

Bilan des GHT après 3 ans et plan Ma Santé 2022: quelles perspectives?



ANFH Grand est – 21 novembre 2019

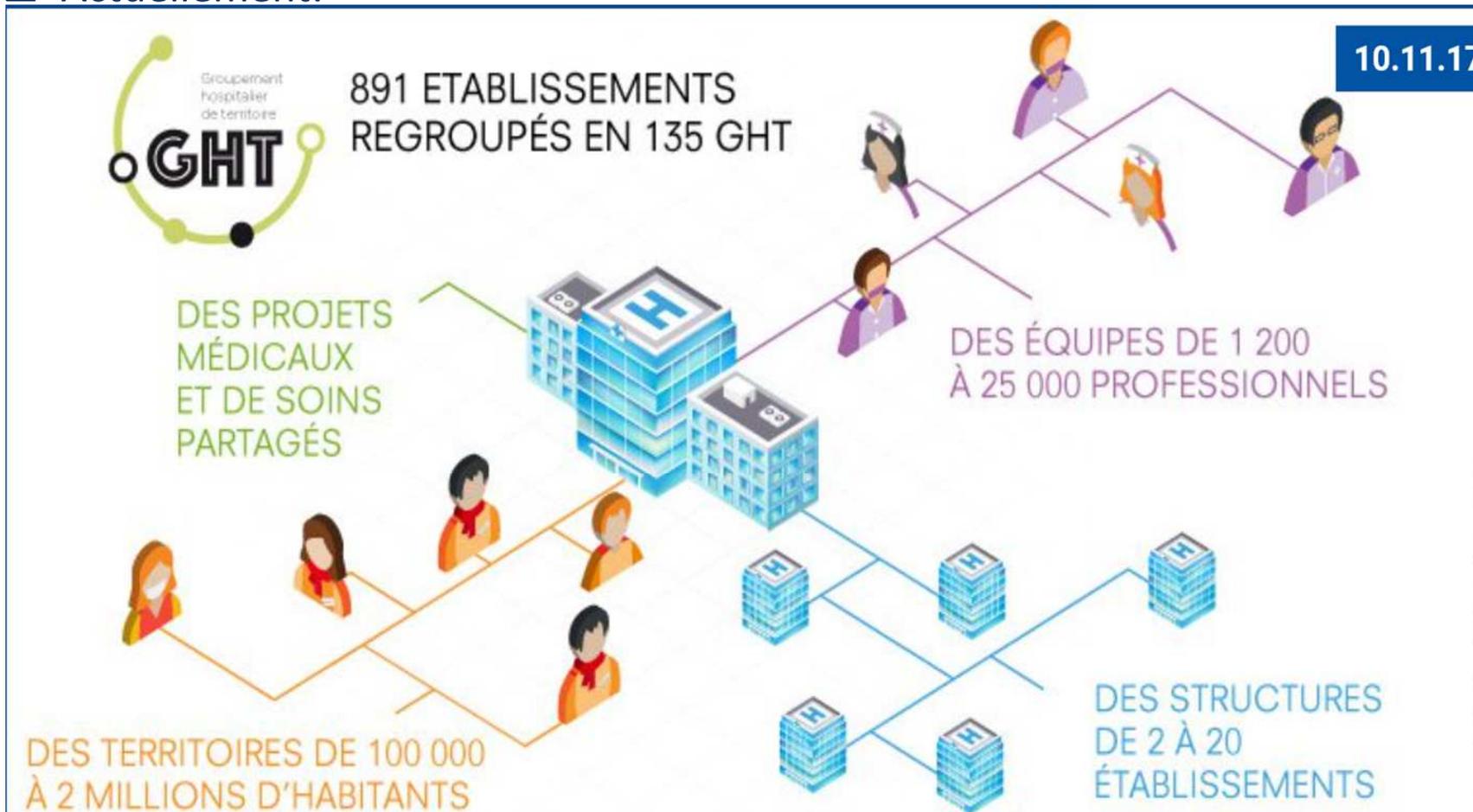
*Brigitte de LARD-HUCHET, directrice du centre de droit JuriSanté du CNEH,
brigitte.delard@cneh.fr*



Bilan des GHT, 3 ans après



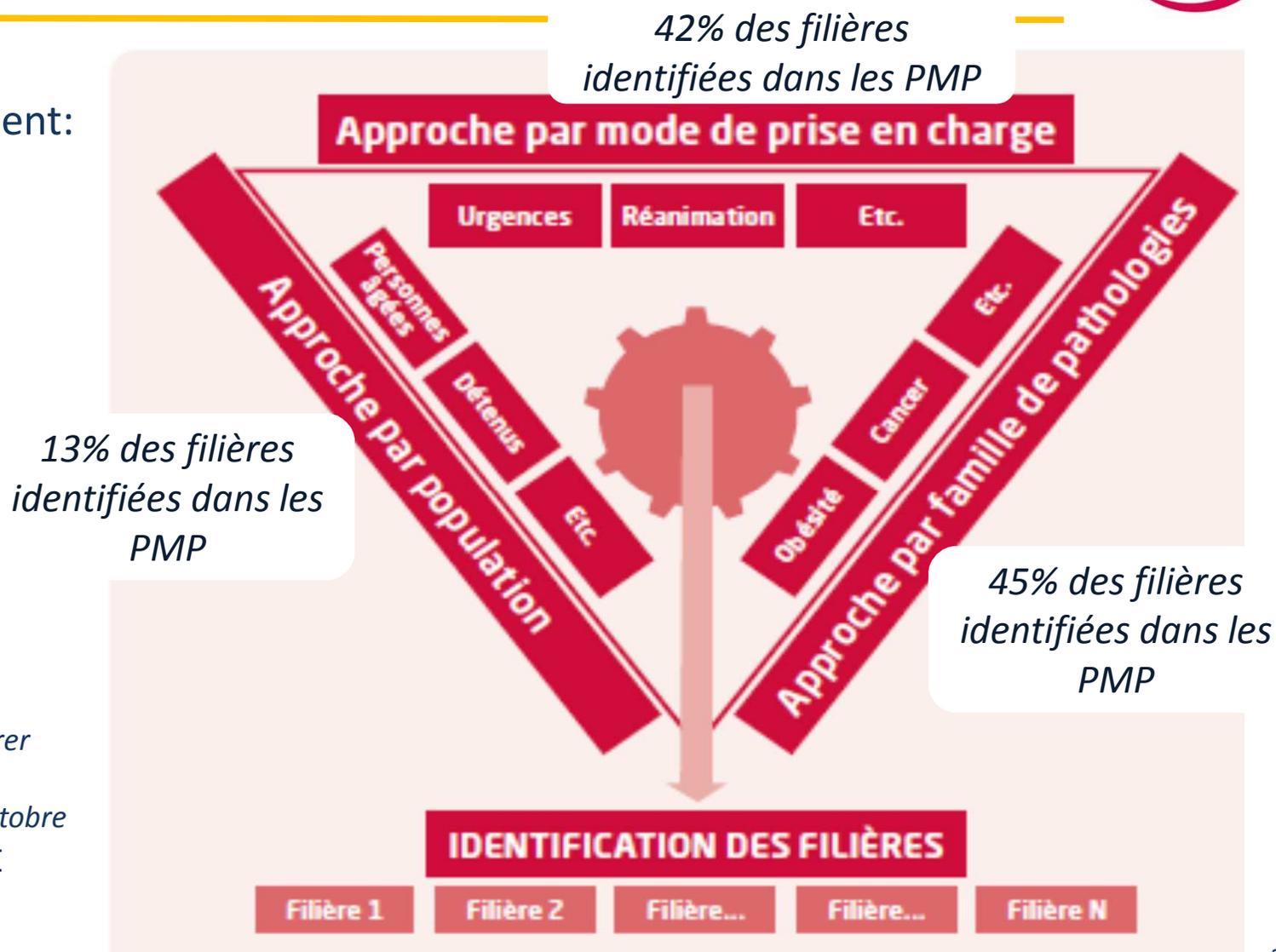
Actuellement:



Les groupements hospitaliers de territoire

Bilan des GHT, 3 ans après

Actuellement:



