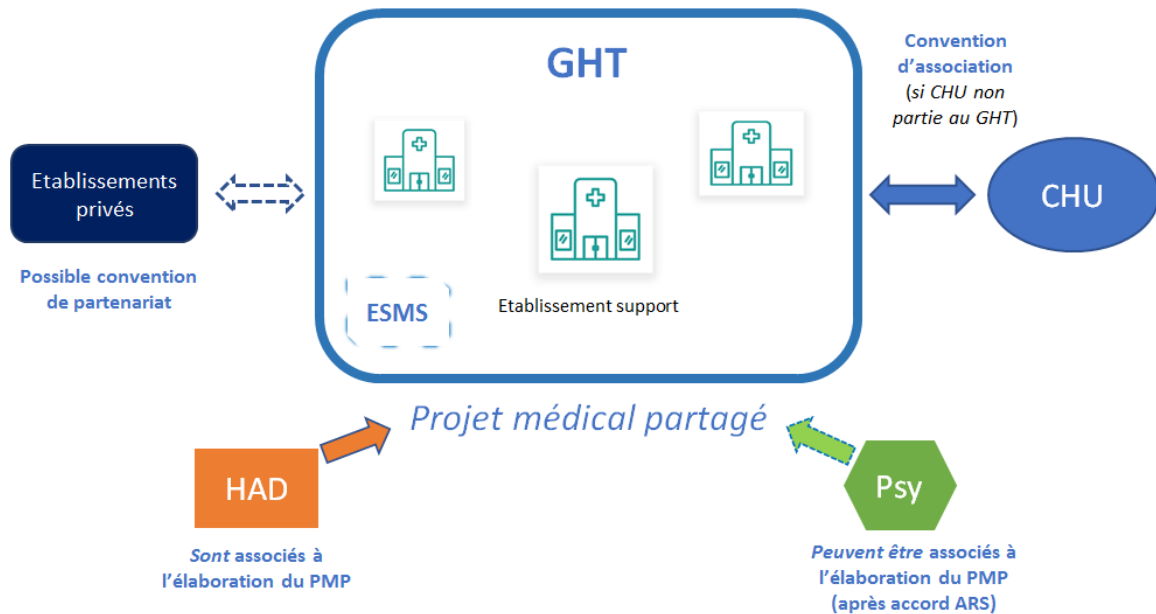
• Des partenariats inégaux avec les autres acteurs du territoire

En tant qu'outil au service d'une réorganisation de l'hôpital public, par la mutualisation de fonctions et la création de synergies entre établissements, la constitution des GHT a eu des mérites, en premier lieu celui de conduire des équipes à se parler.

Mais les partenariats noués avec les autres établissements du territoire sont demeurés en pratique limités : seuls 20 % des GHT ont établi des coopérations avec des structures privées, mentionnées dans leur projet médical partagé.

Le ressenti des acteurs est souvent celui d'un projet médical « dit » partagé, perçu comme déconnecté des autres acteurs du territoire, comme l'hospitalisation à domicile ou les centres de lutte contre le cancer. Il paraîtrait ainsi plus juste de parler de « groupements hospitaliers publics dans un territoire » plutôt que de « groupements hospitaliers de territoire ».

Les coopérations au sein des groupements hospitaliers de territoire



ESMS : établissements ou services médicaux-sociaux publics (peuvent être parties à un GHT)
HAD : établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile
Psy : établissements publics de santé autorisés en psychiatrie

• Des situations et expériences vécues elles aussi hétérogènes

Il n'y a pas, à ce stade, de leçon homogène à tirer de la mise en place des GHT : certains fonctionnent bien, d'autres moins. Certaines difficultés tiennent à **des périmètres inadaptés** : des GHT sont trop gros, d'autres trop petits. C'est là aussi un enjeu pour la prise en charge des patients confrontés à des problèmes de transport quand la distance entre établissements d'un même GHT dépasse dans certains cas 150 km. Toutefois, une remise à plat globale des périmètres interviendrait trop tard pour des établissements qui ont déjà dû s'organiser. Une évaluation par territoire et **des ajustements au cas par cas**, selon des modalités plus souples, paraissent plus réalistes.

En outre, si les GHT présentent un intérêt réel pour organiser des filières de soins graduées et développer la notion d'équipes médicales de territoire avec la mise à disposition des ressources de l'établissement support auprès des autres sites, **la réalité perçue est souvent celle d'un siphonage des ressources par l'établissement support**. Certains petits établissements périphériques craignent une centralisation de plus en plus forte. **Ces inquiétudes doivent être entendues et prises en compte** dans le cadre de l'acte II des GHT engagé par le projet de loi « santé ».

Catherine Deroche
Rapporteuse
Sénatrice
du Maine-et-Loire
(Groupe Les
Républicains)



Véronique Guillotin
Rapporteuse
Sénatrice
de Meurthe-et-Moselle
(Groupe du RDSE)



Yves Daudigny
Rapporteur
Sénateur
de l'Aisne
(Groupe socialiste
et républicain)



Commission des affaires sociales
<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>
15 rue de Vaugirard – 75291 Paris Cedex 06
01 42 34 20 84 – secretaires.affaires-sociales@senat.fr

Le présent document est disponible sur le site du sénat :
http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201905/organisation_territoriale_de_la_sante.html