

## **Les outils de coordination territoriale et les réformes visant le secteur médico-social de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**

Publiée au Journal Officiel du 26 juillet 2019, la loi N°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé se donne pour objectif, selon son exposé des motifs, de réformer structurellement le système de santé actuel né des Trente Glorieuses, centré sur l'hôpital et la prise en charge des soins aigus. Il s'agit de répondre aux évolutions profondes et de long terme des besoins en santé de la population au regard de la prévalence des pathologies chroniques, source de tensions pour l'organisation des soins et la prise en charge des personnes malades.

Elle propose pour ce faire de partir des besoins des patients et des professionnels de santé et de poursuivre la dynamique de décloisonnement entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social, entre le secteur public et privé, entre les professionnels en renforçant les coordinations sur les territoires.

Le DECRYPTAGE de ce mois-ci vous présente les principales dispositions relatives à la coordination territoriale des acteurs ainsi que les mesures qui impactent directement le secteur social et médico-social, dont l'évolution des démarches qualité.

### Textes de référence :

- *Loi N°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*
- *Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019*

### **SOMMAIRE**

- A – Le renforcement des coopérations territoriales en santé
- B – Les dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

## A – Le renforcement des coopérations territoriales en santé

La mise en œuvre des logiques de parcours de santé, afin de favoriser la continuité des accompagnements et éviter ainsi des ruptures préjudiciables à la qualité de vie des personnes accompagnées, repose sur le développement de coopérations des acteurs de santé sur les territoires.

Si les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ont commencé à mettre en œuvre des démarches pour renforcer leurs coopérations, les professionnels de santé libéraux demeuraient quelque peu à la marge de ces coopérations territoriales.

En leur qualité d'acteurs de 1<sup>er</sup> recours, ils sont pourtant un maillon essentiel dans la continuité des parcours de santé.

C'est pourquoi, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du 20 juin 2019 entendent favoriser le déploiement d'outils de coopérations professionnels de santé en libéral et les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux.

Ces coopérations renforcées vont s'organiser autour de trois niveaux d'interventions :

- la patientèle, avec les équipes de soins primaires et de soins spécialisés,
- territoriales et intersectorielles,
  - o avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
  - o avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

### 1. Les équipes de soins

#### a) Les équipes de soins primaires

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 avait permis la création d'équipes de soins primaires, constituées autour de médecins généralistes de 1<sup>er</sup> recours qui faisaient le choix d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé commun.

Ces équipes de soins primaires ont pour objectif de contribuer à la structuration des parcours de santé à travers un projet de santé, élaboré collégialement, permettant une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

#### b) Les équipes de soins spécialisés

La loi santé de 2019 entend favoriser, sur le même modèle, la création d'équipes de soins spécialisés, composées de plusieurs spécialités en dehors de la médecine générale (dont les compétences sont attendues au niveau des équipes de soins primaires) afin d'assurer leurs activités de soins avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires.

Ainsi, ces équipes de soins spécialisés pourront contribuer, avec les acteurs de soins de premiers recours, à la structuration des parcours de santé.

### 2. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Créées par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé se voient conforter par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et l'ACI du 20 juin 2019.

## a) Composition et modalités de création des CPTS

Les CPTS réunissent :

- des professionnels de santé, organisés le cas échéant sous la forme d'équipe de soins primaires,
- des acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours
- des acteurs sociaux et médico-sociaux

Ces acteurs doivent réaliser un diagnostic territorial afin d'identifier le territoire d'action de la CPTS, en cohérence avec celui des autres communautés, les besoins de la population et les actions à mettre en œuvre pour y répondre.

Ce diagnostic territorial de santé doit ensuite donner lieu à un projet de santé, validé par le Directeur général de l'ARS, au regard notamment des objectifs du Projet Régional de Santé.

## b) Rôle et missions des CPTS

L'ACI arrête trois missions obligatoires et deux missions facultatives aux CPTS. Ces missions doivent être déployées selon un calendrier progressif, à savoir :

- pour la mission d'accès aux soins (cf. infra), au plus tard 6 mois après la signature du contrat
- pour les missions d'organisation du parcours et de prévention (cf. infra) : démarrer au plus tard 12 mois après la signature du contrat et assurer le déploiement au plus tard deux ans après la signature.