Guide ANAP, Elaborer un projet médical partagé de GHT, octobre 2016, www.anap.fr

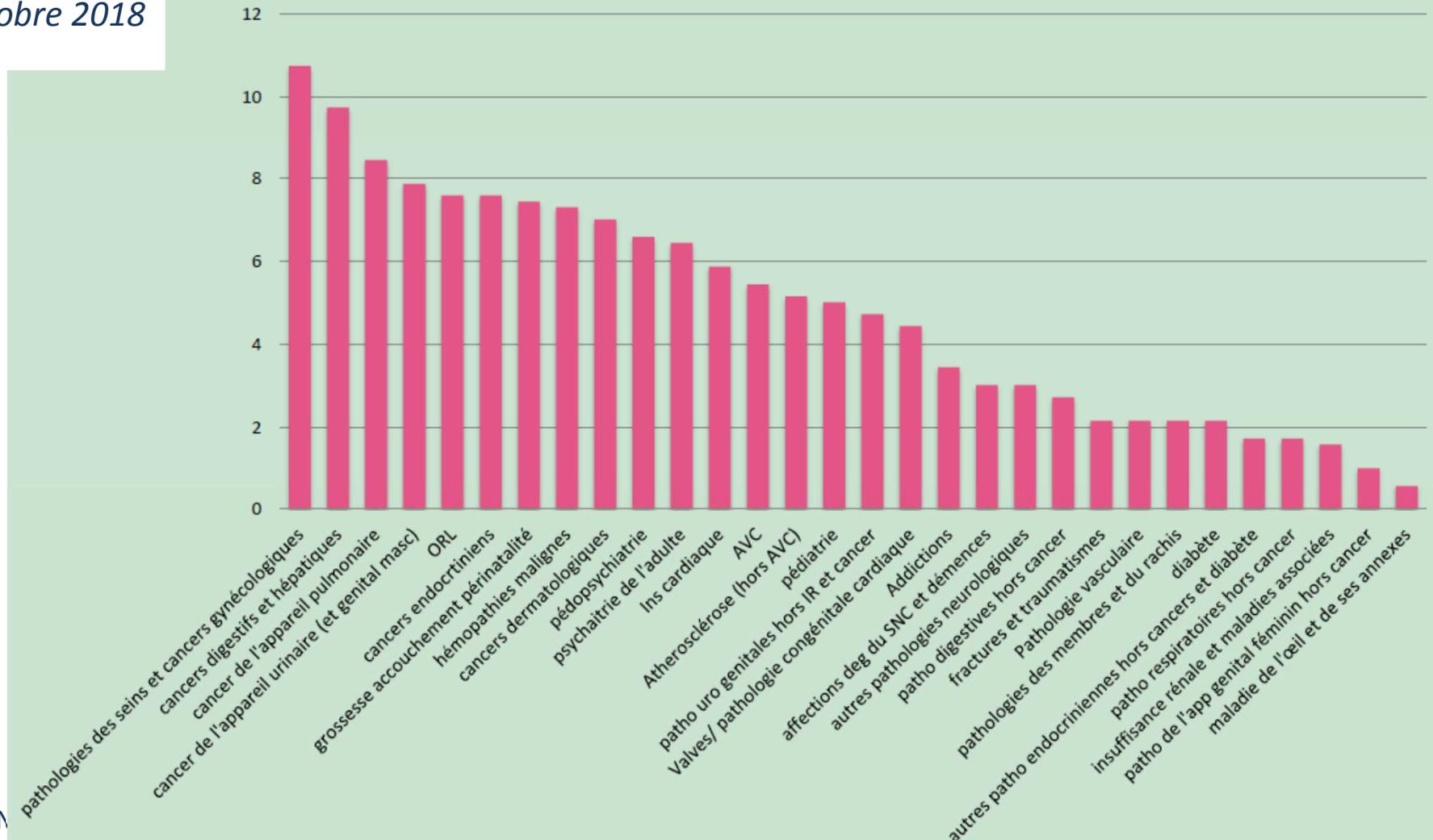
Bilan des GHT, 3 ans après



Filières de soins dans les PMP/GHT - Données DGOS – Octobre 2018

FILIERES CONCERNEES

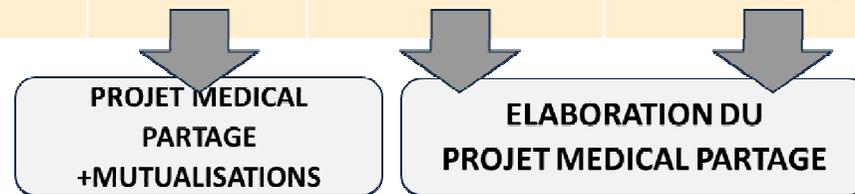
Filières par pathologies (45%)



A venir: L'ouverture des GHT

Actuellement

	Ets parties	Association	Partenariat
Centres hospitaliers (CH)	Obligatoire		
- dont CHU		Obligatoire	
- dont CH autorisés en psychiatrie		Facultative	
EPSMS	Facultative		
Hôpitaux des armées CHU		Facultative	
Ets HAD		Obligatoire	
Ets privés			Facultatif



111

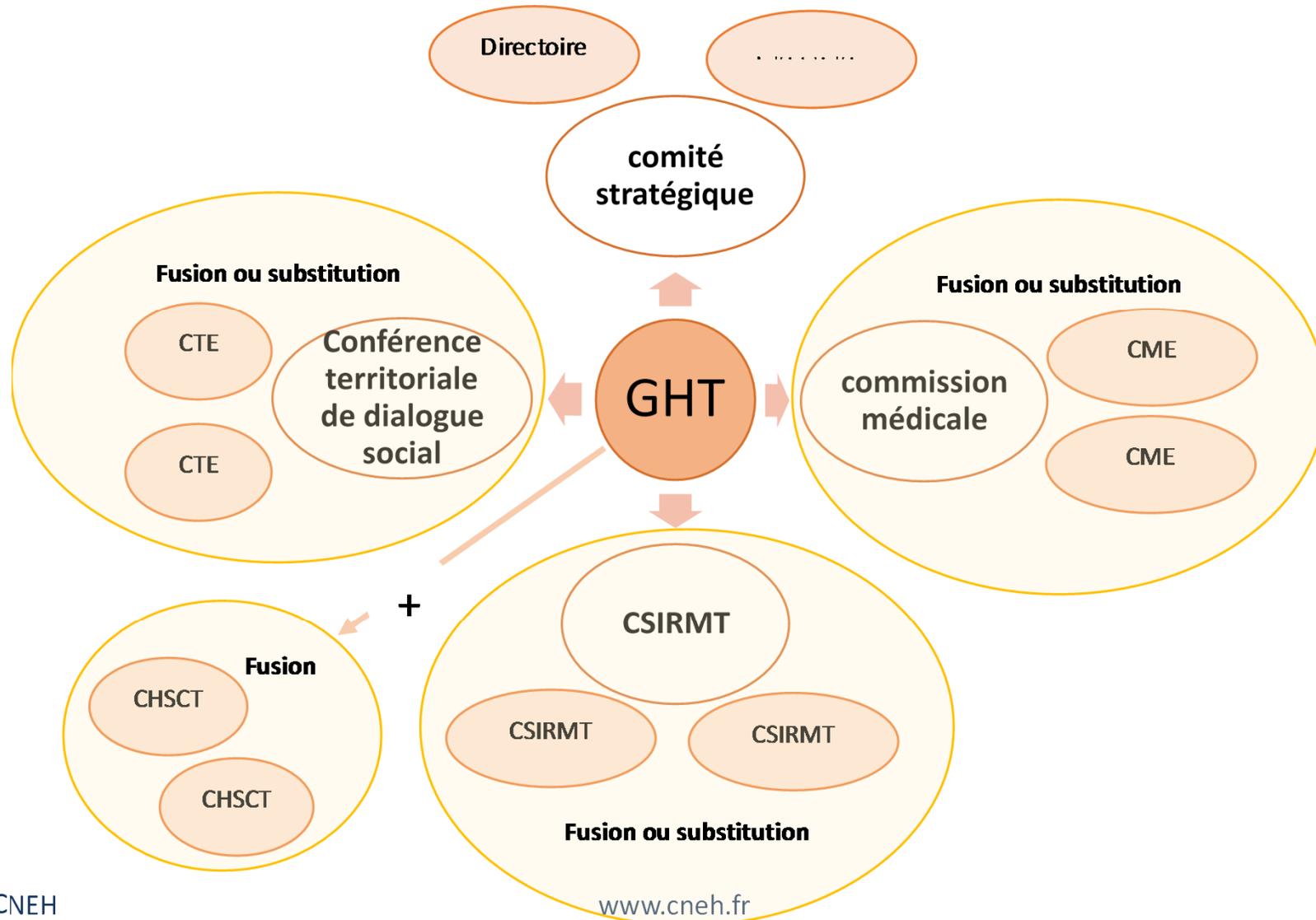
➔ **Signature d'une convention sur les filières d'intérêt commun pour encourager les synergies entre les GHT et les établissements privés et sortir du tout concurrence**

A venir: Des GHT plus intégratifs encore?



➔ **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 pour ceux qui veulent aller plus loin dans l'intégration**

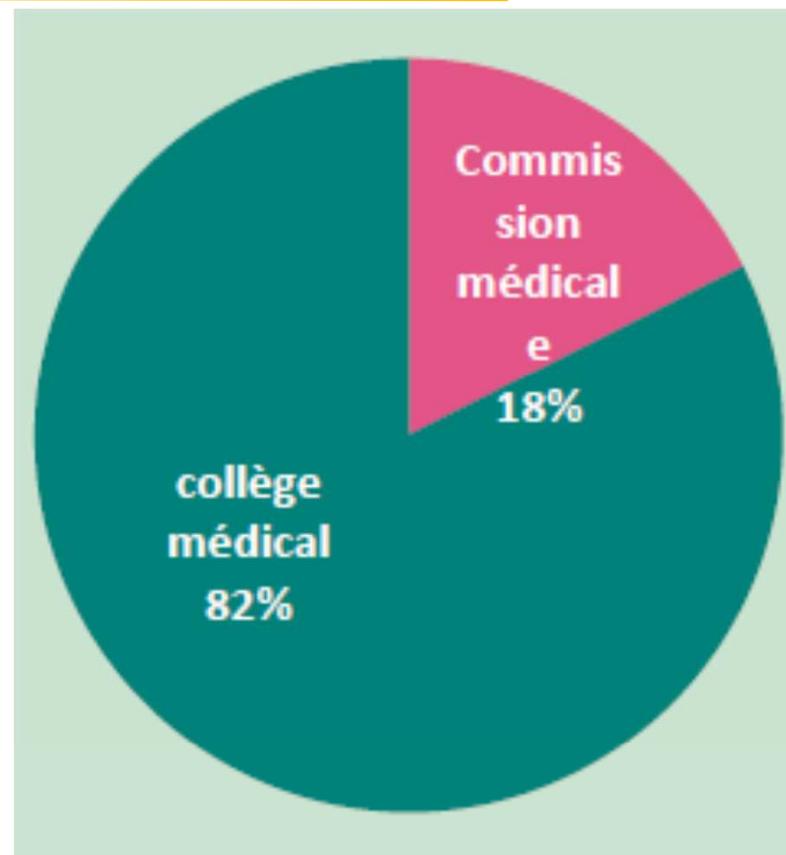
A venir: Des GHT plus intégratifs encore?



A venir: Le volet médical des GHT renforcé



- ❑ Sur le plan des RH médicales de GHT, actuellement
 - Le potentiel des équipes médicales communes
 - Des instances médicales de territoire encore peu puissantes
 - Pas de « gestion territoriale » de la ressource médicale
 - Pas vraiment d'outil statutaire pour le faire non plus...



