

ANALYSE DU PROJET DE LOI MA SANTÉ 2022

Le projet de loi se présente pour le moment sous forme de différents rapports :

- Les Formations
- Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière
- Repenser l'organisation territoriale des soins
- Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques
- Accélérer le virage numérique
- Le financement

Ces rapports sont faits par un certain nombre de personnalités du monde de la santé ou extérieure à lui ex. : PDG de la Monnaie de Paris et Inspectrice générale des affaires sociales pour les conditions d'exercice...).

Les 10 mesures phares sont des grandes lignes et pas forcément sur les éléments le plus significatifs.

Les rapports sont présentés de façon différente, ce qui ne donne pas d'impression de cohérence d'ensemble.

Par ailleurs, l'utilisation de certains termes et de nombreux sigles ne facilitent pas la compréhension du tout public ; quelques exemples :

En introduction du rapport sur les formations : « Nous avons tenté de relever ces défis ambitieux en s'appuyant sur une méthodologie innovante permettant d'identifier, à travers des ateliers de créativité, des approches de design utilisateur, ou de pensée latérale, et faisant participer des acteurs de terrain, des solutions opérationnelles, fonctionnelles, efficaces, et évolutives pour répondre à ces enjeux. »
« un design de la formation », « s'intégrer dans un workflow » ou encore :

« ils peuvent toucher à des résultats jugés par le patient comme la satisfaction (qualité ressentie par le patient) ou l'expérience (éléments objectifs rapportés par le patient = PREMS pour Patient Reported

Experience Measures ou PRIMS pour Patient Reported safety Incident Measures) ou la qualité de vie (PROMS pour Patient Reported Outcomes Measures). L'indicateur e-Satis entre dans cette catégorie. »

« La vérité scientifique a pour signe la cohérence et l'efficacité » Aimé Césaire ; citation d'Alain Michel CERETTI, Président de FAS.

LES FORMATIONS :

- universitarisation des formations
- en fonction des besoins des territoires : régionalisation des effectifs suite au rapport d'observatoires régionaux de la démographie des professionnels de santé ; implication des collectivités locales
- prise en compte du volet prévention
- techniques managériales et entrepreneuriat
- généraliser l'apprentissage de la recherche
- intégration de patients experts ; intégrer les sciences humaines à la formation des futurs professionnels de santé
- créer des passerelles entre les différents cursus
- généraliser le principe de Tutorat tout au long du parcours
- avoir une expérience à l'étranger
- Intégration dans Parcousup et Ore (orientation et réussite)

TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MÉTIERS DANS LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE

Alléger les charges administratives des médecins et des soignants :

- Solutions informatiques
- Mise en place de nouveaux métiers : assistants médicaux, ingénieurs en organisation et gestion des flux...
- Etude pour baisse de 20% des données de « reporting »

Conforter le service comme lieu d'ancrage et d'implication collective des équipes au service du patient

- Sanctuariser les temps de partage
- Reconnaissance « matérielle » des fonctions exercées pour « manager le service » (primes ?)
- Répartition équitable des charges de travail
- Suppression de la notation : entretiens d'évaluation annuels
- Reconnaissance financière sur la base d'appels à projet pour les personnels non médicaux (enveloppe dédiée)
- Evolution des rémunérations pour les non médicaux : 1 part grade, 1 part poste (contraintes ou responsabilités, 1 part sur la manière de servir)
- Reconnaissance financière de l'implication individuelle d'ici 3 ans
- Valoriser l'implication collective : intéressement à la qualité du service, prime collective en cas d'atteinte des résultats
- Revalorisation des responsabilités « managériales »
- Mettre la compétence managériale au cœur des fonctions d'encadrement (formation et mise à niveau ; Tutorat, « coaching », former à l'entretien d'évaluation)
- Renforcer l'encadrement intermédiaire pour réussir la mutation de l'hôpital (cf La Poste avec les « managers »)
- Faire de la mobilité interne à l'établissement ou au GHT un item de l'entretien annuel « d'appréciation »
- Conforter et renforcer le rôle du GHT comme premier niveau de gestion des mobilités pour toutes les catégories de personnels
- Développement des études promotionnelles
- Suppression et/ou allègement des concours
- Faciliter l'accès à des modes d'exercice diversifiés et à des fonctions variées
- Mise en place d'un statut unique pour les PH
- Gestion au niveau des GHT

