

MECSS

Mission sur l'organisation territoriale de la santé

Communication de Yves Daudigny, Catherine Deroche
et Véronique Guillotin, rapporteurs

Mercredi 15 mai 2019 – 9h

Monsieur le Président,

Mes chers collègues,

La Mecss nous a confié, en début d'année, une mission sur l'organisation territoriale de la santé. Nous avons jugé utile de vous présenter nos conclusions en amont de l'examen du projet de loi « santé » afin que le fruit de nos travaux serve à alimenter notre réflexion collective sur ce texte.

• Le **champ** du sujet était potentiellement très large. Dans un souci d'efficacité, nous avons ciblé notre analyse sur **les outils et dispositifs destinés à organiser la coordination entre les acteurs au niveau des territoires** issus des derniers textes législatifs.

Ces outils, remaniés ou créés par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, sont principalement :

- *dans le domaine des soins de ville*, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, ainsi que les plateformes territoriales d'appui ;
- *s'agissant des soins hospitaliers*, les groupements hospitaliers de territoires.

Le projet de loi dont nous allons débattre, dans le prolongement du plan gouvernemental « Ma Santé 2022 », fait de ces outils **des piliers de la « transformation » souhaitée de notre système de santé**. Dans ce contexte, notre objectif est de faire un **premier bilan**, le plus concret possible, de ce qu'apportent ces dispositifs sur le terrain, de la façon dont les acteurs se les approprient, des difficultés ou limites que l'on peut relever à ce stade - en sachant que le recul que nous avons est encore souvent limité.

Il faut souligner que **les outils dont nous parlons ne sont pas partis de rien** : ils se sont substitués à ceux mis en place par la loi HPST de 2009 - « pôles de santé » ou « communautés hospitalières de territoires » - ou à d'autres qui préexistaient, comme les groupements de professionnels de santé. De nombreuses CPTS se sont par ailleurs formées à partir d'une maison de santé préexistante.

En outre, les professionnels de santé se sont toujours, dans une mesure certes variable, coordonnés entre eux, avec ou sans formalisation juridique. À cet égard, la notion d'exercice « isolé » auquel les évolutions en cours entendent mettre fin constitue assez largement un mythe.

Quoi qu'il en soit, l'inscription dans un exercice coordonné étant, de l'avis unanime des personnes que nous avons rencontrées, un **argument décisif pour l'installation des nouvelles générations** de professionnels, il ne fait guère de doute que nous avons tout intérêt à développer ce type d'organisation.

• Or, le **diagnostic de départ** fait malheureusement l'objet d'un large consensus : comme nous le répétons dans chacun de nos travaux, **notre offre de soins est fragmentée et cloisonnée**. Pour beaucoup de personnes entendues, les politiques en matière de santé ont pour travers commun de penser d'abord aux dispositifs ou aux structures, souvent de manière centralisée, avant de partir des besoins des patients et de faire confiance aux professionnels pour trouver des initiatives adaptées à chaque territoire.

Il existe ainsi un décalage paradoxal entre le besoin ressenti de coopération, la pléthore d'outils juridiques existant « sur le papier », et le manque de réponses apportées pour aider concrètement les acteurs à construire une vraie coopération au service d'un territoire.

Si les choses évoluent, et c'est heureux, grâce à des projets de territoire innovants et structurants et à des dynamiques professionnelles, il reste encore du chemin à parcourir.

* * *

S'agissant tout d'abord des **soins de ville, trois outils** ont été mis en place par la loi « santé » de 2016.

• Les deux premiers, les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), sont **des formes d'organisation ouvertes aux professionnels de santé volontaires dans le but de créer des équipes de professionnels libéraux « hors les murs »**.

Les **CPTS** ont un champ plus large que les ESP constituées autour des médecins généralistes, puisqu'elles s'adressent aux professionnels de santé **du premier comme du second recours** ainsi qu'aux acteurs du secteur médico-social.

Il s'agit de les **inciter à se coordonner dans un cadre associatif**, en dehors d'une structure commune de type maison de santé. Bien que cela ne soit pas précisé par la lettre de la loi, des établissements de santé peuvent également être associés, comme nous avons pu le constater avec l'hôpital Jean Verdier de Bondy.