➔ **Gestion des ressources humaines médicales placée au niveau des GHT pour appuyer la mise en œuvre des projets médico-soignants partagé, et en lien avec la généralisation des commissions médicales d'établissement de GHT (cf p. 39)**

A venir: Le volet médical des GHT renforcé

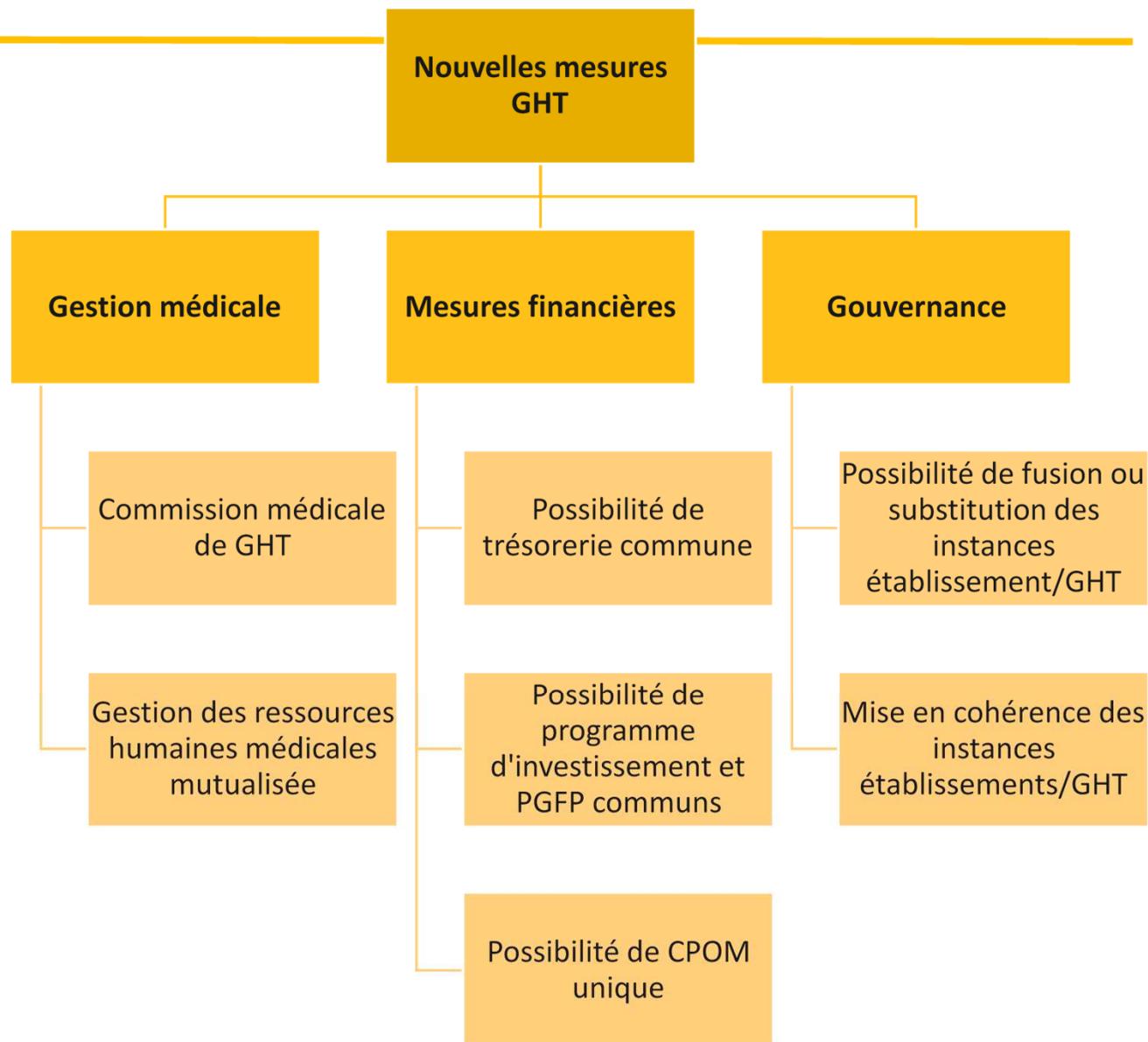


➔ Doter les GHT d'une véritable Commission Médicale d'Établissement d'ici 2020 pour accompagner les projets médicaux des GHT qui doivent redevenir le cœur des GHT

- ❑ La CME de GHT devient obligatoire: « *La commission médicale de groupement contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement, traduite notamment dans le PMP du groupement* »

- ❑ Mise en place d'une véritable Gestion des RH médicales de territoire: « *L'établissement support assure pour le compte des établissements parties au groupement la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et en maïeutique, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement* »

Les évolutions attendues du GHT, en bref...



GHT, Ma santé 2022... Quel fil rouge?



Loi HPST:
L'hôpital
restructuré
de
l'intérieur?

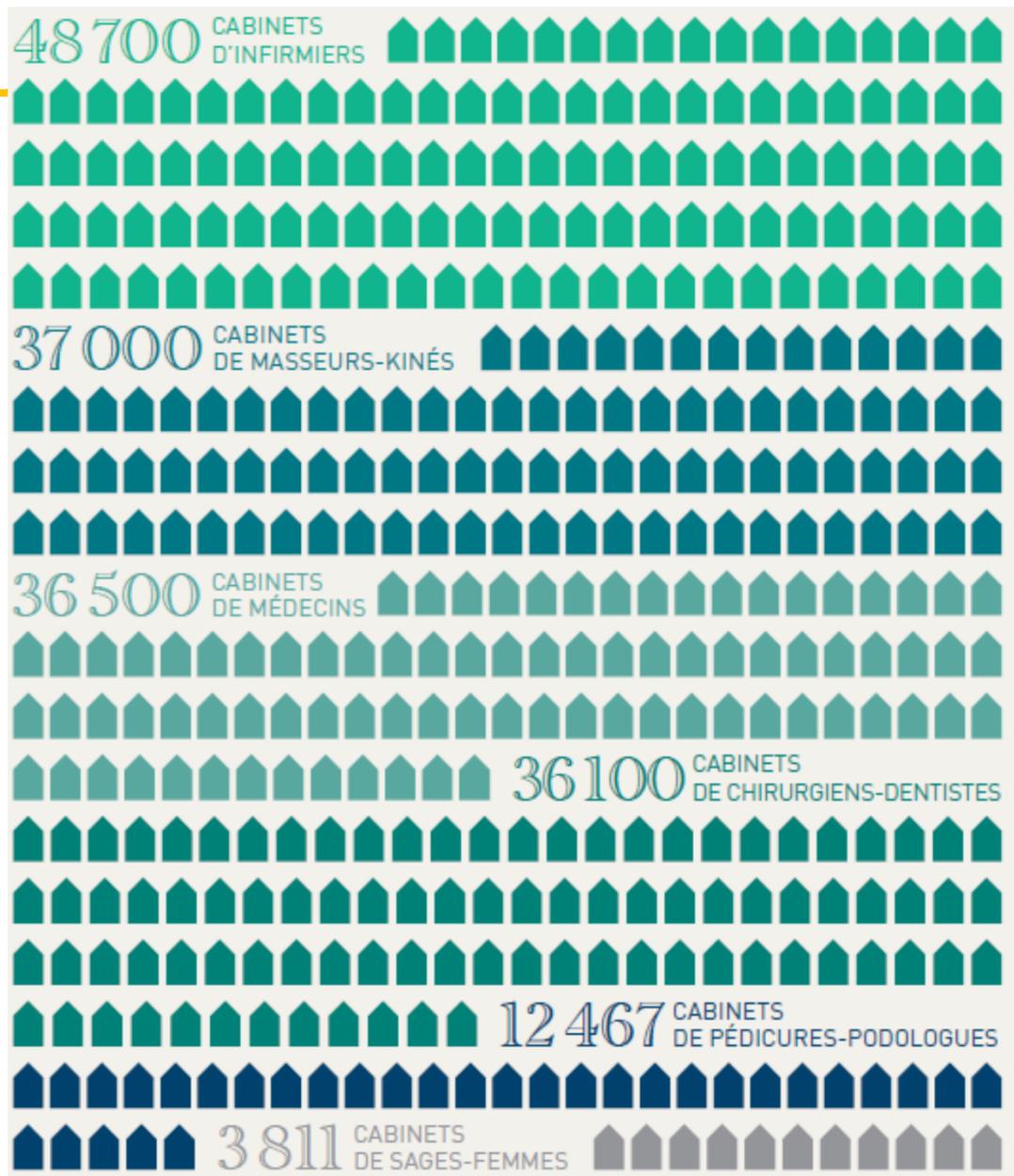
Construction
des GHT:
approche
hospitalo-
centrée sur le
territoire

Ma Santé
2022: les
soins de
premier
recours
d'abord!

Une réforme de santé à venir



Dé-cloi-so-nner et hospitalo-décentrer!!!!



LES STRUCTURES

910 MAISONS DE SANTÉ

1 933 CENTRES DE SANTÉ

DONT 350 PLURI-PROFESSIONNELS

565 RÉSEAUX DE SANTÉ EN 2015

30 PLATEFORMES TERRITORIALES D'APPUI (PTA)

65 COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

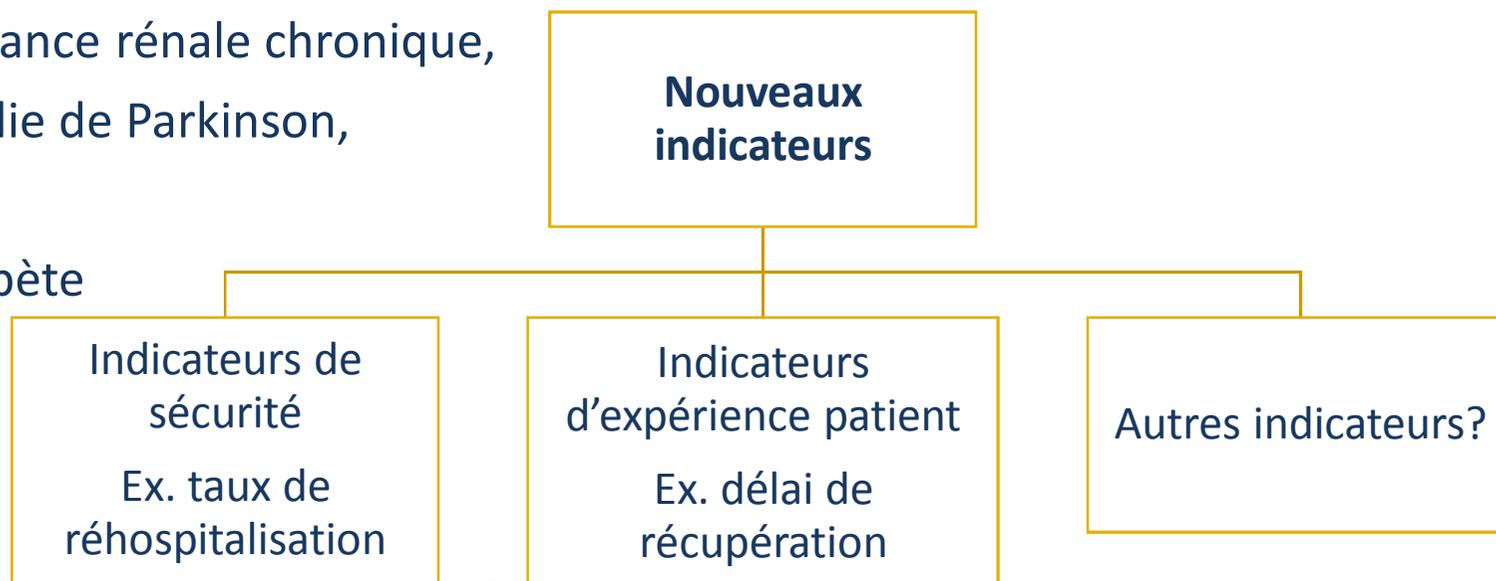
Construction de parcours patient



- **Des parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose d'ici la fin de l'année et un élargissement de la démarche aux principales pathologies chroniques pour fin 2019**
- ☐ formaliser des 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.
- ☐ Les acteurs ont déjà proposé des parcours de prise en charge pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque et d'ostéoporose.