- Simplifier les conditions d'emploi de médecins contractuels
- Valorisation de la mobilité pour médecins et personnels non médicaux
- Partenariats GHT-CPTS
- Recrutement de directeurs non issus de l'EHESP
- Renforcer la participation des médecins au pilotage de l'établissement : doter les GHT d'une véritable CME
- Dialogue social plus efficace
- Conclusion d'accords locaux majoritaires
- Renforcer les ressources humaines du Ministère pour appliquer ces mesures : affecter 5 jeunes hauts fonctionnaires à la DGOS

REPENSER L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS

- Simplifier les conditions statutaires sociales et fiscales d'exercice mixte
- Fongibilité des enveloppes : redéployer des moyens hospitaliers vers des prises en charge de ville
- Accélérer et simplifier les conditions de mise en œuvre des délégations de tâches
- Renforcer l'exercice coordonné (MSP-CDS, mise à disposition de temps infirmier
- Autorisation de prescription pour les médecins coordonnateurs
- « équipes traitantes de soins complexes plus à la rémunération au résultat (pas d'hospitalisation ni de placement en EHPAD)
- Organisations légères par territoire pour le maintien à domicile : IDE, AS, auxiliaires de vie, pharmaciens, libéraux ou salariés
- Structurer le support logistique du maintien à domicile
- Régime de droit commun pour l'hébergement temporaire : sites de proximité ; géré en tout ou partie par des professionnels libéraux avec plateau technique minimum
- CPTS pour la gouvernance : professionnels de ville, établissements sanitaires publics et privés, établissements médicosociaux publics et privés pour améliorer l'accès aux soins, participer à la continuité des soins et à la permanence des soins.
- Formaliser les parcours et protocoles de prise en charge pour les principales maladies chroniques et la fin de vie
- Définir les délégations de tâches et simplifier leur mise en œuvre
- Définir et poursuivre des objectifs de santé publique.
- Les actions et projets des CPTS font l'objet d'une contractualisation avec l'ARS
- Fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination des cas complexes au sein des PTA (plateformes territoriales d'appui) : MAIA, PAERPA, CLIC, PRADO, réseau de soins... avec définition d'un modèle de financement.

- Etablissements médicosociaux : système à financeur et régulateur unique
- Evolution de la tarification des EHPAD : gestion par l'ARS ; intégration des EHPAD publics aux établissements publics de territoire ; les EHPAD privés sont obligatoirement rattachés à un établissement de santé de leur choix.

Transformer les GHT en Etablissements publics de territoire

- Gouvernance médicale et administrative unifiée ; solidarité financière ; intégration des fonctions support
- La gestion des autorisations se fera au sein de l'EPT
- Le périmètre actuel de certains GHT sera peut-être adapté
- Solidarité de trésorerie
- Un seul CPOM
- Séances conjointes des instances
- Incitation financière significative pour les GHT qui se transforment en EPT dans les 2 ans à venir
- Capacité de recruter en dehors du corps
- Evaluation et primes basées sur l'atteinte d'indicateur de santé publique à l'échelle de l'EPT
- Evaluation des directeurs de site par le directeur de l'EPT
- Nomination et révocation de l'exécutif du GHT par le DG de l'ARS
- Des modalités de conversions rapides des professionnels hospitaliers (paramédicaux notamment), vers un exercice de ville sont à prévoir sans conséquence pour le statut des professionnels
- Coopération public-privé : organiser la « coopétition » (coopération et compétition) sur la base d'appels à projets ou saisines de l'ARS
- Des patients piots de la transformation du système ; les patients ont changé, ils sont « sachants » : co-construire la décision thérapeutique ; améliorer la vie des patients plus que soigner leur pathologie : « patients experts »

Tableau de synthèse des mesures proposées

Objectifs	Thématiques	Mesures proposées
La structuration du premier recours et des soins de proximité	Passer de médecin traitant isolé à l'équipe de soins du patient et aux structures d'exercice coordonné	Mesure 1 : Renforcer l'exercice coordonné et reconnaître une équipe de soins traitante
	Sécuriser le maintien et le retour au domicile	Mesure 2 : Assurer un maillage sanitaire de proximité par des équipes infirmières
		Mesure 3 : Structurer le support logistique du maintien à domicile
		Mesure 4 : Créer un régime de droit commun d'hébergement temporaire de proximité pour étoffer cette offre et compléter les services offerts par les sites hospitaliers de proximité
	Structurer l'animation et la gouvernance stratégique territoriale de proximité	Mesure 5 : Faire émerger au sein des CPTS une responsabilité populationnelle, intégrant des objectifs de maintien et de retour rapide à domicile
	Organiser et simplifier la coordination	Mesure 6 : Fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination au sein des PTA
Création d'Etablissements Publics de santé de Territoire	Intégrer pleinement les établissements médico-sociaux dans le continuum de prise en charge et renforcer leur compétence médicale	Mesure 7 : Tendre vers un système à financeur et régulateur unique de l'offre médico-sociale
		Mesure 8 : Créer les Etablissements Publics de santé de Territoire
Organisation des coopérations dans les filières entre le public et le privé		Mesure 9 : Faire émerger des projets de santé de territoire pour organiser la coopération notamment entre les acteurs publics et privés dans chaque territoire
Implication des patients dans le fonctionnement du système		Mesure 10 : Vers une professionnalisation des fonctions importantes des patients

