

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

1. Introduction

En septembre 2012, le Groupe 1 de la mission Couty réunissant une soixantaine de professionnels du monde hospitalier public et privé débutait ses travaux. Le constat était le suivant : le système de santé ne peut pas être hospitalo-centré : Il doit s'ouvrir à la coopération dans le but d'améliorer le parcours de santé des usagers. Les travaux du Groupe 1 ont fait émerger la notion de *service public territorial de santé* (SPTS). Les principes du SPTS font partie intégrante de la Stratégie nationale de santé (SNS)¹.

Cette première réunion plénière (une centaine d'acteurs conviés représentant les champs sanitaire, social et médico-social) a pour objectif de présenter les grands axes de travail à venir pour la construction du SPTS et du SPH. Il s'agit de dégager un consensus et de formuler des propositions claires pour préparer l'élaboration de la loi de santé publique 2014.

2. Synthèse des présentations

❖ *Présentation de Bernadette DEVICTOR*

Les objectifs de la mission

Cette mission s'inscrit dans la SNS. Il s'agit de décliner de manière opérationnelle les principes du SPTS et du SPH en proposant des outils juridiques.

L'objectif n'est pas d'établir un rapport mais de porter des propositions concrètes susceptibles d'être reprises dans la future loi de santé publique.

Les orientations du groupe 1

Le SPTS est avant tout une organisation qui permet de répondre aux besoins de santé sur un territoire. Il constitue un mode de réponse privilégié qui vient combler les attentes fortes des usagers en termes de continuité des prises en charge et accompagnement. Le SPTS est aussi une nouvelle approche de l'offre en santé sur le territoire réunissant l'ensemble des acteurs qui partagent la responsabilité de l'état de santé de la population. C'est donc avant tout un espace de coopération. Il est nécessaire de stabiliser les cadres de coopération en reconnaissant ces espaces (labellisation) dans le but de les pérenniser. Le SPTS constitue un mode d'organisation où les acteurs se concertent, se mobilisent et affichent une volonté commune de travailler ensemble. Les ARS ont vocation à jouer un rôle facilitateur et accompagnateur.

Les outils concrets de mise en œuvre du SPTS restent à clarifier. Le sens de la démarche envisagée est ascendante et non-prescriptive, laissant ainsi de la marge de manœuvre aux acteurs pour s'organiser, sur la base d'un cadre posé au niveau national. Les modalités juridiques (conventions, contrat territorial de santé...) restent à définir.

¹ Dans le rapport des Sages sur la SNS, le SPTS est évoqué dans 6 des 19 recommandations.

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

La réintroduction et la rénovation du SPH

L'objectif est de rétablir un SPH rénové, ce qui pose la question du devenir des 14 MSP. Ce point fera l'objet d'une réflexion ultérieure menée lors de l'atelier SPH.

La question du modèle de financement, qui accompagnera ces concepts de SPTS et SPH est posée et sera traitée en ce qui concerne l'activité hospitalière, en lien avec le Comité de réforme de la tarification à l'activité hospitalière (CORETAH).

❖ *Présentation de la DGOS*

L'objectif de la réforme SPTS

Au regard de la SNS, le SPTS répond à un double objectif : la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et l'amélioration de la santé du point de vue du service rendu au patient.

Les contours du SPTS

Il est important de préciser les caractéristiques du SPTS afin de ne pas faire rentrer tout le système de santé dans le dispositif du SPTS. Celui-ci doit en effet apporter une valeur ajoutée. Ainsi, trois grands critères sont proposés :

- **Le SPTS est une organisation territoriale entre acteurs** : un acteur seul ne peut réaliser le SPTS, il faut être au moins deux.
- **L'organisation SPTS s'inscrit dans un territoire** : il n'est pas question ici d'établir des normes dans la définition géographique du territoire. Il doit pouvoir être adapté en fonction de l'objectif poursuivi.
- **L'organisation répond aux principes du service public** : il est proposé de décliner les 4 principes classiques du SP au secteur de la santé.
 - **Neutralité** : Cette idée renvoie à celle de la non-discrimination des usagers et des patients (déjà inscrite dans le CSP)
 - **Egalité** : Ce principe recouvre plusieurs dimensions. Il concerne tous les usagers, avec une attention particulière pour les personnes vulnérables, personnes handicapées notamment au regard de leur accès (physique et psychique) plus difficile aux soins. L'accessibilité financière (tarif opposable et reste à charge), géographique et informationnelle constituent également des déclinaisons du principe général d'égalité. L'approche en termes de reste à charge du patient pourrait être privilégiée, plutôt qu'en termes de tarifs opposables dans une perspective patient et non professionnels ou établissements.
 - **Continuité** : Elle se décline à la fois dans le temps (horaires) et dans l'espace (territoriale).