➔ Mesure systématique d'indicateurs d'efficacité clinique et d'expérience patient sur les 10 parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique³ et diffusion des résultats

- Les premières pathologies choisies sont:
 - La bronchopneumopathie chronique obstructive,
 - L'obésité morbide,
 - La maladie coronarienne stable,
 - L'insuffisance rénale chronique,
 - La maladie de Parkinson,
 - l'AVC,
 - et le diabète



↳ Étendre et systématiser la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge

- Déjà mise en place pour la chirurgie ambulatoire depuis mai 2018
- A étendre:
 - 2019: SSR et HAD + EHPAD
 - 2020 Soins de premier recours
- Quelle expertise de ces acteurs à cette contrainte nouvelle pour eux?
- Quelle prise en compte au niveau des GHT? Pour mémoire: comité ou commission des usagers de GHT
- Quelle visibilité territoriale sur cette mesure de la satisfaction?

- Pays anglo-saxons: les PROM:
patient-reported outcomes measures



L'émergence du patient expert

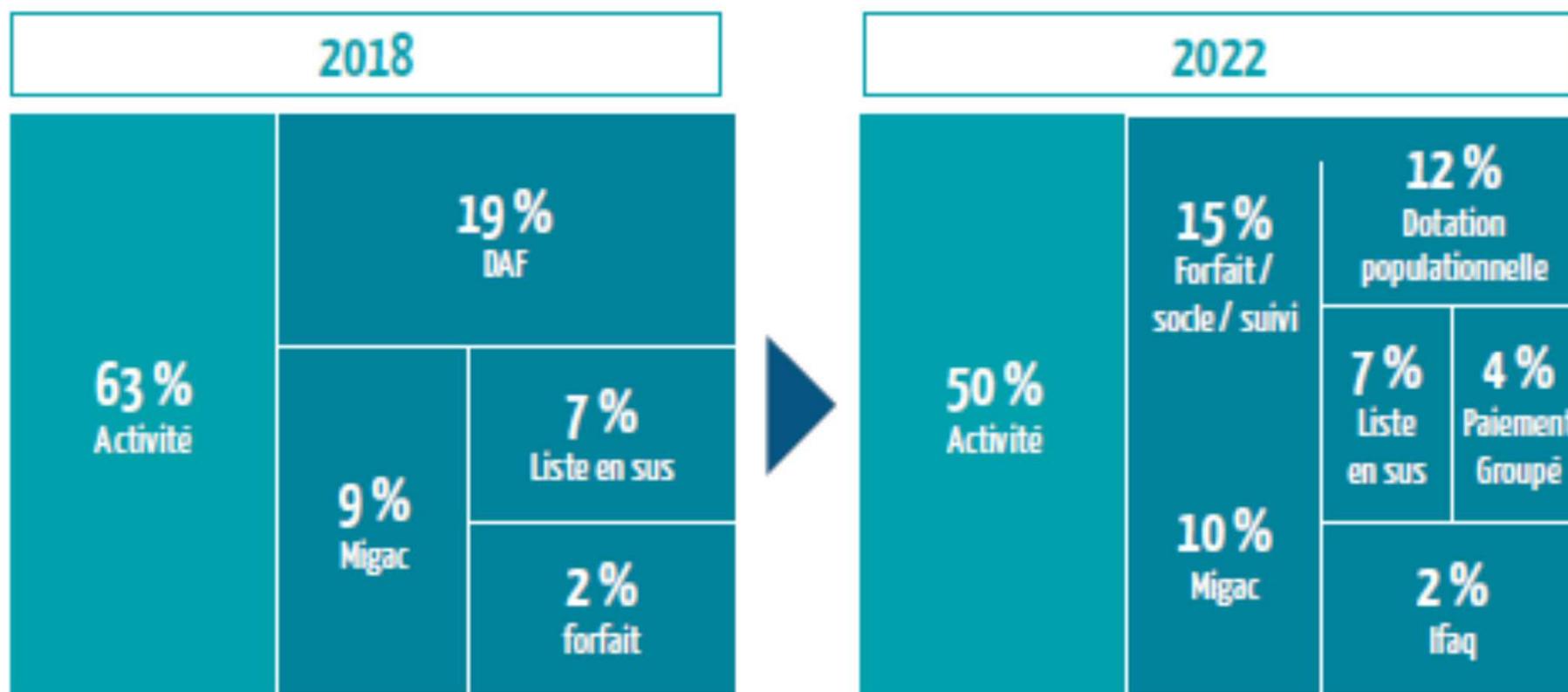


- Qu'est-ce qu'un patient expert?
- HAS: « *patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l'expression des autres patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes.* »
- Emergence avec la loi HPST
- Pas de reconnaissance juridique à ce jour
- Mais des formations organisées à Marseille, Paris, Grenoble pour ces patients

Intégrer le patient comme acteur de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé

- Intervention dans la formation initiale des étudiants en santé

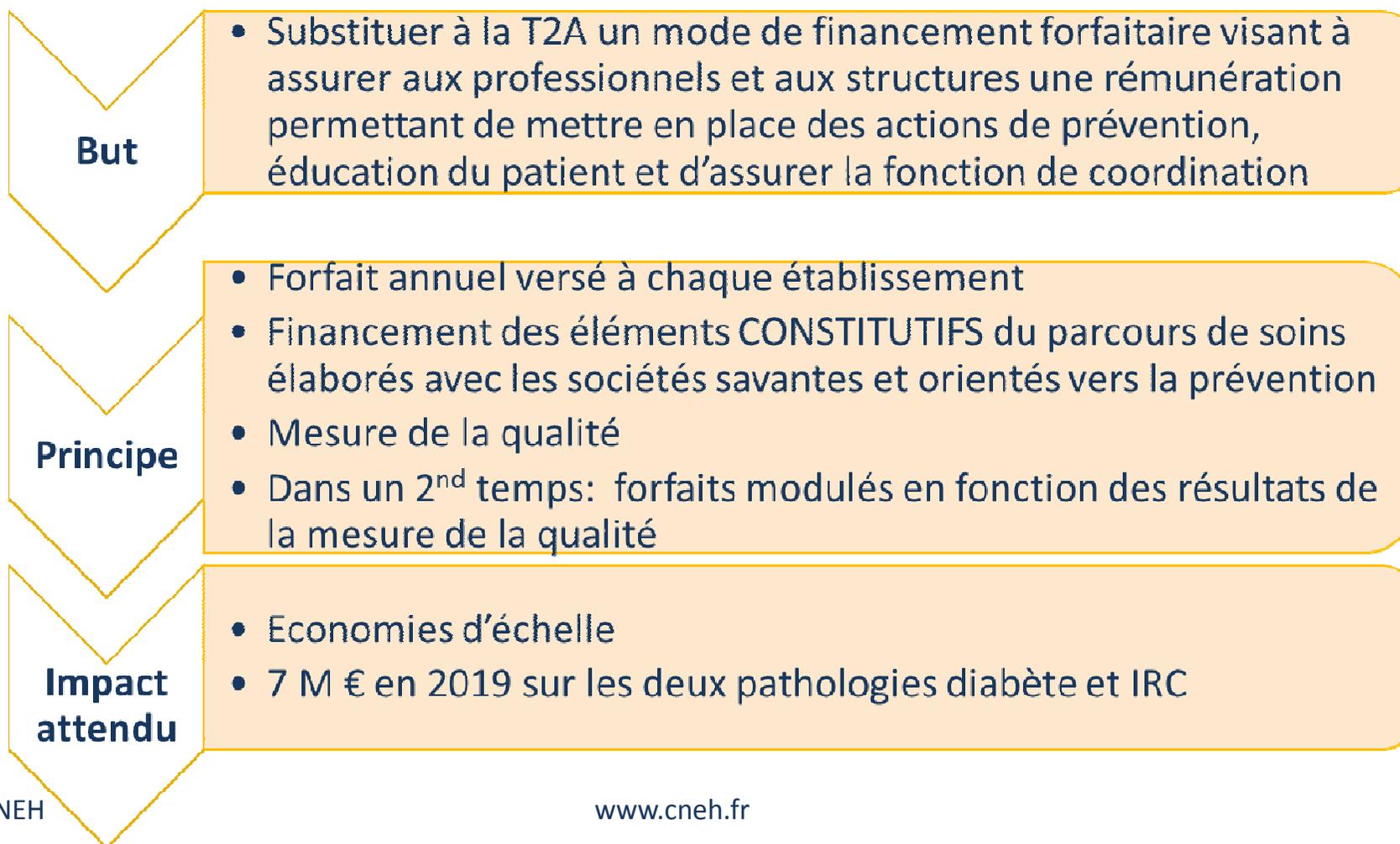
La réforme du financement des établissements



