



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Comité de suivi du Ségur de la Santé n°2

Points d'avancement des engagements du Ségur

Vendredi 18 décembre 2020

Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Mesure 1

Revaloriser les professionnels de santé et renforcer l'attractivité de l'hôpital et de l'Ehpad

Mesure 2

Permettre aux établissements publics de santé de négocier et aménager à leur niveau le temps de travail

Mesure 3

Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical

Mesure 4

Augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés

Mesure 5

Renforcer les réseaux d'enseignement et de recherche dans les territoires en partenariat avec le MESRI

Mesure 6

Accélérer le déploiement des IPA

Mesure 7

Lancer une réflexion sur la création d'une profession médicale intermédiaire

Mesure 8

Favoriser les exercices mixtes entre ville et hôpital

Synthèse du Pilier 1

Le Pilier 1 du Ségur de la santé fixe les engagements clés suivants :

- Revaloriser les métiers grâce à un accord avec les organisations syndicales
- Garantir l'attractivité des carrières à l'hôpital public grâce à un accord historique avec les syndicats de médecins
- Revaloriser les indemnités des internes et des étudiants des filières paramédicales et médicales ainsi que les gardes
- Recruter 15 000 soignants à l'hôpital public
- Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical
- Augmenter fortement le nombre de professionnels paramédicaux formés

8,2 Mds€ permettront de réaliser ces engagements :

Pour les professionnels paramédicaux :

- 7,6 Mds€ / an à la revalorisation de l'ensemble des métiers non médicaux dans les établissements de santé et médico-sociaux des secteurs publics ou privés

Pour les professionnels médicaux :

- 450 M€ / an à l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers

Pour les étudiants de 2ème et 3ème cycles :

- 200 M€ / an consacrés à la revalorisation des indemnités de stage et émoluments des étudiants MMOP et des internes, et à la revalorisation des gardes pour les internes

Mise en place de Comités de suivi des accords et des GT

- Un Comité de suivi trimestriel de chaque accord, réunissant les OS et la FHF
 - Le 1er comité de suivi du protocole d'accord relatif aux personnels médicaux a eu lieu le 18 septembre ;
 - Le 1er comité de suivi du protocole d'accord relatif à la fonction publique hospitalière a eu lieu le 3 décembre ;
 - Le 1er comité de suivi du relevé de conclusions relatif aux internes s'est tenu le 25 novembre ;
 - Le 1er comité de suivi du relevé de conclusions relatif aux étudiants en santé s'est tenu le 9 décembre.
- Des groupes de travail spécifiques en déclinaison de chaque accord
 - Plusieurs GT déjà organisés (cf. diapos suivantes).
- Des projets de textes présentés pour consultation au CSFPH et commission des statuts