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

- Adaptabilité : Elle renvoie à l'orientation de l'utilisateur dans le parcours de santé en termes d'articulation entre les différents acteurs.

Les thèmes prioritaires d'action

Des thèmes prioritaires d'action (génériques et populationnels) sont proposés pour approfondir les différentes dimensions du SPTS, en fonction des priorités actuelles du gouvernement en matière de santé. Ils feront l'objet d'approfondissement en atelier.

Les modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du SPTS s'inscrit dans une démarche ascendante différente de celle en vigueur pour la planification hospitalière. Le rôle des ARS dans ce dispositif reste encore à préciser.

La reconnaissance d'une organisation SPTS s'établirait sur des critères, dont certains seront définis au niveau national dans un cadre souple pour laisser la déclinaison opérationnelle aux acteurs.

La formalisation juridique du SPTS pourrait se traduire par un contrat territorial de santé, mais il est essentiel de mener au préalable un travail d'analyse des outils existants.

Le SPH rénové et l'impact sur les 14 MSP

Le SPH s'inscrit comme acteur dans un environnement où il intervient en lien avec d'autres. La vision du SPH se veut globale et non-parcellaire comme l'est la liste actuelle des 14 MSP.

Les principes classiques du service public devront être déclinés de manière opérationnelle dans le champ hospitalier, avec une définition des obligations qui s'y rattachent.

L'égalité d'accès aux soins peut par exemple nécessiter le maintien d'une offre sur un territoire alors que les modalités classiques de financement ne la rendent pas viable. La continuité peut se traduire par l'obligation d'un service minimum et de lien formalisés avec les autres acteurs sur le territoire.

Au regard du SPH rénové, la question du devenir de la liste actuelle des 14 MSP est posée. Faut-il la maintenir et sous quelle forme ? Rapprocher ces activités des missions d'intérêt général actuelles ? Dans tous les cas, il sera sans doute incontournable de revoir la composition actuelle de cette liste de missions.

3. Synthèse des débats

La discussion a porté successivement sur le contexte dans lequel se construit cette réforme, sur les modalités de mise en œuvre du SPTS (territoire, gouvernance) et sur la méthode de travail à suivre.

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

D'un point de vue général, les concepts présentés sont bien accueillis. Il y a manifestation d'intérêt pour les principes présentés, mais une demande que ces concepts soient traduits de manière concrète et rapide. Il est souligné le décalage entre les difficultés du fait des restrictions budgétaires vécues au quotidien par les professionnels et ces principes. Il apparaît la nécessité d'avancer assez vite dans la définition juridique du SPTS.

Plusieurs intervenants souhaitent que cette réforme permette de tourner définitivement la page de la Loi HPST en revenant à une définition organique du service public et certains suggèrent de se séparer de certains outils juridiques compliqués à mettre en œuvre, tels que les GCS érigés en établissements de santé.

La question de la redondance avec les travaux déjà menés par le Groupe 1 lors de la mission COUTY est soulevée.

Dans le même sens que la présentation de Bernadette DEVICTOR, de nombreux intervenants font part de leur souhait de vouloir éviter un effet « mille-feuilles » et préférer une réforme systémique lisible. L'incohérence des plans de santé publique successifs a été également soulevée. Dans l'esprit, le SPTS devrait pouvoir donner corps à cette organisation territoriale au service de la continuité des soins recherchée dans l'ensemble des plans.

Bernadette DEVICTOR indique que l'objectif du SPTS est effectivement de donner cette cohérence globale.