Cette forme d'organisation est particulièrement utile à la **prise en charge des patients complexes**, pour lesquels doivent être mobilisées des ressources à la fois médicales et sociales. Il s'agit notamment de personnes âgées souffrant de pathologies lourdes, multiples ou chroniques, et suivies par de nombreux intervenants.

Dans la plupart des cas, les personnes qui interviennent au nom de la CPTS, les **coordonnateurs**, ne réalisent pas de soins mais **font le lien entre les besoins des patients et les professionnels de santé ou structures concernés**.

La CPTS de Paris XIII se conçoit ainsi, selon ses responsables, comme un « **chef d'orchestre** » permettant **d'organiser l'action des professionnels de santé pour le suivi des patients sur le temps long**, et de prendre en charge des problèmes plus ponctuels comme l'organisation d'une sortie d'hospitalisation.

Ces coordonnateurs présentent des profils variés : souvent professionnels de santé eux-mêmes, ils peuvent également être issus de formations spécifiques en management de la santé.

Dans l'attente de financements par l'assurance maladie - nous y reviendrons -, les CPTS peuvent bénéficier de **financements par les ARS**, à des niveaux variables, dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR). Certaines ARS accompagnent la phase d'amorçage des projets en prenant en charge des **missions de conseil**. Les montants versés permettent ensuite principalement de **rémunérer des postes de coordination**. Pour une CPTS « mature » constituée dans la région de Beaune, ils atteignent 750 000 euros pour une équipe composée de six postes d'infirmières coordinatrices, une secrétaire, un psychologue et un ergothérapeute. À Paris XIII, 173 000 euros sont alloués chaque année pour deux postes de coordination ainsi qu'une partie du temps passé par le médecin généraliste à l'origine du projet. Pour le moment, les fonds alloués sont déterminés annuellement par chaque ARS.

Les CPTS constituées sont **de taille très variable**. À Tours, l'une d'entre elles couvre ainsi plus de 350 000 habitants - ce qui peut susciter une certaine perplexité quant à la réelle capacité des acteurs concernés à se rencontrer et à se parler. À l'inverse, certains territoires à la faible densité de population sont maillés par plusieurs CPTS.

- Les **équipes de soins primaires**, organisées dans le **seul cadre du premier recours et centrées sur les médecins généralistes**, sont également des outils de coopération, conçus comme complémentaires des CPTS. Tandis qu'elles visent à la prise en charge d'une patientèle, les CPTS tendent à organiser et structurer une action sanitaire territoriale plus large. Les ESP peuvent d'ailleurs intégrer les CPTS, comme nous l'avons constaté en Meuse. Pour le moment, aucun financement n'est ouvert aux ESP dans le cadre du FIR.

Cela explique peut-être que les deux formules n'ont pas connu le même succès. Tandis que 61 CPTS fonctionnent de manière « mature », et que 224 projets au total ont été identifiés par les ARS, seules 13 ESP sont aujourd'hui effectivement installées sur l'ensemble du territoire, et 38 sont en phase de construction. Surtout, c'est à l'avenir autour des CPTS que le Gouvernement entend orienter sa politique de structuration des soins de ville.

Il semble par ailleurs que **les ESP peinent encore à trouver leur modèle**. Outre qu'elles ne sont pour l'heure pas financées, le caractère très « médico-centré » de ces structures a été pointé par certains paramédicaux, désireux d'être plus investis dans la structuration des prises en charge de premier recours.

- Au cours de nos travaux, nous avons rencontré les instigateurs de plusieurs CPTS qui se sont constituées et fonctionnent avec succès.

La CPTS de Paris XIII a ainsi permis de réorganiser des visites à domicile pour les patients qui ne peuvent faire autrement. Une CPTS fonctionnant dans la région de Beaune a pu mettre en place des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, ainsi qu'un accueil de jeunes professionnels de santé. En Meuse, la création de plusieurs ESP et CPTS permet de pallier les conséquences de la désertification médicale et d'insuffler une nouvelle dynamique sur le territoire.

La réussite de ces initiatives tient toujours à la force de volonté et à la ténacité de leurs instigateurs, dont il faut saluer l'engagement - mais aussi au soutien apporté par les équipes locales d'une ARS. Sous l'impulsion qualifiée de « décisive » de l'ARS, plus de 20 CPTS ont ainsi vu le jour en Centre-Val-de-Loire.