Les financements au forfait



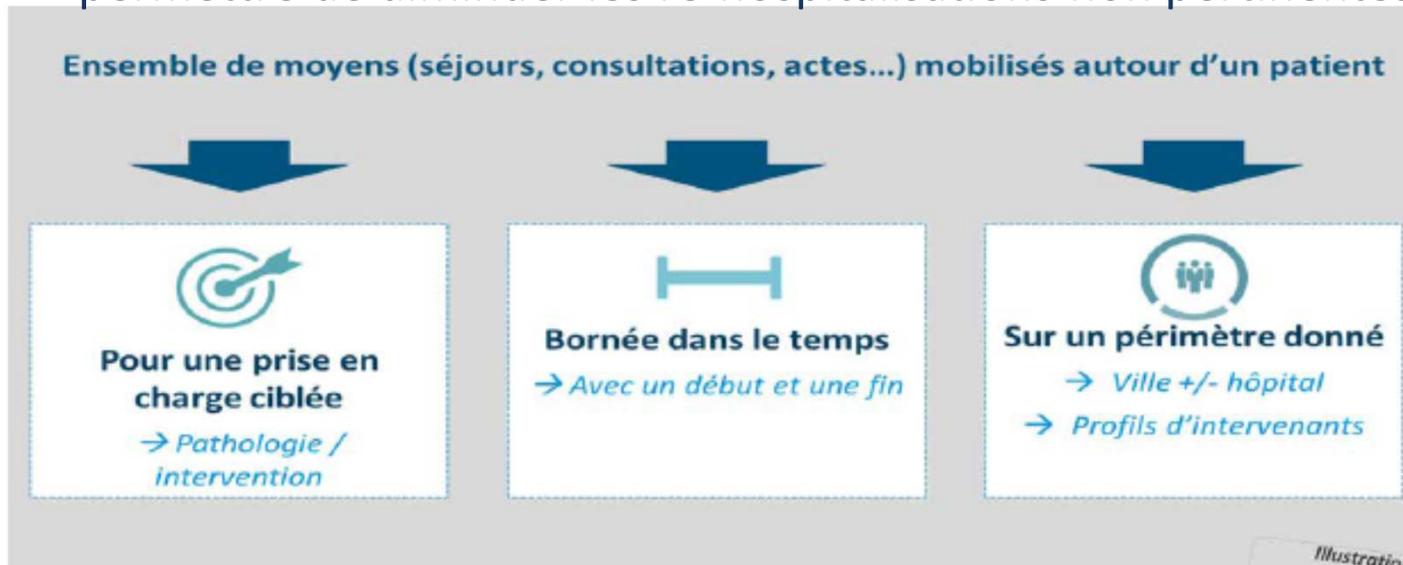
➔ Création de financements au forfait pour les pathologies chroniques : diabète et insuffisance rénale chronique dès 2019



Paiement groupé à la séquence de soins

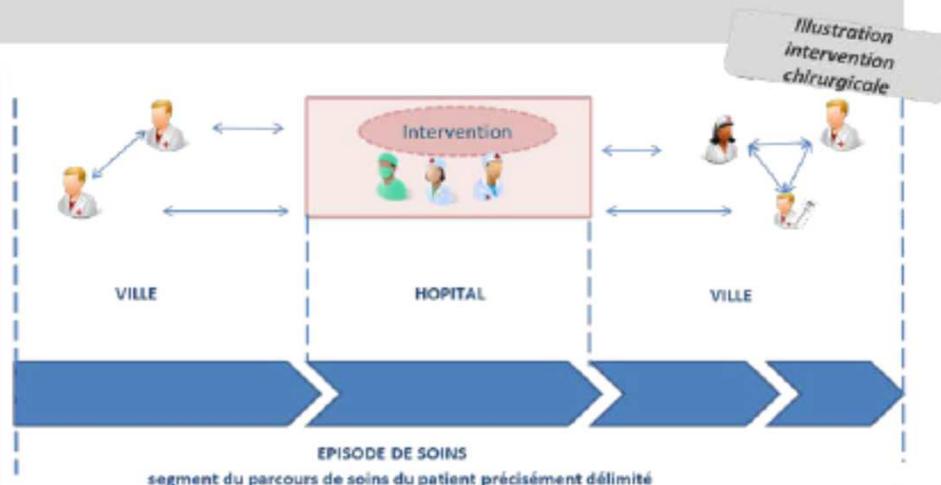


- ❑ **Avantage:** Ce mode de paiement groupé favorisera la coordination et l'efficacité de la prise en charge en évitant les actes inutiles et non pertinents. Il doit permettre de diminuer les ré-hospitalisations non pertinentes



Rapport réforme
du financement –
mission Aubert –
janvier 2019

Paiement d'un forfait pour l'ensemble des acteurs concourant à une même prise en charge dans le cadre d'un épisode de soins donné

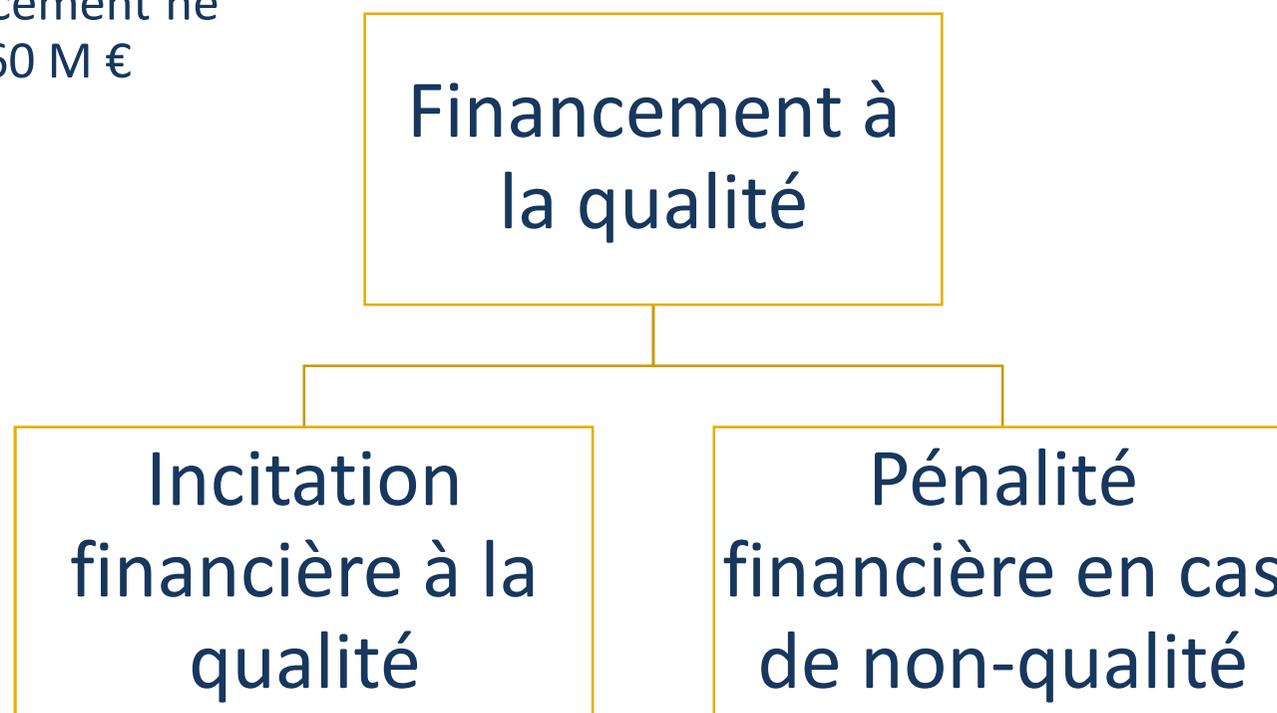


Actions sur la qualité et la pertinence des soins



→ Une dotation de 300 millions d'€ pour financer la qualité dans les établissements hospitaliers

- Introduction d'un financement à la qualité
- Jusqu'ici, ce financement ne représentait que 60 M €
- Désormais:



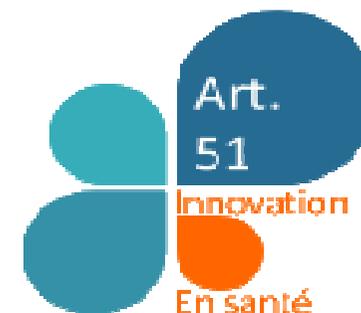
Les expérimentations de l'article 51 LFSS



❑ Amplification du dispositif d'expérimentation de l'article 51 LFSS 2018

- Simplification des démarches
- Ouverture d'une dérogation possible aux conditions techniques de fonctionnement
- Ouverture d'une dérogation possible à l'exercice libéral des PH « dans les murs » de l'hôpital

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>



❑ Beaucoup d'expérimentations lancées à l'été 2019

- L'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)
- Parcours de soins expérimental coordonné des patients insuffisants rénaux chroniques orientés vers un traitement conservateur en Hauts-de-France
- Parcours de soins pour patients bipolaires - Passport BP ...

La réforme des autorisations d'activité



➔ Réforme en 2 temps du régime des autorisations des activités de soins

Activités concernées: 18 activités de soins (R. 6122-25 CSP) :

Médecine	Chirurgie	Gynécologie-obstétrique, néonatalogie
Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée
Greffes	Traitement des grands brûlés	Chirurgie cardiaque
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Neurochirurgie	Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie
Médecine d'urgence	Réanimation	Traitement de l'IRC par épuration extrarénale
AMP et diagnostic prénatal	Traitement du cancer	Génétique

La réforme des autorisations d'activité



- **Lancement d'un projet de réforme des autorisations d'activité de soins et EML:**
 - Plusieurs groupes de travail associant ARS, fédérations, les sociétés savantes, professionnels de santé, HAS et Assurance-maladie
 - Garantir l'accès aux soins et la continuité des prises en charge (logique de parcours, technologies innovantes)
 - Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge
 - Améliorer l'offre en favorisant des organisations territorialisées (regroupement, gradation)
 - Volonté de moderniser et de simplifier les régimes d'autorisation :
 - mieux prendre en compte qualité, sécurité, territoires et innovation
 - simplifier les procédures d'autorisation
 - assurer une plus grande cohérence avec les PRS

Les hôpitaux de proximité



➔ Labellisation des premiers « Hôpitaux de proximité » en 2020, avec l'objectif de 500 à 600 d'ici 2022