Il est insisté sur le rôle de l'Etat. En effet les difficultés pour coordonner les acteurs et organiser la mobilisation autour d'objectifs de santé publique sont réelles et des directions claires doivent être données pour que les acteurs puissent réellement les décliner ensuite.

Le SPTS est également perçu comme une opportunité unique pour « embarquer les usagers ». Certains intervenants souhaitent que le SPTS soit l'occasion d'élaborer un diagnostic partagé sur un territoire.

Il est considéré que l'objectif affiché du SPTS, et plus largement celui de la SNS, de lutter contre les inégalités de santé devrait être davantage un impératif de la politique de santé publique qu'un objectif en soi. Le dispositif présenté est jugé trop peu contraignant pour traduire les engagements inhérents au service public.

Au sujet du SPH et du devenir des 14 MSP, les souhaits d'organisations syndicales et des fédérations sont la suppression de la liste des MSP instaurée par la loi HPST et le rétablissement d'un bloc au sens de la loi de 1970.

La FHF indique qu'elle a engagé une réflexion sur l'élaboration d'un cahier des charges du SPTS qu'elle partagera avec le groupe.

La présentation faite par la DGOS faisant état d'un principe d'égalité, se traduisant par l'accessibilité financière, la question des limites de l'approche par le reste à charge (conçu uniquement dans le domaine du soin ou également dans le domaine médico-social -EHPAD par exemple) est posée.

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

Les débats soulignent l'importance de la notion de territoire, qui mérite d'être davantage travaillée. Un recours à l'expertise de géographes est suggéré.

La gouvernance du dispositif du SPTS sera également une question essentielle dans la mesure où il est capital d'y associer l'ensemble des partenaires locaux. L'exemple des conseils locaux de santé mentale est donné.

Le rôle des ARS sera dans ce cadre important avec une question à travailler pour trouver l'équilibre entre une démarche ascendante et une incitation suffisamment forte des ARS. L'ingénierie de cette organisation sera essentielle.

Il ressort de ces différents points la nécessité de travailler prioritairement sur les notions de territoire et de gouvernance. Ces thèmes seront donc inscrits à l'ordre du jour du groupe plénier intermédiaire.

Les discussions ont enfin porté sur les modalités pratiques de travail. Le choix des thèmes pour les ateliers a fait débat. Plusieurs intervenants considèrent que la segmentation choisie n'est pas assez transversale et qu'il faudrait partir d'emblée des thèmes de territoire, gouvernance, parcours. Bernadette DEVICTOR indique que ces trois dimensions seront traitées lors de la plénière intermédiaire qui se tiendra en novembre. Les ateliers ont pour but d'essayer d'éclairer les concepts notamment sur ces trois questions essentielles, à partir de situations concrètes afin de ne pas construire un modèle théorique mais une proposition au plus près de besoins des usagers et de la réalité de terrain.

La question de la représentation ministérielle, avec l'association d'autres directions d'administrations centrales au sein du groupe de travail a été également soulevée. A ce stade, la DGOS travaille déjà avec les autres directions (DAC) de façon rapprochée. La mission est également en contact avec le cabinet. La CNAMTS est quant à elle représentée dans le groupe plénier.

Bernadette DEVICTOR rappelle l'importance d'associer l'ensemble des acteurs (élus, acteurs du domicile...) et propose de démarrer les travaux sur la base des ateliers proposés, sachant que si à l'expérience cela ne répond pas aux attentes, il y aura lieu de changer.

Les contributions des ateliers prendront la forme de propositions et recommandations. L'objectif est que les premières pistes de réflexion soient initiées début novembre et la finalisation des recommandations ait lieu mi-décembre lors de la dernière assemblée plénière.

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

En synthèse

Le SPTS est une expression et un projet qui semblent faire sens pour tous.
La présentation du SPH rénové impose notamment de repenser les modalités de participations des établissements privés lucratifs (et le devenir des 14 MSP).
Les notions de territoire, de gouvernance et d'ingénierie constituent des points essentiels de la réflexion. En conséquence, l'ordre du jour de l'assemblée plénière intermédiaire intégrera ces problématiques.
Une méthodologie commune pour les ateliers thématiques sera proposée
Toutes les contributions écrites des participants sont les bienvenues ; elles seront partagées entre les membres du groupe.