Le calendrier des missions optionnelles demeure quant à lui libre.

### ➤ Les missions obligatoires

- L'accès aux soins

Les CPTS ont pour première mission d'améliorer l'accès aux soins de la population du territoire et réduire les délais de prise en charge afin qu'ils soient adaptés aux besoins et à l'état de santé des patients.

Pour ce faire, les CPTS peuvent mettre en œuvre, en fonction des besoins identifiés sur le territoire, les actions qu'elles estiment adaptées pour répondre aux problématiques d'accès aux soins, et tout particulièrement pour faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer l'accès aux soins non programmés.

Ainsi, les CPTS sont invitées à mettre en place une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyser leurs niveaux de priorité au regard de leur situation de santé et mettre en œuvre une organisation pour leur proposer un médecin traitant parmi les médecins de la CPTS.

Il leur est également demandé de pouvoir proposer une organisation visant à permettre la prise en charge le jour même, ou dans les 24 heures de la demande, d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale, à travers l'ouverture de plages de soins non programmées par les médecins du territoire, l'accès simple à des examens de radiologie/biologie, la mise en place de protocoles entre professionnels de santé...

Enfin, l'ACI demande également aux membres des CPTS de contribuer au développement de la télémédecine sur l'ensemble du territoire.

- L'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient

Les CPTS doivent favoriser la coordination des acteurs de santé sur leur territoire pour permettre la continuité des soins et la fluidité des parcours, à travers notamment le renforcement des liens entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> recours, avec les établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et la définition des conditions du partage d'informations entre les différents acteurs.

- Le développement des actions territoriales de prévention

Les membres de la CPTS doivent définir ensemble des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluri-professionnelle constitue un gage de réussite (vaccination, prévention des addictions, des risques iatrogènes, des violences intra-familiales...)

➤ Les missions complémentaires et optionnelles

- Le développement de la qualité et de la pertinence des soins

Les CPTS sont invitées à développer des démarches qualité dans une dimension pluri-professionnelle, par des échanges sur des pratiques, sur des cas patients et la formalisation des retours d'expériences afin de définir des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques.

- L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Les CPTS peuvent conduire des actions pour favoriser l'installation de jeunes professionnels de santé, notamment dans les territoires en tension, par l'organisation d'actions de nature à mettre en avant le caractère attractif de leur territoire (présentation de l'offre de santé, promotion du travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, accueil de stagiaires...)

c) Périmètre de création des CPTS et modalités de financement

Les CPTS peuvent couvrir une population et avoir un périmètre d'intervention plus ou moins important. Ainsi, l'ACI prévoit 4 tailles distinctes de CPTS, à savoir : moins de 40 000 habitants ; entre 40 000 et 80 000 habitants ; entre 80 000 et 175 000 habitants, plus de 175 000 habitants.

Les sommes allouées doivent permettre de contribuer au financement du fonctionnement de la CPTS et au financement de leurs missions.

➤ Le financement du fonctionnement

Le financement du fonctionnement de la CPTS, alloué dès la signature du contrat, doit permettre d'assurer les fonctions d'animation, de pilotage et de coordination administrative, le temps consacré par les professionnels de santé à la définition et à la construction de leurs missions ainsi que l'acquisition ou l'accès à des outils informatiques favorisant la coordination au sein de la communauté : annuaire partagé, plateforme de communication, outil de gestion des parcours.

Ce financement varie selon la taille de la CPTS, à savoir :

Montant annuel	< 40 000 hab	Entre 40 et 80 000 hab	Entre 80 et 175 000 hab	> 175 000 hab
Financement du fonctionnement	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

### ➤ Le financement des missions des CPTS

Chaque mission des CPTS est financée avec une part fixe, dont le montant varie uniquement selon la taille de la CPTS, afin de couvrir les moyens mis en œuvre pour réaliser la mission, et un financement supplémentaire variable prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impacts des missions selon des indicateurs définis au contrat ou dans le cadre de l'ACI.