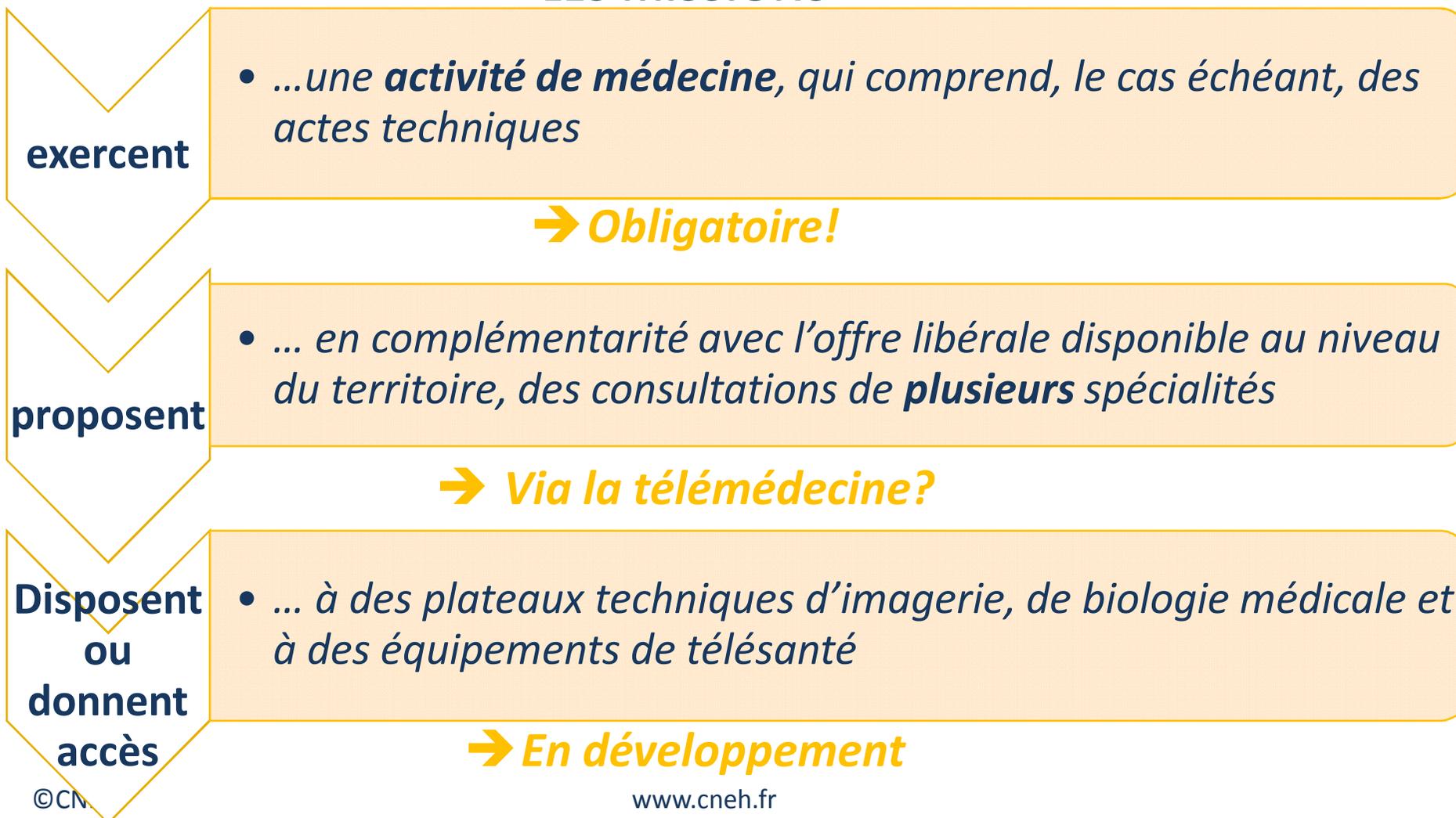
- ❑ Missions recentrées sur
 - activités de médecine polyvalente, soins aux personnes-âgées, SSR,
 - suivi des maladies chroniques les plus fréquentes,
 - consultations avancées spécialités médicales/chirurgicales avec Ets voisins,
 - plateaux techniques ouverts aux professionnels de santé de ville (imagerie, biologie, et explorations) ou un accès organisé
 - équipes mobiles de soins,
 - équipements de télémédecine.
- ❑ statut spécifique à déterminer par voie législative
- ❑ Objectif: en faire des lieux d'excellence pour la médecine et pour le développement de l'exercice mixte entre ville et hôpital.
- ❑ Participation de représentants des CPTS à leur commission médicale d'établissement (CME) et à leur conseil de surveillance ;
- ❑ Modèle de financement à adapter aux spécificités de leurs missions.



Les hôpitaux de proximité



LES MISSIONS



LES MISSIONS (SUITE)

exercent

- ... d'autres activités, en fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, 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**

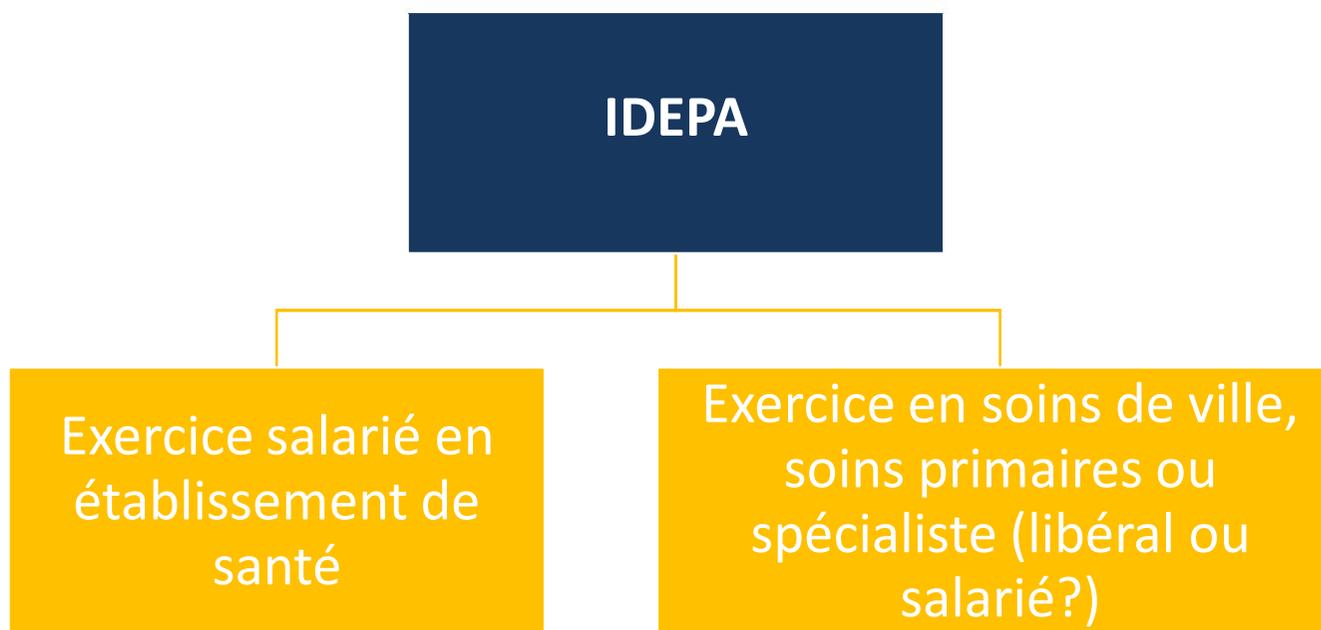
**n'exercent
pas**

- **...d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.**
- Sauf dérogation, 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 peut, sur décision du DG ARS, pratiquer certains actes chirurgicaux programmés. (arrêté)

Les IDE de pratique avancée



- ➔ **Reconnaissance statutaire de la pratique avancée infirmière et extension à d'autres domaines d'intervention, dont la psychiatrie dès 2019**



Gestion directe du dispositif par l'établissement employeur

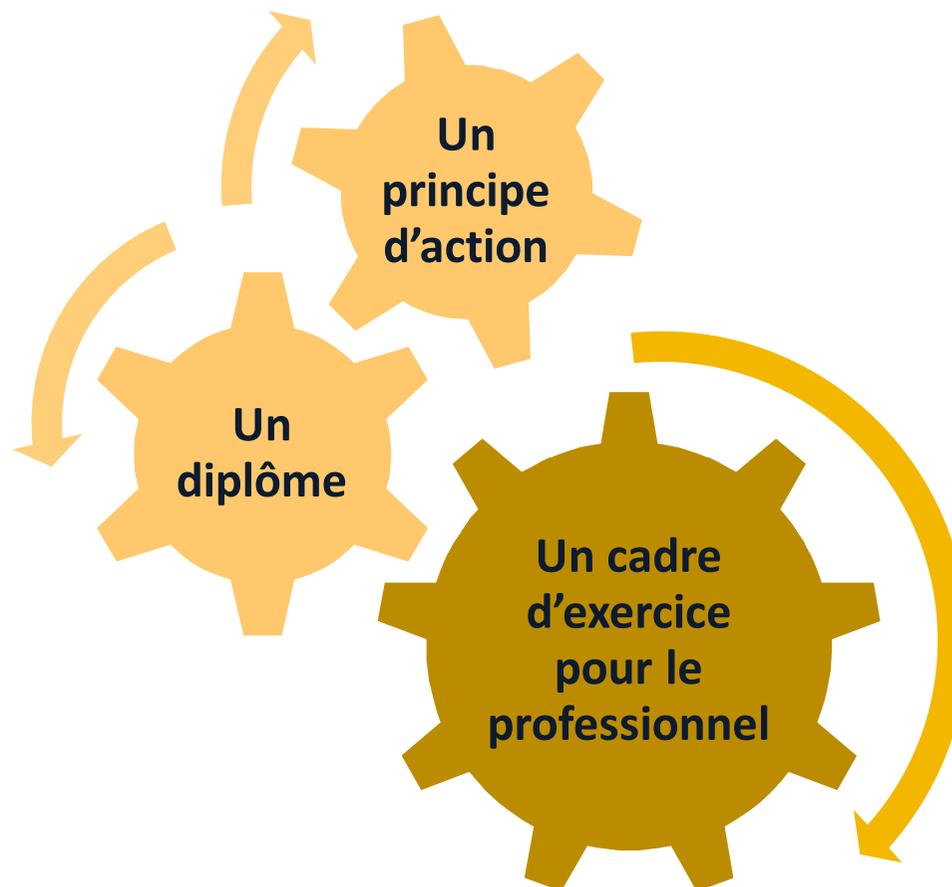
Quel intérêt de l'établissement de santé à la mise en place d'IDEPA en soins de premier recours?