Participants :

AMUF /CGT : Christophe PRUDHOMME

ANEMF : Mathieu LEVAILLANT, Nicolas ROMAIN-SCELLE

Association des régions de France : Madeleine NGOMBET

Avenir hospitalier : Bertrand MAS

CFE-CGC : Thierry AMOUROUX

CFTC : Christian CAILLIAU, Christian CUMIN

CGT : Emmanuel MAISSONNIER, Philippe CREPEL

CH-FO : Christian GATARD, Hélène THALMANN

CNAMTS : Michel MARTY

CNUH : Pierre CARLI

Collectif interassociatif sur la Santé CISS : Sylvain FERNANDEZ-CURIEL

Conférence nationale des directeurs de CH : Didier HOELTGEN

Conférence nationale des directeurs de CHS : Gilles MOULLEC

Conférence nationale des Présidents de CME des CHS : Christian MULLER

Conférence nationale des Présidents de CME des hôpitaux généraux : Pascal FORTIER

CSMF - Confédération des Syndicats Médicaux Français : Luc DUQUESNEL

DGESCO - Ministère de l'Education Santé scolaire : Jeanne-Marie URCAN

DIHAL - Délégué interministériel à l'hébergement et logement : P. ESTECAMANDT

FEHAP : David CAUSSE

FHF : René CAILLET

FHP : Michel COUHERT

FFMPS - Fédération Française des Maisons et Pôles Santé : Michel SERIN

FMF : Jean-Paul HAMON

FNARS - Fédération nationale des associations d'accueil et réinsertion sociale : Maryse LEPÉE

FNCS - Fédération Nationale des Centres de Santé : Hélène COLOMBANI

FNEHAD : Olivier PAUL, Anne DABADIE

FO : Hervé ROCHAS, Luc DELRUE

INPH : Michel TRIANTAFYLLOU,

ISNAR - IMG Syndicat Autonome Internes Médecine Générale : Julien POIMBOEUF, Elodie HERNANDEZ

ISNI : Emmanuel LOEB

Mutualité Française : Sylvie GUERIN

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

SG : Marie-Ange DESSAILLY-CHANSON, Marie-Claude HITTINGER

SSA : Yves AUROY

SML : Sophie BAUER

SOS Médecins : Dominique SMADJA

SMPS : Olivier FALANGA

SNIL - Syndicat des professionnels libéraux : John PINTE

SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT

SYNERPA : Florence ARNAIZ-MAUME, Nelly BAUDRON

UNAFAM : Jean-Claude MATHA

UNICANCER : Hélène HESPEROU

UNA - Union Nationale de l'aide, des soins aux domiciles : Yves VEROLLET, Line LARTIGUE

UNR Santé - Union Nationale des Réseaux de Santé : François BOUÉ

UNPS : Pierre LEPORTIER

UNSA : Willy KALB

Personnalité Qualifiée : Pierre ALÉGOËT

Personnalité Qualifiée : Jean-Noël CABANIS

Personnalité Qualifiée : Paul CASTEL

Personnalité Qualifiée : Bertrand FENOLL

Personnalité Qualifiée : P. GIBELIN

Personnalité Qualifiée : André GRIMALDI

Rappel du calendrier :

DATES	HEURES	SÉANCES
18/09/2013 Après-midi	Plénière	Lancement
03/10/2013 Matin	atelier	Offre de proximité
10/10/2013 Après-midi	atelier	Personnes en perte d'autonomie (âgées, handicapées,...)
16/10/2013 Après-midi	atelier	Maladies chroniques dont Santé mentale
23/10/2013 Après-midi	atelier	Soins non programmés et urgences
06/11/2013 Après-midi	Plénière	Premières propositions
14/11/2013 Matin	atelier	SPH
20/11/2013 Après-midi	atelier	Prévention
27/11/2013 Après-midi	atelier	Précarité
17/12/2013 Après-midi	Plénière	finalisation

Mission SPTS - SPH

Lancement

Plénière du 18 septembre 2013

Ministère de la Santé, salle Laroque
14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Compte-rendu

document de travail