- Ces réussites ne doivent cependant pas masquer les **difficultés** et les **obstacles** rencontrés par d'autres professionnels pour s'insérer dans de telles structures. Il apparaît d'abord difficile, dans un certain nombre de cas, de mobiliser les médecins spécialistes. L'**instabilité juridique** autour des dispositifs de coordination et des financements associés peut ensuite légitimement susciter la tiédeur des professionnels, peu enclins à s'engager dans des organisations chronophages dont la pérennité n'est pas garantie.

Nous avons enfin relevé deux reproches opposés formulés à l'encontre des CPTS : tandis que certains craignent de se voir peu à peu contraints d'intégrer un cadre de coopération générique et rigide, d'autres soulignent au contraire le caractère flou de cet outil, qui ne comporte pas de cahier des charges précis.

Il nous semblerait à ce titre utile que les différentes ARS mettent à disposition un **recueil de bonnes pratiques** recensant le « mode opératoire » des CPTS qui fonctionnent aujourd'hui avec succès.

Un point, en tous cas, fait consensus : celui de **l'absolue nécessité 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**. Pour la plupart des acteurs rencontrés, il ne semble pas opportun à ce stade de figer dans la loi un cahier des charges commun à l'ensemble des CPTS. Leurs missions peuvent en effet varier selon les besoins de tel ou tel territoire.

Gardons par ailleurs à l'esprit que le calendrier du projet de loi se superpose avec celui de **la négociation conventionnelle qui se déroule actuellement sur l'exercice coordonné des professionnels de santé**. Celle-ci aborde notamment la question des missions soles des CPTS et, surtout, de la mise en place d'un mode de financement pérenne de ces structures ainsi que des ESP.

- A côté de ces modes d'organisation existent **différents dispositifs d'appui à la coordination des professionnels de santé**. Nous connaissons déjà les Maia et les Clic ; la principale nouveauté issue de la loi de 2016 réside dans la mise en place des plateformes territoriales d'appui (PTA) à l'échelon départemental.

Ces PTA sont des **regroupements de coordonnateurs visant à offrir une prestation de service à destination des professionnels et des familles**.

Ils peuvent être activés pour la gestion de situations que les professionnels de santé ne peuvent traiter par eux-mêmes, comme l'organisation de visites à domicile ou de portages de repas pour certains patients vulnérables.

L'enchevêtrement de ces dispositifs d'appui, qui fonctionnent à une échelle territoriale souvent différente de celle des CPTS, entretient un sentiment de confusion bien compréhensible des professionnels de santé. En outre, alors que les CPTS et les PTA poursuivent le même objectif de coordination, leur articulation sur le terrain apparaît largement perfectible. Afin d'offrir davantage de visibilité aux professionnels, deux directions nous paraissent pouvoir être envisagées.

Certains de nos interlocuteurs se sont prononcés en faveur d'une **fusion des différents dispositifs d'appui**. Plusieurs territoires se sont déjà engagés dans cette démarche ; la CPTS de Paris XIII, par exemple, a fusionné les Maia et Clic, ainsi que d'autres structures de coordination locales, en une instance unique.

Une autre proposition pourrait être de faire des PTA des outils véritablement à la main des CPTS et de revoir leur maillage territorial en ce sens. **Confier le pilotage des PTA aux CPTS elles-mêmes** permettrait à ces dispositifs d'appui d'effectuer les prestations de coordination dont les professionnels ont le plus besoin.

Quelle que soit la solution retenue, il nous paraît essentiel de développer l'idée d'un **guichet unique de coordination** permettant aux professionnels comme aux familles de mobiliser l'ensemble des ressources médicales et médico-sociales pertinentes.

* * *

- **Concernant l'organisation des soins hospitaliers, nous avons fait un focus sur les groupements hospitaliers de territoires.**

La loi « Touraine » de 2016 a rendu obligatoire l'adhésion des établissements publics de santé à l'un de ces groupements ; ils se sont substitués aux « communautés hospitalières de territoire » que la loi « HPST » de 2009 avait inscrites dans une démarche de volontariat.

La **vocation territoriale** de ces groupements était d'emblée affichée : pour l'exposé des motifs, il s'agissait alors de « *conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée* ».