INSCRIRE LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE AU CŒUR DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES

- Elaborer des indicateurs de qualité des parcours de soins pour 10 pathologies chroniques (dont BPCO, obésité, maladie coronarienne stable, insuffisance rénale chronique, maladie de Parkinson) : recherche de la satisfaction des usagers :
- Mise en place de registres
- Systèmes d'informations cliniques à l'échelle territoriale
- DMP
- Créer un espace numérique de santé sécurisé et personnalisé dès la naissance avec 6 dimensions prioritaires : précocité du diagnostic, annonce, information et implication du patient, révention secondaire pour stabiliser la maladie, coordination et multidisciplinarité, aggravation de la maladie et suivi des exacerbations, suivi au long cours
- Mesure du résultat par le patient (efficacité/sécurité)
- Indicateurs qualité : pertinence clinique, faisabilité
- Rendre accessible aux usagers l'information sur la qualité et la sécurité des soins

ACCÉLÉRER LE VIRAGE NUMÉRIQUE

- Ethique et e-santé
- Création dès la naissance d'un espace numérique de santé sécurisé et personnalisé
- Proposer un bouquet de services aux professionnels et aux établissements : obtention de financements, intégration des référentiels de certification et des CPOM, labellisation.
- Soutenir la généralisation de la mise en place de la télémédecine

RAPPORT AUBERT SUR LE FINANCEMENT

Rappel du système actuel et de ses conséquences :

- à l'activité (productivité et réactivité du système,
- réalisation de certaines missions (permanence des missions ou activités

La psychiatrie et les SSR sont partagés entre les 2

Dégradation des conditions de travail ; privé et CHU tirent leur épingle du jeu.

Les modes de financement doivent s'adapter à l'organisation souhaitée de la production des soins : réseau de soins de proximité structuré dont l'activité se coordonne avec des établissements de soins recentrés sur leurs missions de recours et d'expertise.

2 niveaux :

- soins de proximité (MSP et CDS) en médecine ambulatoire
- établissements de recours et d'expertise publics et privés en médecine hospitalière.

L'hôpital de proximité n' a pas sa place dans cette organisation (pas de plateau technique ni de MCO)

Proposition :

- tarification à l'acte combinée avec d'autres modes de rémunérations plus forfaitaires : tarification à la qualité, favorisation de la structuration des soins de ville, inciter à une plus grande pertinence des actes et des différentes prescriptions.

Pour le financement à la pertinence : écarts régionaux possibles par rapport à la moyenne nationale des prescriptions

Pour le financement à la qualité : malus de non qualité

- financement au forfait de pathologies chroniques : prise en charge globale et coordonnée par les différents acteurs via un mode de financement forfaitaire (suivi annuel global du patient avec indicateurs de résultats.

- Rendre plus équitable le financement des établissements psychiatriques ; dotations régionales modulées en fonction de la population, de leur niveau de précarité ; le financement de la pédopsychiatrie pourrait être identifié et suivi.
- Inciter les services d'urgence à réorienter les patients les plus légers vers une prise en charge de ville (un forfait sera versé pour chaque patient réorienté)
- Création d'un forfait de consultation d'urgence englobant l'ATU (accueil et traitement des urgences)
- Renforcement de la médecine de premier recours : financement d'une IDE ou d'un assistant médical pour le regroupement de 3 généralistes libéraux au moins, quel que soit leur mode d'exercice
- ONDAM : renforcement des outils de régulation infra-annuels avec mécanismes d'alerte ; vision pluri annuelle avec un fonds de lissage pour une réutilisation ultérieure

CONCLUSION

Les propositions de ces rapports concrétisent les préconisations gouvernementales tant pour la politique de santé que pour les autres réformes en cours : celle des fonctions publiques, de l'enseignement et de l'organisation territoriale.

Elles sont dictées par :

- un cadre austéritaire au niveau budgétaire
- une gestion entrepreneuriale des établissements publics de santé
- une destruction des statuts
- une part croissante du secteur privé dans l'organisation sanitaire.