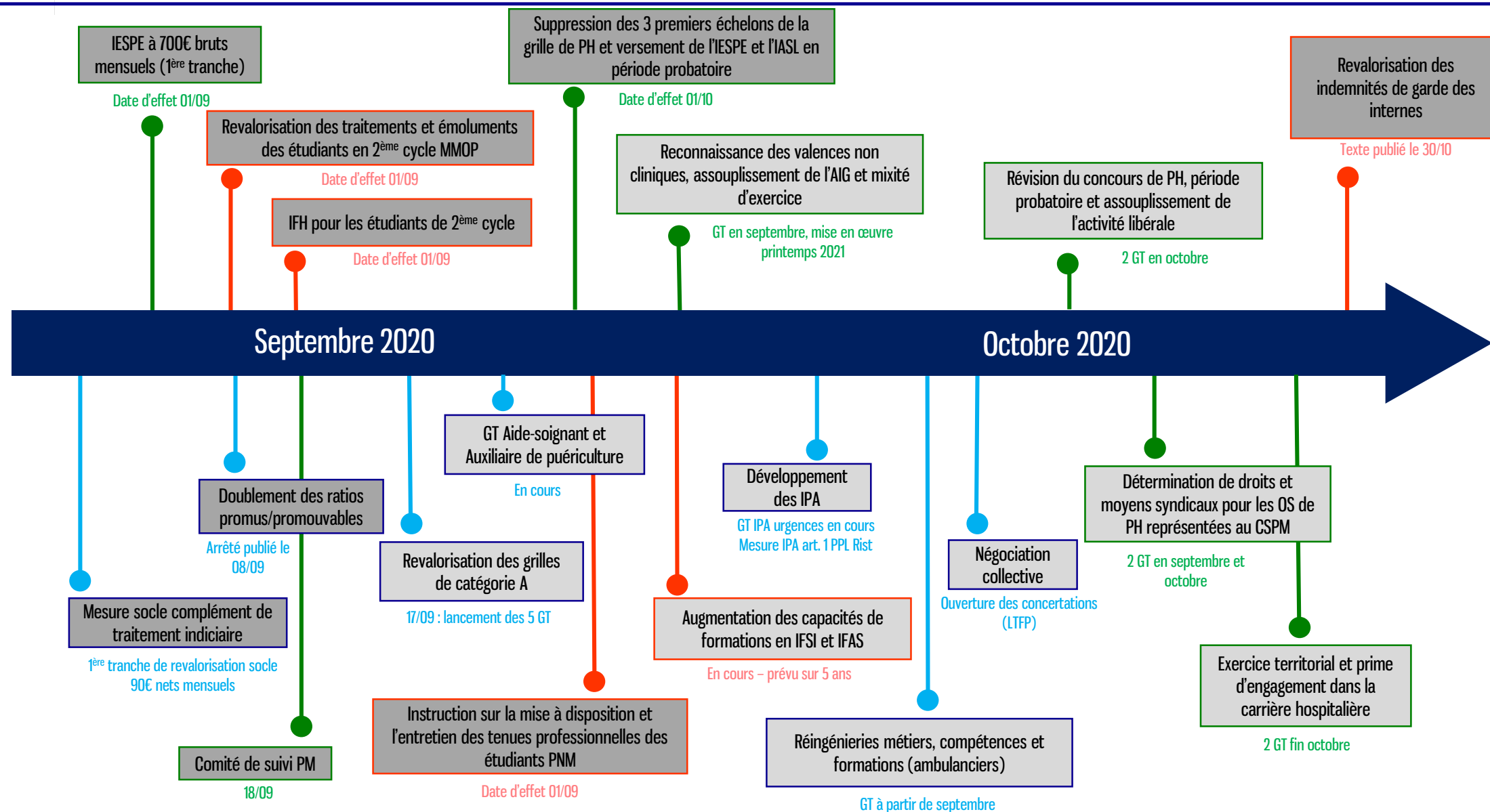
Pilier 1 : avancement des accords RH PNM et PM

Mesures	Calendrier	Etat d'avancement
• PNM : revalorisation socle Ségur	Septembre et décembre 2020	- Textes 1^{ère} tranche publiés le 19/09 - Textes 2^{ème} tranche publiés le 31/10 - Envoi de la 2^{ème} instruction budgétaire ESMS PA/PH pour financer les revalorisations socle aux EHPAD FPH (05/11)
• PNM : doublement des taux pro/pro	Septembre 2020	Arrêté publié le 08/09
• PNM : travaux sur les statuts / métiers et revalorisations ciblées	2020-2022	Groupes de travail engagés (cf. calendrier diapo spécifique)
• PNM : aménagement du temps de travail	2021	Démarche engagée (cf. calendrier diapo spécifique)
• PNM : augmentation des capacités et de formation et recrutement de 15.000 soignants	2020-2022	+1300 places IFSI dès la rentrée 2020 - Concertations en cours
• PNM : engagement collectif	Début 2021	Démarche engagée (cf. calendrier diapo spécifique)
• PM : revalorisation IESPE + IESPE et IASL en période probatoire pour l'ensemble des statuts médicaux	Septembre et décembre 2020	- Textes 1^{ère} revalorisation publiés le 22/09 - Textes 2^{ème} revalorisation publiés le 27/10
• PM : fusion des 3 premiers échelons de la grille de PH	Septembre 2020	Textes publiés le 29/09
• PM : création de 3 échelons en fin de grille de PH	Janvier 2021	- Passage en CSPM le 26/11 - Passage au CE en décembre 2020