- *Filières de soins Hôpital → Ville*
- *Prévention des réhospitalisations?*
- *Partenariat à construire? Conventions à prévoir?*

Les IDE de pratique avancée



Ce que les textes prévoient:



Les IDE de pratique avancée



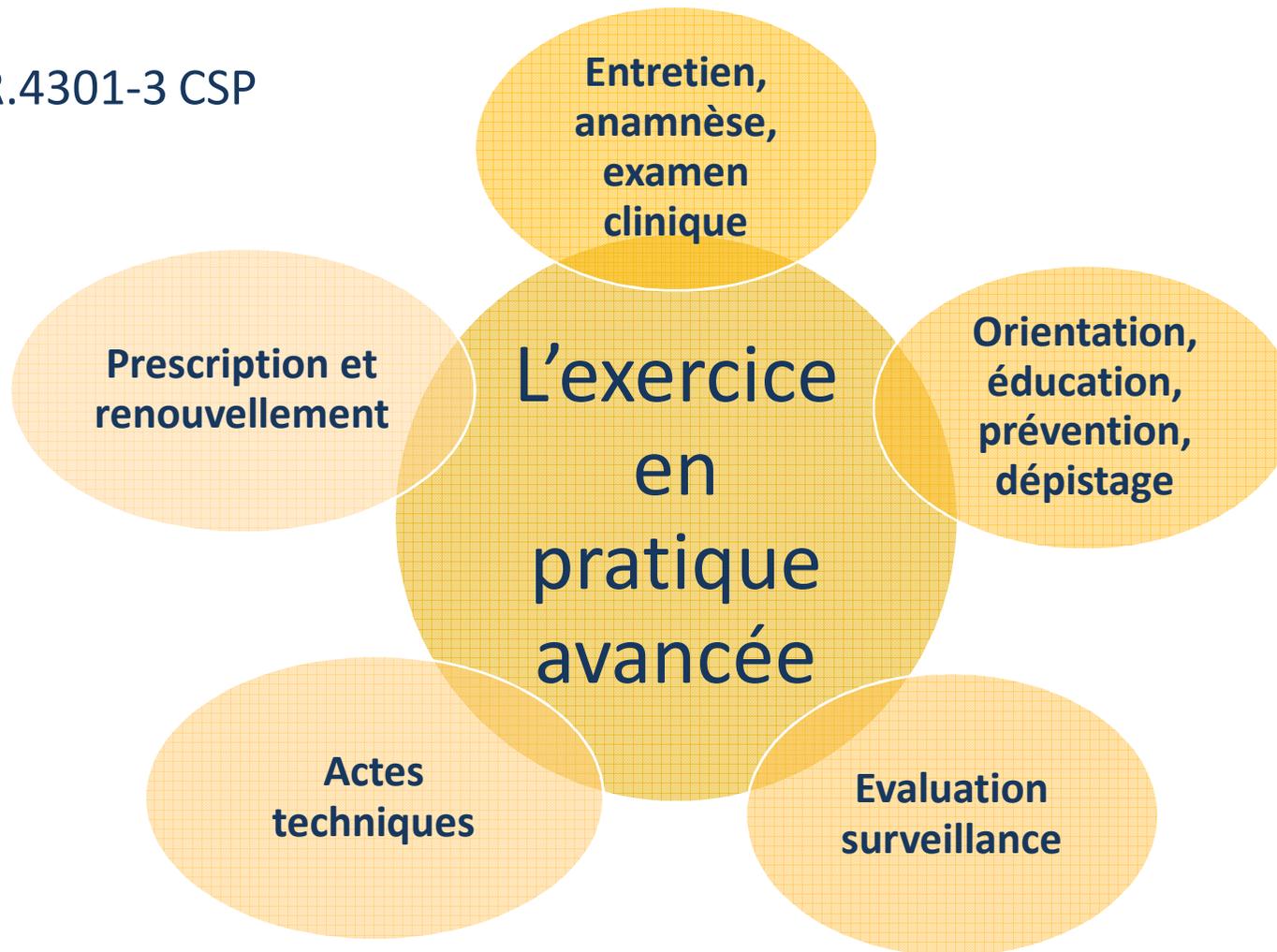
☐ Les domaines d'intervention – Art.R.4301-2 CSP

N°	Domaines d'intervention = <u>mention du diplôme</u>
1°	Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires: <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
4°	Psychiatrie et santé mentale (décret 12 août 2019)

Les IDE de pratique avancée



☐ Art.R.4301-3 CSP



Les IDE de pratique avancée



Ce que les textes
ne prévoient pas:



Définition de projets de santé de territoire partout en France

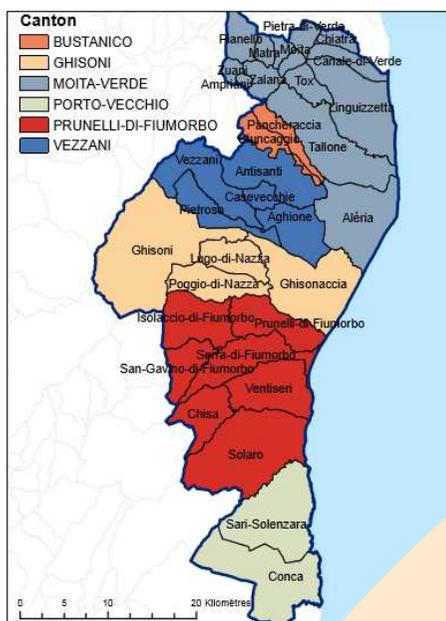
- ❑ Sous forme d'un contrat qui formalisera l'engagement des professionnels de santé d'un territoire pour:
 - améliorer la réponse aux urgences et aux besoins de soins non programmés pour garantir l'accès à un rendez-vous tous les jours de la semaine jusqu'en soirée et le samedi matin ;
 - développer les actions de prévention ;
 - permettre le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou présentant plusieurs pathologies ;
 - faciliter l'accès de tous les patients à des médecins spécialistes.

- ❑ Les ARS, avec l'Assurance maladie pourront conditionner l'attribution de financements et d'autorisations d'activités de soins à l'existence de ces projets.

L'émergence de projets de santé territoriaux



□ Un exemple: le projet de santé de la plaine orientale de CORSE



ETAPE 1: La constitution de maisons/ équipe de santé pluridisciplinaires (MSP)

ETAPE 2: ESP + Développement d'une offre de HDJ + soins non programmés (CSNP)

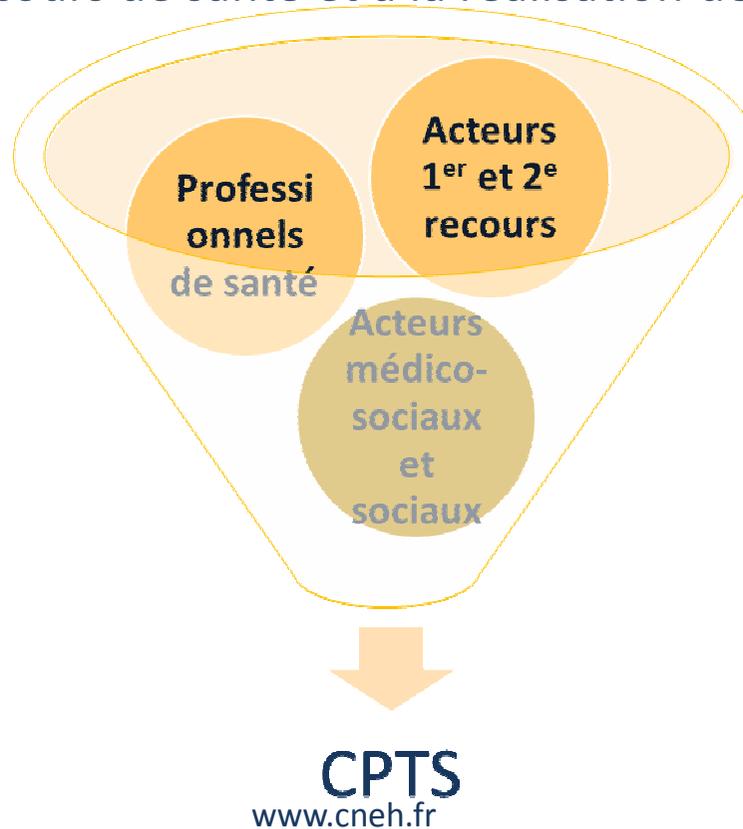
ETAPE 3: ESP + HDJ/CSNP + unité d'hospitalisation de courte durée

Le développement des communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)



➤ **Objectif : 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2022 et 2 000 structures d'exercice coordonné conventionnées dans les 5 ans**

☐ But: mieux coordonner l'action des professionnels et concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du PRS



Le développement des communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)



Objectifs
des CPTS:



Le développement des communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)



- ❑ Les « ingrédients » d'une CPTS



➔ Des financements priorités vers les professionnels exerçant collectivement

- ❑ L'inscription des professionnels dans un cadre d'exercice coordonné et la participation effective aux missions territoriales confiées aux CPTS doivent devenir de principe.
- ❑ Ils deviendront rapidement une condition pour bénéficier de certains dispositifs d'appui et de financements : certains éléments de rémunérations seront réservés, d'ici 3 ans à ceux qui s'inscrivent dans ce nouveau modèle de coopération

ARRETE 21 août 2019 avenant conventionnel national CPTS

Autres mesures liées à l'exercice territorial...



➔ S'appuyer sur le numérique pour améliorer les organisations et

☐ dégager du temps médical

généralisation de la e-prescription d'ici 2021: Transmission sécurisée d'avis, partage des données de santé (DMP), d'alertes, ou d'images, agendas partagés...