Avant de confronter cette ambition à la réalité des perceptions, je vous rappellerai quelques données :

- 135 GHT ont été créés en juillet 2016 ; ils sont aujourd'hui **au nombre de 136**, le dernier né étant celui de Guyane en janvier 2019 ; peu d'établissements publics restent en dehors du chemin : seuls 19 d'entre eux, principalement des centres hospitaliers spécialisés, sont encore en situation dérogatoire ;

- le constat évident est celui d'une **très grande hétérogénéité**. 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.

D'un point de vue plus qualitatif, quel bilan peut-on poser ?

• **Une première observation est celle d'une ambition territoriale, traduite dans la terminologie, quelque peu galvaudée ou à tout le moins inégale dans les faits.**

Les GHT ont été dès le départ conçus comme un outil au service d'une réorganisation de l'hôpital *public*.

Les partenariats noués avec les autres établissements du territoire sont demeurés en pratique limités : d'après les chiffres du ministère, 20% des GHT ont établi des coopérations avec des structures privées, mentionnées dans leur projet médical partagé.

Le ressenti des acteurs est celui d'un projet médical « dit » partagé, mais perçu comme déconnecté des autres acteurs du territoire.

D'après leurs fédérations, les établissements privés, d'hospitalisation à domicile ou les centres de lutte contre le cancer ont été souvent laissés en marge. Peu de coopérations se sont nouées. Dans les zones rurales ou avec les « petits » GHT, les choses se sont parfois mieux passées ; mais les portes sont restées souvent fermées quand l'établissement support du GHT est un CHU.

Cela conduit certains à demander à clarifier la vocation même des GHT.

Sont-ils là pour permettre à l'hôpital public de se restructurer, par la mutualisation de fonctions et la création de synergies entre établissements ? Evidemment. Comme cela nous a été dit dans la Meuse, la constitution des GHT a au moins eu le mérite de conduire des équipes à se parler ! Doivent-ils tendre vers une dimension plus large d'organisation des soins hospitaliers du territoire ? C'est plus discutable. Il serait en tout cas plus juste de parler dans ce cas de groupements hospitaliers *publics dans un territoire* plutôt que de groupements hospitaliers *de territoire*.

Ce changement de vocabulaire serait une clarification mais il faut aussi veiller à ne pas accentuer les concurrences public/privé, alors que nous avons besoin de valoriser les complémentarités.

• **Un autre constat est que l'hétérogénéité des situations se traduit par une grande diversité des expériences vécues** par les établissements publics parties aux GHT.

D'après les acteurs que nous avons entendus, **il n'y a pas, au stade où nous en sommes, de leçon homogène à tirer** de la mise en place des GHT.

Certains avancent très bien, souvent issus de coopérations plus anciennes ; d'autres commencent à structurer des filières ; une minorité éprouve encore des difficultés à concrétiser leurs vœux de coopération.

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 évidents de transport quand la distance entre établissements d'un même GHT dépasse dans certains cas 150 km.

Alors que le projet de loi « santé » prévoit d'aller plus loin dans l'intégration, certains plaident pour des redécoupages plus cohérents ; mais il nous semble qu'une remise à plat globale 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.

Dans ce contexte, on peut aussi se demander s'il est opportun d'imposer des schémas homogènes pour tous, ou s'il ne serait pas plus pertinent d'accompagner les dynamiques locales.

De ce point de vue, si les GHT présentent, c'est incontestable, 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'une captation ou d'un siphonage des ressources par l'établissement support.**

Certains petits établissements périphériques craignent une centralisation de plus en plus forte, qui pourrait déboucher sur une vision assez administrative de l'organisation de la santé et se traduit déjà par des contraintes administratives plus lourdes, par exemple pour organiser les achats. Ces craintes sont légitimes dans un contexte de mutation, mais il faut y savoir les entendre avant d'engager de nouvelles évolutions.

• **Les GHT ont-ils enfin permis de développer les relations avec la médecine de ville ?** De nombreux GHT ont fait de cet objectif un axe de leur projet. Toutefois, les relations sont naissantes et le bilan apparaît encore, là aussi, inégal. Le déploiement des CPTS est attendu comme un moyen de faciliter ces échanges, mais les efforts devront également venir du monde hospitalier.

Un élément indispensable à cette coopération sera en outre le **développement d'outils numériques interopérables** pour permettre le nécessaire partage d'informations entre la ville et l'hôpital.