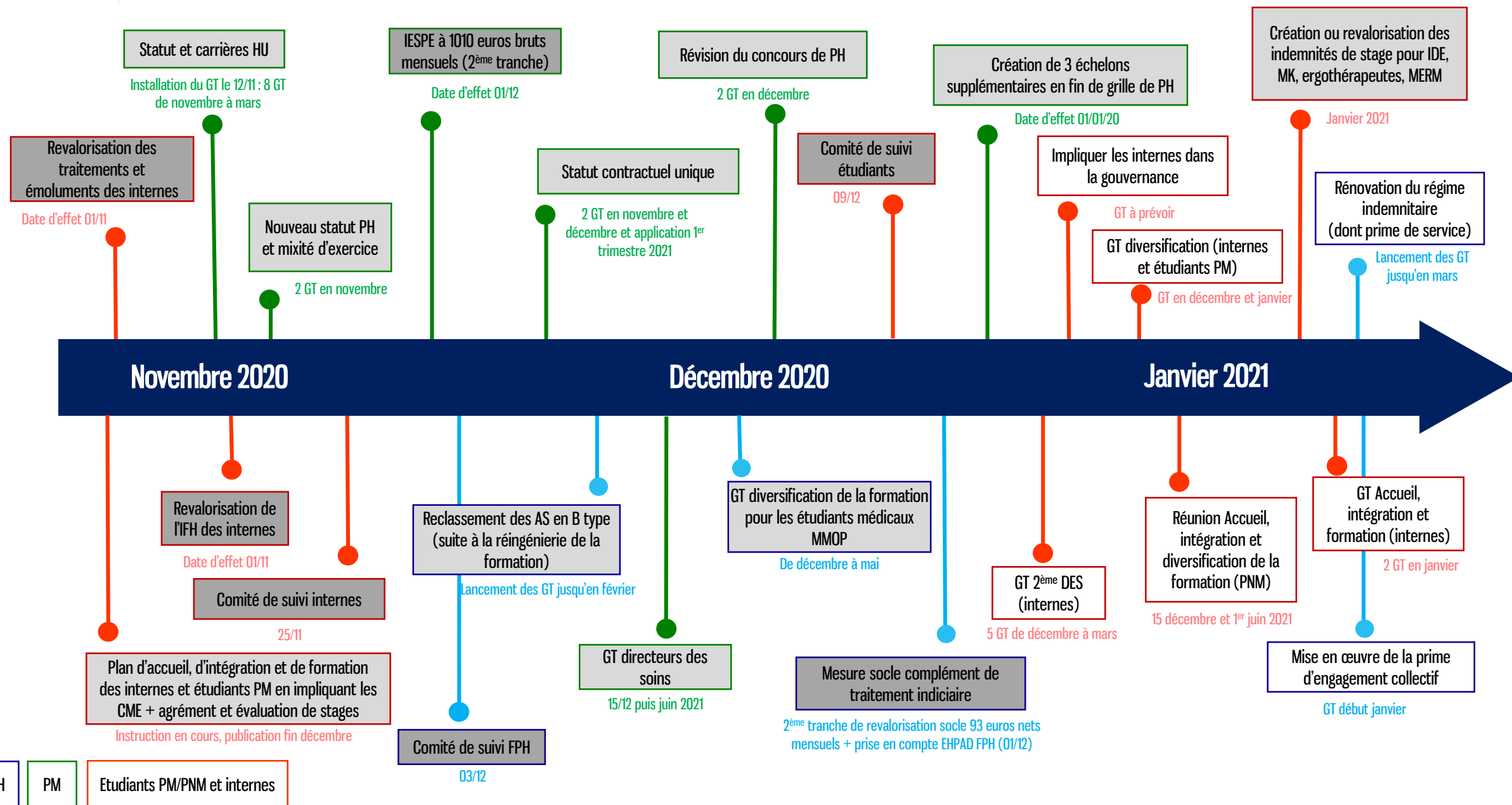
Pilier 1 : avancement des autres mesures