☐ Généralisation des solutions de prises de rendez-vous en ligne

☐ Cadre d'interopérabilité renforcé (basé sur identifiant unique du patient)

➔ Création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital

➔ Création d'une nouvelle fonction d'assistants médicaux pour redonner du temps aux médecins et soutien financier au développement de cette fonction



Les objectifs du développement de la E-santé



- Accéder plus rapidement et plus simplement à l'expertise en santé
- Doter chaque personne d'un dossier médical dématérialisé (DMP)
- Limiter les déplacements physiques
- Utiliser les outils disponibles actuellement comme les dispositifs individuels de monitoring, la sécurisation de la circulation des informations

Le DMP



- Le terme dossier médical personnel est remplacé par dossier médical partagé
- Le DMP n'est pas obligatoire
- Destiné aux bénéficiaires de l'AM
- Peut contenir :
 - Compte-rendus hospitaliers et radiologiques
 - Résultats biologiques
 - Antécédents et allergies
 - Actes importants réalisés
 - Médicaments prescrits et délivrés
- Accès : Patient, Professionnels de santé , Médecin régulateur du SAMU
- Accès différencié
- Consultation depuis un accès Internet avec codes confidentiels
- Création soit à l'accueil d'un établissement de santé, soit lors d'une consultation médicale auprès d'un médecin déjà équipé



Déployé à
partir de
fin 2018

Les téléconsultations et télé-expertises



- ❑ 3 médecins sur 4 sont favorables au dispositif

- ❑ L'assurance maladie rembourse ce type de consultation depuis septembre 18 (limites de conditions), sachant que ce n'est pas une nouveauté (déjà inscrite dans HPST il y a 9 ans)

- ❑ La prestation est possible via des plateformes sécurisées qui permettant le déroulement de l'acte, l'envoi de l'ordonnance et d'autres documents et le règlement de l'acte (remboursé ensuite par l'AM sur le compte du patient)

- ❑ Il faut avoir consulté son MT dans les 12 mois précédents

- ❑ 2 exceptions prévues : enfants – 16 ans et spécialités difficiles d'accès (Oph, psy, GO)

Le télésoin



- ❑ Reconnaissance de la pratique de télésoin
- ❑ « *Le télésoin est la pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux.* »
- ❑ *Les conditions de prise en charge des activités de télésoin sont fixées par décret, en tenant compte notamment des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.*
- ❑ « *Les activités de télésoin sont autorisées par arrêté du ministre en charge de la santé, après avis de la HAS. Cet avis mentionne les conditions de réalisation garantissant la qualité, la sécurité et la pertinence.* »

- Article 53
- Art.L.6316-2 CSP

Négos
conventionnelles



Evolution des formations médicales



➔ **Recruter des étudiants de profils divers et leur permettre de s'orienter progressivement vers un métier : suppression du numerus clausus et refonte des premiers cycles des études en santé**

□ Objectif :

- rapprocher les cursus des différentes formations les uns des autres,
- améliorer les conditions d'accès à ces formations en supprimant les limitations brutales et en prenant plus en compte la diversité des profils
- favoriser les enseignements communs, les passerelles entre métiers, les activités de recherche, la dimension relationnelle
- Meilleure concertation ARS/universités

• Art.1 de la loi

Art.L.631-1
C.Education



Evolution des formations médicales



➔ **Centrer les cursus sur l'acquisition de compétences, et permettre à tous les étudiants d'acquérir le recul nécessaire à une constante évolution des techniques : réforme du 2^e cycle des études médicales et suppression de l'épreuve classante nationale (ECN) ; intégration de toutes les formations dans l'université, formation à la recherche et développement des formations aux pratiques avancées**

□ **A venir: trois grandes étapes :**

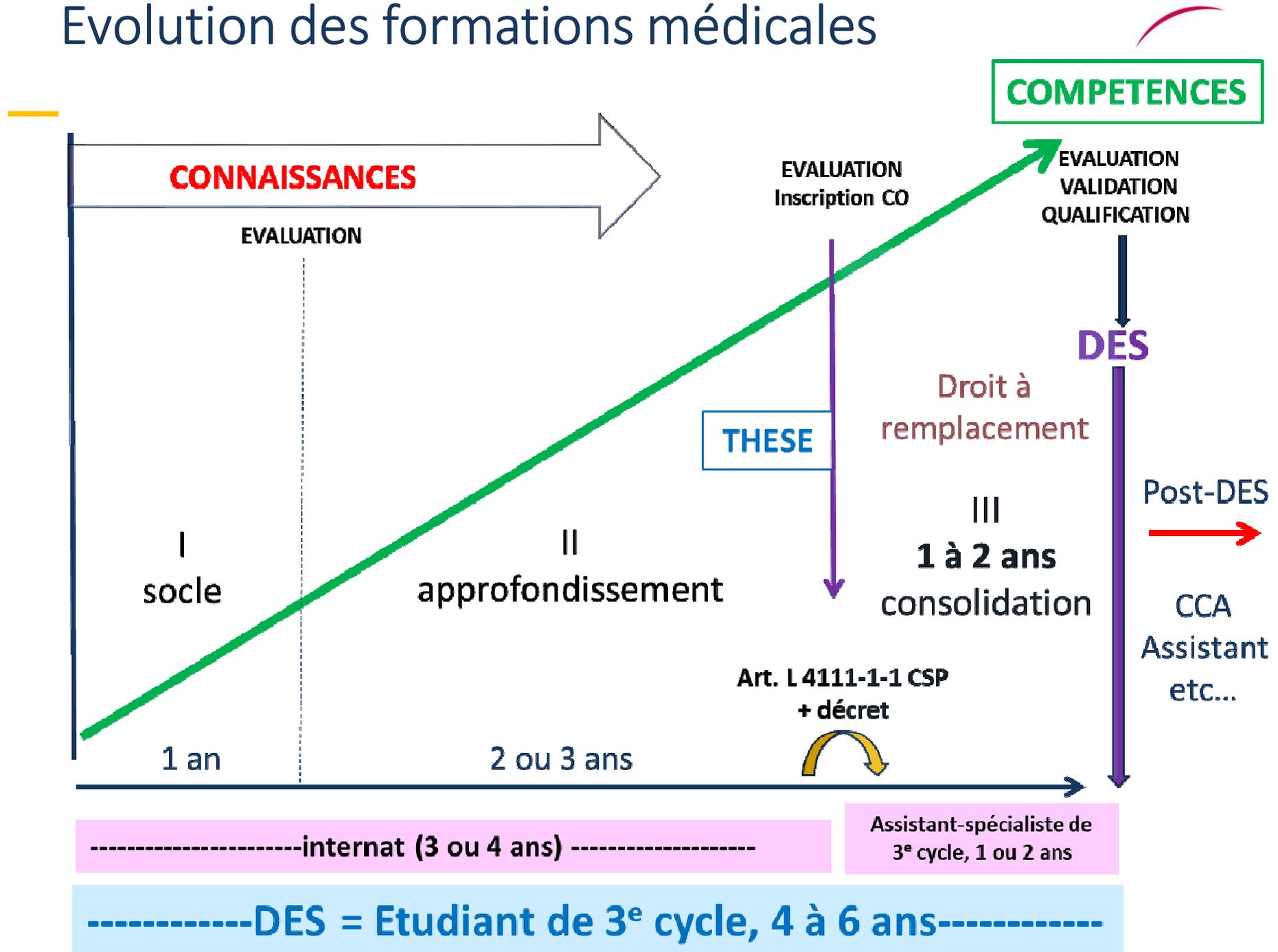
- une épreuve nationale de contrôle des connaissances en 5^e année (comparable au concours actuel),
- puis une évaluation des compétences cliniques et relationnelles au travers de la simulation en santé en fin de 6^e année.
- + stages professionnalisants.
- Analyse du parcours universitaire et du projet professionnel de l'étudiant, valorisant notamment les stages effectués, la mobilité internationale, les doubles cursus.

• Art.1 de la loi

Art.L.631-1
C.Education



Evolution des formations médicales



La réforme du statut des médecins



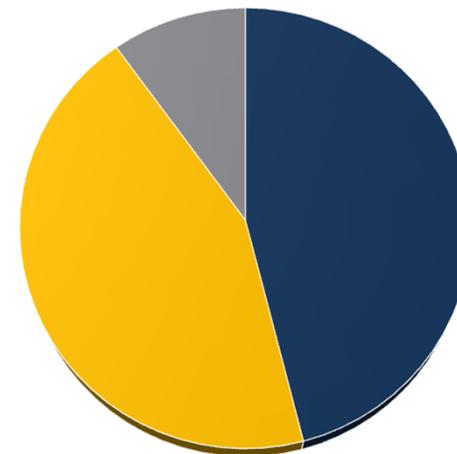
➔ Modernisation du statut de praticien hospitalier pour soutenir les carrières hospitalières par la création d'un statut unique de praticien hospitalier

- Une forte problématique d'attractivité de l'exercice médical hospitalier
- Une reconnaissance à venir des « valences non cliniques »
- Une fusion des statuts? La création d'un statut unique?

➔ Réforme des conditions de recours à l'emploi contractuel pour mieux répondre à certains besoins de temps médical, dans le cadre d'un contrat unique

- Une diversité des statuts de contractuels médicaux mais pas toujours d'attractivité
- Objectifs:
 - adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des PM
 - Faciliter la diversification des activités et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ;
 - Adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat

Modes d'exercice médical



Certification individuelle des médecins



☐ Renvoi à ordonnance pour:

- 1° Créer une procédure de certification permettant de garantir, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, le maintien des compétences et le niveau de connaissances ;
- 2° Déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification, les conditions de sa mise en oeuvre et de son contrôle, les conséquences de la méconnaissance de cette procédure ou de l'échec à celle-ci, ainsi que les voies de recours ouvertes à l'encontre de ces conséquences.

- Ordonnance
- Sous 12 mois
- Rapport UZAN

Article 5
de la loi



Les mesures en faveur des professions paramédicales



- **Réforme statutaire afin d'ouvrir la possibilité d'exercice à temps non complet pour faciliter l'exercice mixte**
- **Mise en place d'une réflexion spécifique sur les conditions d'emploi en seconde partie de carrière des professions paramédicales**
- **Amélioration du reclassement des aides-soignants accédant au grade d'infirmier sera par ailleurs améliorée afin d'offrir une meilleure reconnaissance à ces professionnels et de les engager dans une démarche de promotion professionnelle.**
- **Actualisation des référentiels d'activités/compétences et de formation des aides-soignants afin de mieux répondre aux réalités de leur exercice**
- **Développement de la formation d'assistant de soins en gérontologie afin d'améliorer les conditions de formation et la reconnaissance des professionnels exerçant dans ces secteurs**

A retenir



Le parcours patient qui fonde une organisation décloisonnée des soins sur le territoire



Une réforme centrée sur les soins de premier recours



De nouveaux métiers et de nouvelles organisations: IDEPA, patient expert, télésoin ...



De nouveaux modes de financement pour prendre en compte la complexité des prises en charge



ÉCOLE DE RÉFÉRENCE
CONSEILLER DE CONFIANCE

CNEH - Centre National de l'Expertise Hospitalière
3 rue Danton 92240 Malakoff - Tél. 01 41 17 15 15 - Fax : 01 41 17 15 32
www.cneh.fr