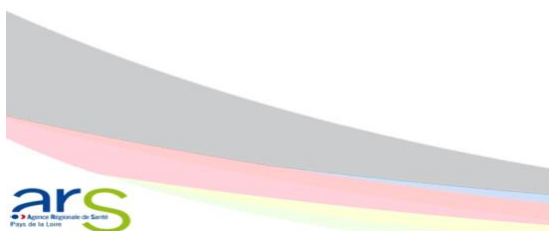
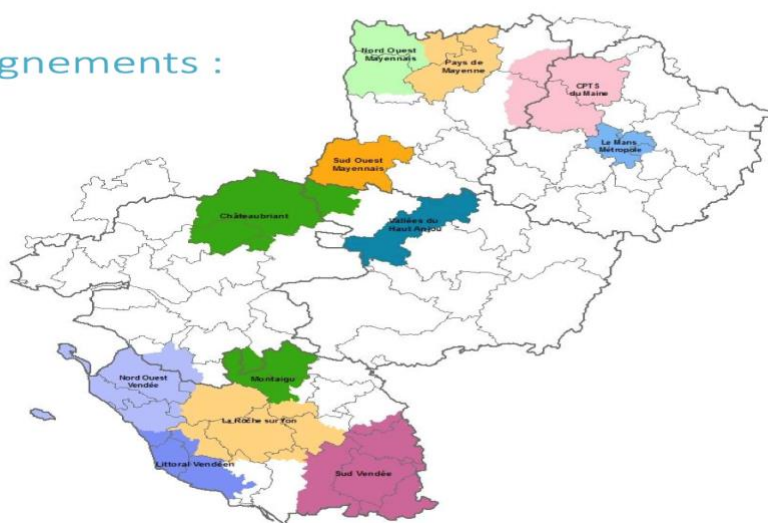
### Etat des lieux du déploiement des CPTS en Pays de la Loire

#### 18 projets connus :

- 12 CPTS ont adressé leur lettre d'intention : 2 ont leur projet de santé validé, 4 projets sont proches d'une signature ACI.
- 6 autres sont au stade de l'initiative

#### Deux types d'accompagnements :

- Inter-URPS (majorité)
- APMSL



### 3. Les Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

Les Plateformes Territoriales d'Appui, créées par la loi de modernisation de notre système de santé, sont remplacées par des dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

Cette évolution d'une logique de plateforme formalisée dans le cadre d'une convention à une logique de dispositifs a pour objectif de permettre aux acteurs de mieux prendre en compte la réalité des outils de coordinations existants sur chaque territoire.

#### a) Rôle et missions des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe :

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes pourront être sollicités par les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux afin d'améliorer le service rendu aux personnes accompagnées et fluidifier leurs parcours de santé.

Ils auront pour missions de :

- Assurer une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels, à savoir l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations ainsi que la planification des prises en charge. La réalisation de cette mission sera réalisée en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels concernés,

- Contribuer avec d'autres acteurs, et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseil, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement,
- Participer à la coordination territoriale et à la structuration des parcours

b) **Gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe :**

La gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe devra garantir une représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, et intégrer notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Les structures d'Hospitalisation A Domicile pourront participer au fonctionnement de ces dispositifs.

**REMARQUE**

Un décret à venir doit préciser les missions et les modalités de gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe.