Mesures	Calendrier	Etat d'avancement
• Etudiants MMOP : revalorisation des traitements et émoluments	Septembre 2020	• Textes publiés le 22/09
• Internes : revalorisation des traitements et émoluments	Novembre 2020	• Textes publiés le 22/09
• Etudiants MMOP : création d'une IFH en stage ambulatoire en zone sous dense	Septembre 2020	• Texte publié le 10/10
• Internes : revalorisation des indemnités de garde	Novembre 2020	• Texte publié le 30/10
• Internes : revalorisation de l'IFH	Novembre 2020	• Texte publié le 29/10
• Etudiants paramédicaux : mise à disposition et entretien gratuit des tenues professionnelles des étudiants PNM	Septembre 2020	• Instruction publiée le 07/09
• Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical	2021	• Mesure en PPL Rist (article 10) adoptée à l'AN
• Accélérer le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA)	Automne 2020	• GT engagé et dispositions ajoutées à l'article 1 de la PPL Rist
• Lancer une réflexion sur la création d'une profession médicale intermédiaire	2021	• Mission CNOI / CNOM
• Favoriser l'exercice mixte des médecins entre ville et hôpital	Avant mars 2021	• GT engagé (cf. calendrier diapo spécifique)

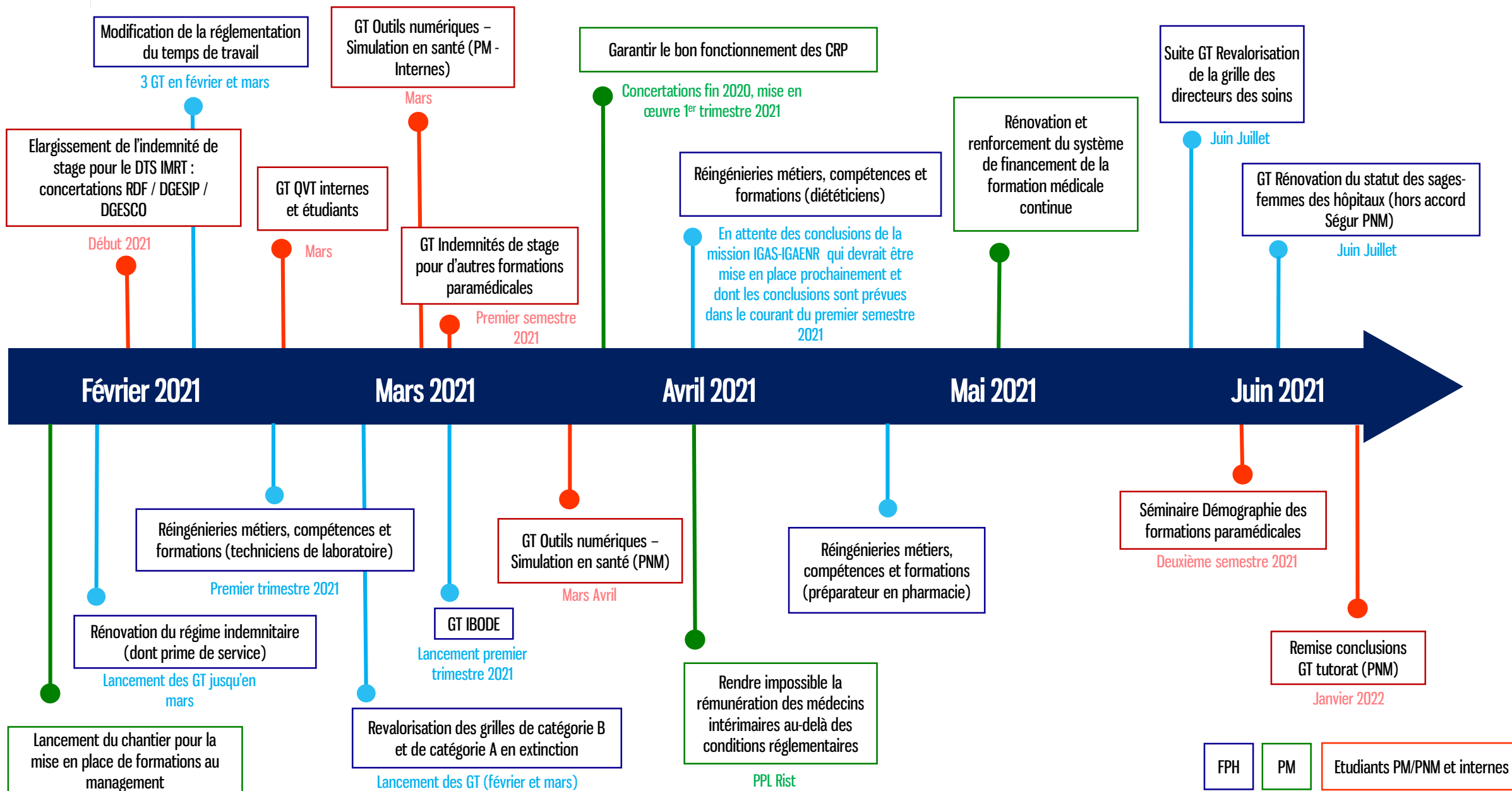
Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent



Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent



Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent



Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins

Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins

Mesure 9

Réaliser un plan d'investissement massif en santé (ville-hôpital-médico-social)

Mesure 10

Donner le pouvoir aux territoires en matière d'investissements en santé

Mesure 11

Accélérer la réduction de la part de T2A

Mesure 12

Financer l'ouverture et/ou la réouverture de 4 000 lits « à la demande »

Mesure 13

Rénover l'ONDAM pour l'adapter à une politique de santé de long-terme

Mesure 14

Accélérer la transition écologique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux

Mesure 15

Renforcer la qualité et la pertinence des soins

Mesure 16

Soutenir et dynamiser la recherche en santé

Mesure 17

Développer les hôtels hospitaliers

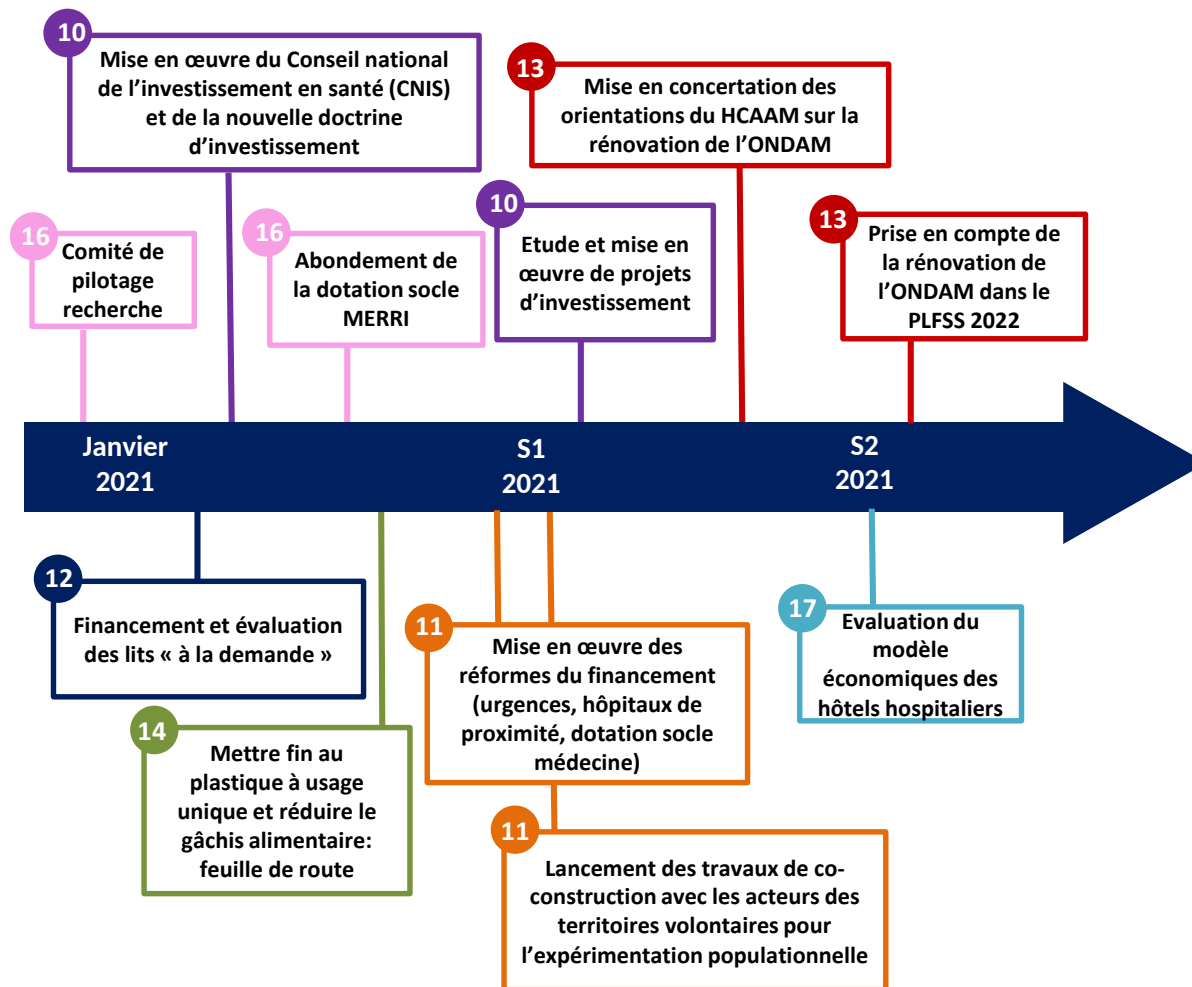
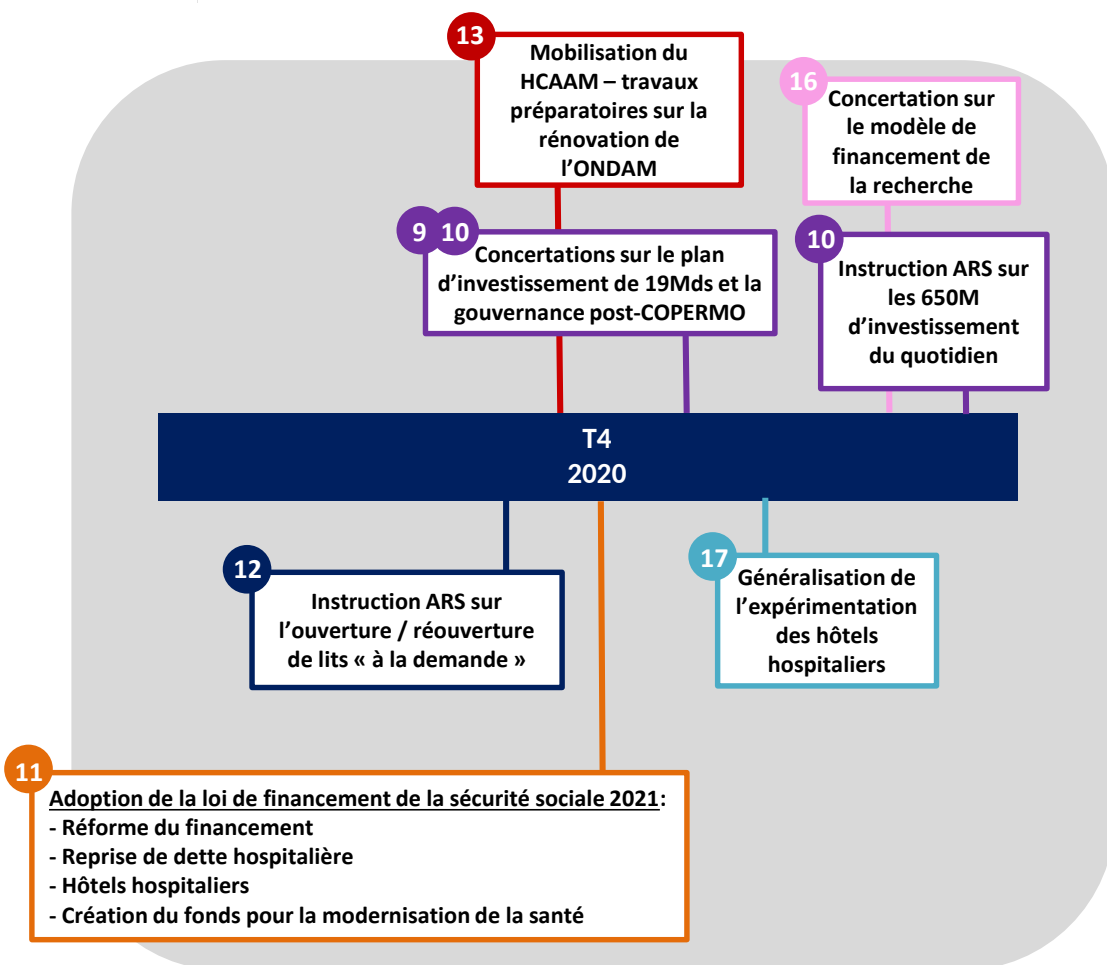
Pilier 2 : avancement des mesures