* * *

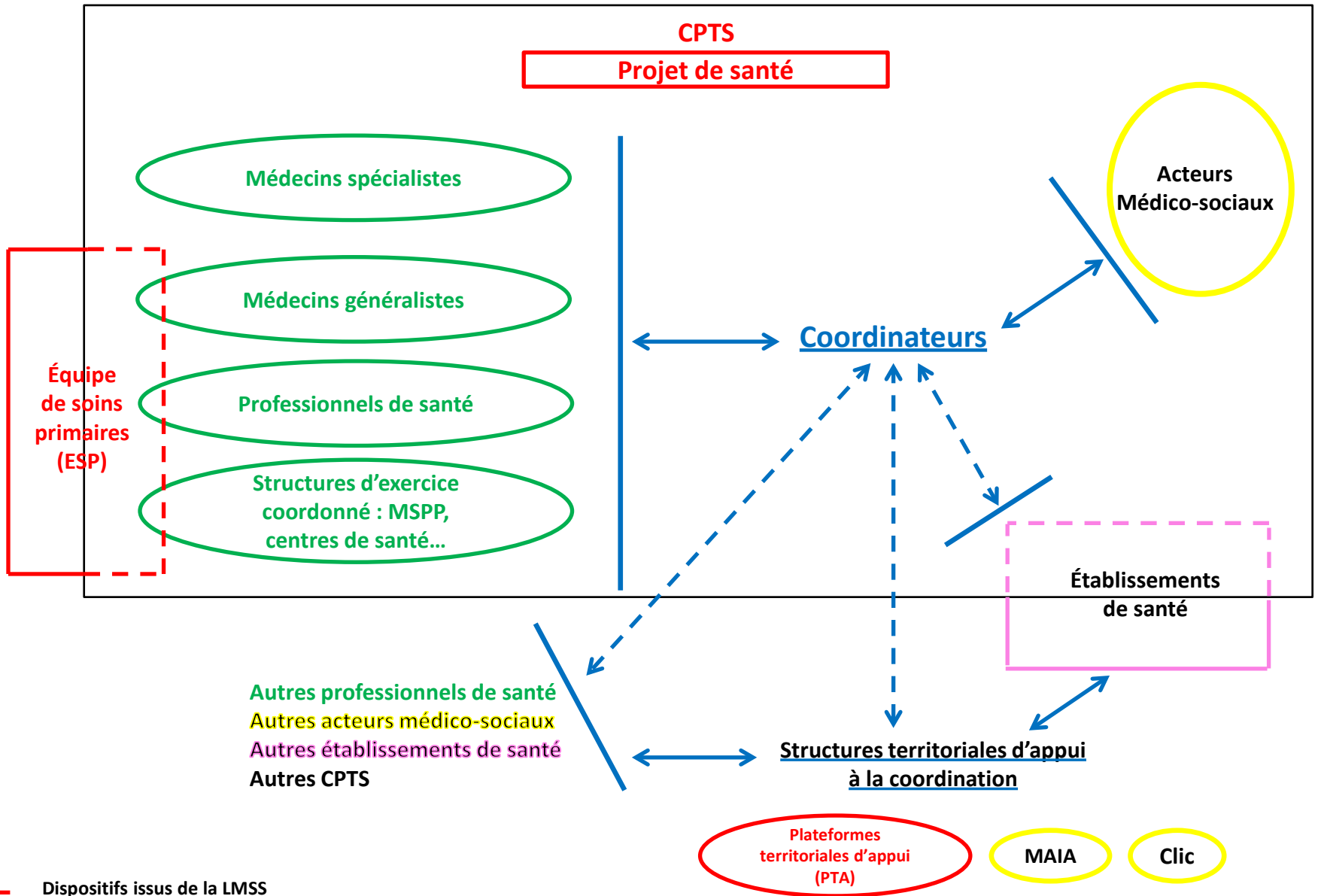
Telles sont les observations et pistes de réflexion que nous souhaitons partager avec vous à l'issue de nos travaux.

Si le besoin de structuration de l'offre de soins est prégnant, nous voyons bien l'équilibre délicat à trouver entre les aspirations à la souplesse des acteurs de terrain, hostiles à tout carcan, et la nécessité d'impulser des évolutions pour changer les pratiques et mentalités.