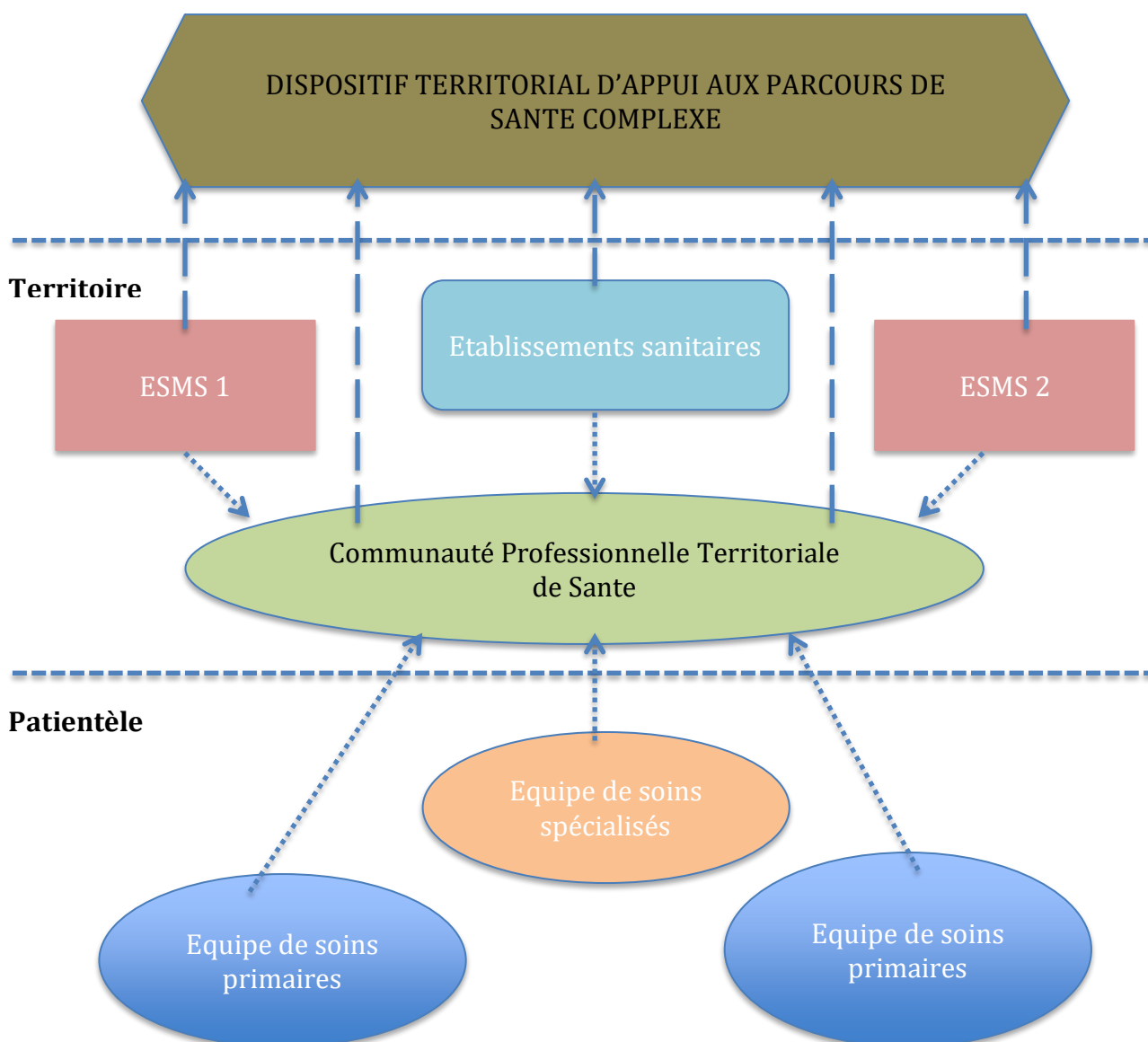
c) **Vers une fusion des structures de coordination existantes sur les territoires**

Si les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pourront intégrer, de manière facultative, ces dispositifs d'appui à la coordination, la loi stipule que dans un délai de 3 ans, les réseaux de santé, les différentes fonctions d'appui aux professionnels et les plateformes territoriales d'appui existantes avant l'entrée en vigueur de la Loi (et créé par loi santé de 2016) ainsi que les MAIA devront intégrer les nouveaux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe.

De même, les outils de coordination issus de l'expérimentation PAERPA et ceux expérimentés dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (cf. Décryptage dédié à ces expérimentations) devront également intégrer les dispositifs d'appui à la coordination existants sur les territoires.

## LES NOUVEAUX OUTILS DE COORDINATION TERRITORIALE

### Interterritorial



### **B – Les dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux**

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé comporte diverses dispositions qui visent à réformer certaines mesures applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

#### **a) L'évolution des modalités de mise en œuvre des démarches d'évaluation interne et externe**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les établissements et services sociaux et médico-sociaux ne seront plus dans l'obligation de remettre un rapport d'évaluation interne.

Toutefois, l'évaluation interne n'est pas supprimée. En effet, la loi précise désormais que dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services sociaux et médico-sociaux devront évaluer et faire procéder à l'évaluation de la qualité. Ainsi, si le formalisme du

rapport d'évaluation interne disparaît, les établissements et services sociaux et médico-sociaux devront justifier de la conduite d'une démarche continue d'évaluation interne de leurs prestations.