Mesures	Calendrier	Etat d'avancement
19 milliards d'investissements en santé	PLFSS 2021	- Mesures (reprise de dette + investissements) en PLFSS 2021 Concertation sur gouvernance et répartition des enveloppes mi-décembre Installation des nouvelles instances janvier-février 2021 - Notification des enveloppes aux ARS début 2021
Donner le pouvoir aux territoires en matière d'investissement en santé (CNIS)	PLFSS 2021	Choix de déconcentration très forte des enveloppes et de la gestion des investissements - Elaboration des nouvelles modalités de gestion des investissements en santé (déconcentration/association des élus) + répartition des crédits -> finalisation - Pilotes avec accompagnement amont de projets par un expert auprès de l'ARS Bretagne, de l'ARS Grand Est et en démarrage avec l'ARS Bourgogne-Franche-Comté et l'ARS Martinique - Mission IGAS-IGF à lancer sur montée en charge des compétences
Accélérer la réduction de la part de T2A	PLFSS 2021	- Préparation de la MEO opérationnelle de la réforme du financement des urgences en 2021 - Expérimentation sur le financement dotation populationnelle en médecine prévue dans le PLFSS 2021 (recensement des candidatures en janvier 2021). Préparation de la MOE 2021 après la garantie de financement 2021 Report de l'entrée en vigueur des réformes de financement SSR, PSY et TM MCO, mais publication des DCE (psy, urgences, hôpitaux de proximité : publication pour T1 2021 ; SSR publication T2 2021) - Hôpitaux de proximité : DCE financement publication pour T1 2021 - IFAQ : 2021 travail sur évolution du modèle + nouveaux indicateurs ; IFAQ allégé. 2022 augmentation de l'enveloppe - Soins critiques, maternité, HAD : préparation en 2021

Pilier 2 : avancement des mesures

Mesures	Calendrier	Etat d'avancement
Rénover l'ONDAM pour l'adapter à une politique de santé de long-terme	PLFSS 2022	- Saisie du HCAAM effectuée - Premières séances du HCAAM dédiées au sujet
Ouverture de 4.000 « lits à la demande »	Hiver 2020-2021	Délégation de 50 M€ pour la mise en place des 4000 lits à la demande - Instruction du 23 octobre diffusée aux ARS (BO du 15 novembre)
Développer les hôtels hospitaliers	2021	- Mesure en PLFSS 2021 - Cadrage en cours du dispositif et du modèle financier avec les acteurs - Projet de DCE et de cahier des charge en cours d'élaboration avec le GT
Soutenir et dynamiser la recherche en santé	2021	- Poursuite du COPIL recherche et innovation - Abondement de la MERRI de 50M€ en 2021
Expérimenter des projets pilotes pour mettre fin au plastique à usage unique et réduire le gâchis alimentaire	2021	- Travail avec la FHF et l'ADEME pour mettre en place en 2021 100 conseillers énergie partagés au sein des ARS., au bénéfice de projets d'optimisation des consommations d'énergie et de fluides dans les établissements de santé et médico-sociaux. - Formation et animation du réseau à mettre en place par l'ADEME