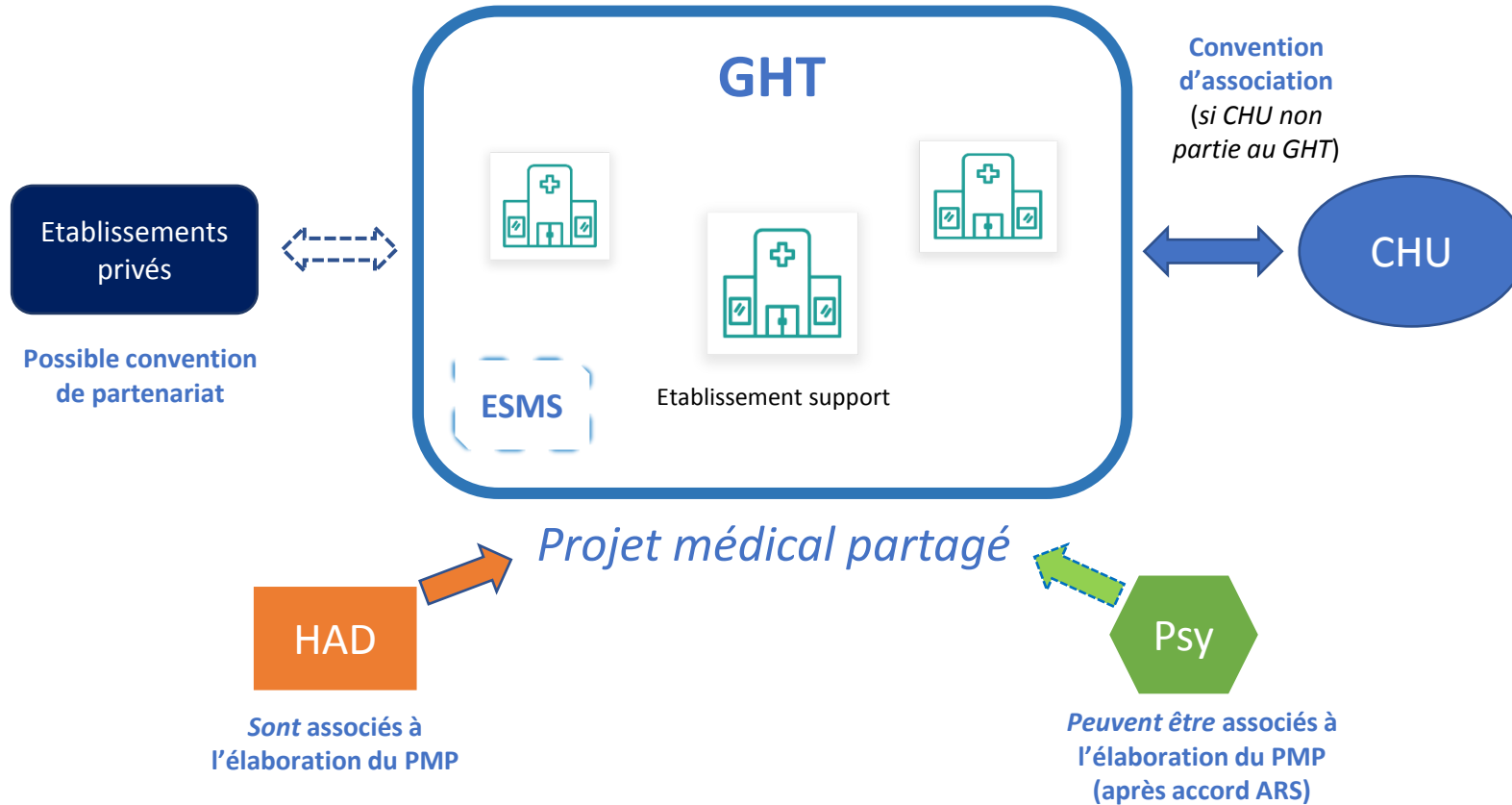
Notre évaluation, et les débats à venir autour du projet de loi « santé », interviennent à un stade où des dynamiques se mettent en place. Les situations sur le terrain traduisent une grande diversité dans la façon dont les acteurs se saisissent – ou pas – de ces outils.

Notre commission aura intérêt à renouveler ce suivi sur des enjeux à bien des égards prioritaires pour organiser l'accès aux soins dans nos territoires.

Organisation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)



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