Ces démarches d'évaluation interne et externe devront être réalisées selon une procédure, des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles rédigées par la Haute Autorité de Santé.

Par ailleurs, le renouvellement de l'autorisation, qui était exclusivement conditionné aux résultats de l'évaluation externe, est désormais exclusivement conditionné aux résultats de l'évaluation, sans qu'il ne soit précisé s'il s'agit des évaluations externes ou internes.

De plus, les résultats de l'évaluation devront être transmis aux autorités de tarification et de contrôle mais aussi à la HAS. Un décret à venir définira quant à lui les modalités de publication des résultats ainsi que le rythme des évaluations.

Enfin, les modalités d'habilitation des organismes d'évaluation vont elles aussi évoluer. Dans cette perspective, la HAS doit réaliser un cahier des charges qui définira les règles à respecter pour être habilitées.

#### **REMARQUE**

Les dispositions de la loi relative à la qualité entrant en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021, et au regard du calendrier actuel des évaluations internes et externes, les établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés et ouverts avant la publication de la loi HPST du 21 juillet 2009 demeurent soumis à l'obligation de remettre une évaluation interne et externe.

#### **b) L'évolution du contenu des projets d'établissement**

Une liste de catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, va être définie par décret.

#### **c) La prorogation possible de la durée des CPOM dans le secteur du handicap**

Les CPOM signés avec les autorités de tarification et de contrôle, hormis pour les Services à Domicile, les EHPAD et les CHR, qui relèvent de dispositions contractuelles spécifiques, pourront être prorogés d'un an et, par conséquent, avoir une durée de 6 ans.

#### **d) La simplification des modalités de transformations de l'offre**

Si les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent d'ores et déjà, sous réserve de la signature préalable d'un CPOM, procéder à des modifications d'autorisations avec changement de la catégorie des bénéficiaires sans passer par la procédure d'appel à projet (ex : transformation d'un IME en MAS), ces projets de transformation ne pouvaient dépasser un seuil d'extension défini par décret.

Or, une telle mesure était difficile à mettre en œuvre. En effet, comment mesurer l'extension de capacité quand un IME se transforme par exemple en SAMSAH ?

C'est pourquoi, la loi supprime toute référence à la notion d'extension de capacité pour procéder à la transformation d'un établissement ou service avec modification de la catégorie des bénéficiaires pour les structures sous CPOM.



**REMARQUE**

La transformation d'une structure avec modification de la catégorie des bénéficiaires relevant d'une autorisation conjointe devra faire l'objet d'une approbation des deux autorités de tarification.

**e) Le passage à l'EPRD/ERRD facultatif de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Si la loi ne prévoit pas de généraliser le recours aux CPOM à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, elle prévoit que ces structures - dès lors qu'elles ne relèvent pas d'une contractualisation obligatoire (EHPAD, PUV, ESSMS pour personnes en situation de handicap relevant de la tarification exclusive ou conjointe de l'ARS) mais qu'elles signent tout de même un CPOM (avec une logique de pluri-annualité budgétaire) - peuvent demander à se voir appliquer le cadre des Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses et des Etats de Réalisation des Recettes et des Dépenses.

**f) Le passage anticipé à l'EPRD/ERRD**

Les ESSMS qui doivent intégrer la nouvelle logique budgétaire de l'EPRD/ERRD dans le cadre d'un CPOM obligatoire pourront, sous réserve de l'accord des différents signataires, anticiper le passage à l'EPRD.

Ainsi, le gestionnaire des structures pourra élaborer un EPRD au 31 octobre de l'année précédent l'entrée en vigueur du CPOM, à partir des dernières notifications budgétaires effectuées par les autorités de tarification et de contrôle, revalorisées le cas échéant par le gestionnaire, sans que cette revalorisation n'engage les autorités de tarification et de contrôle.

Il pourra également appliquer les règles budgétaires propres à l'EPRD au cours de l'exercice budgétaire et affecter les résultats à la clôture de l'exercice conformément aux dispositions du CPOM.