Pilier 2 : Calendrier indicatif des mesures



MESURE 9	MESURE 10	MESURE 11
MESURE 12	MESURE 13	MESURE 14
MESURE 15	MESURE 16	MESURE 17

Conseil national de l'investissement en santé et nouvelles modalités de gouvernance

Focus investissements hospitaliers : nouvelles orientations issues du Ségur

Changements majeurs du dispositif de pilotage et de gouvernance des investissements hospitaliers : la déconcentration des investissements et l'accompagnement en amont des projets

- Evolution vers un **dispositif résolument déconcentré et plus intégré**:
 - **Déconcentration des enveloppes auprès des ARS**
 - **Déconcentration des décisions d'investissement auprès des ARS** (seuls les projets > 100M€HT travaux relèveront d'un feu vert national);
 - **Les projets des établissements seront accompagnés très en amont** : appui dès les 1ers choix macroscopiques par des experts de haut niveau
 - **Démarche très intégrative** en commençant par les communautés médicales, DIM, établissements publics et privés du territoire, vision sanitaire et médico-sociale, allant jusqu'à l'intégration des élus et des préfets, dans une logique d'aménagement du territoire.

Gouvernance nationale : plus de transparence, plus de métier

- Mise en place du **conseil national de l'investissement en santé**, avec une vision stratégique sur l'ensemble des investissements en santé
 - Vision stratégique sur l'ensemble du portefeuille Ségur (sanitaire, médico-social, numérique)
 - Valider un nouveau référentiel d'appréciation des investissements sur la base des bonnes pratiques et sous forme d'outils d'aide à la prise de décision et de lignes directrices nationales (proposition du conseil scientifique)
 - Composition intégrant l'ensemble des acteurs (élus, parlementaires, fédérations, conférences, *etc.*)
- Mise en place d'un **conseil scientifique** : des experts des métiers de l'hôpital et du médico-social : médecins, soignants, ingénieurs, financiers, direction de projet...
 - Proposition d'un nouveau référentiel d'appréciation des projets
 - Réflexions prospectives sur la politique d'investissement en santé au regard de l'évolution des besoins et de l'attente des patients
- **Montée en charge des compétences investissement** : élément-clef pour réussir la déconcentration de la gestion des investissements (exemple de la MainH et des ARH)
 - Mission IGAS IGF pour faire un état des lieux et une proposition de montée en charge

Le conseil stratégique de l'investissement en santé

- Concertation : mi-décembre
- Circulaire d'application : janvier 2021
- Installation du conseil scientifique : janvier 2021
- Installation du CNIS : janvier- février 2021
- 1ères décisions de validation d'investissement : début 2021
- Rendu mission IGAS-IGF sur montée en charge des compétences : fin T1 2021

Réformes du financement

Une feuille de route des réformes de financement dont l'ambition a été renforcée à l'issue du Ségur

Conformément aux engagements OTSS et aux travaux du Ségur, **une refonte globale des modèles de financement a été engagée** afin d'accompagner les transformations attendues des organisations de soins et des prises en charge.

Des travaux ont été engagés sur la quasi-totalité des champs d'activité : SSR, Psychiatrie, Urgences, médecine, soins critiques, *etc.* et **reposent sur des principes communs** :

- Des **modèles de financement combinés** : financement à l'activité, financement à la qualité et financement populationnel.
- Des **mécanismes de garantie de recettes / transition** vers les nouveaux modèles pour sécuriser les établissements dans un contexte difficile
- Un **renforcement important du rôle de l'échelon régional et de la gouvernance territoriale** dans l'allocation des ressources

Une feuille de route des réformes de financement dont l'ambition a été renforcée à l'issue du Ségur

L'avancement des chantiers réformes de financements :

- **Dotation populationnelle en médecine** : mesure en LFSS 2021, MOE de l'option dès 2021 et travail sur le modèle populationnel en 2021
- **Urgences** : MOE dès 2021, avec FPU, créé par la LFSS 2021, en septembre.
- **Psychiatrie** : report de la MOE à 2022 mais DCE à publier au T1 2021
- **SSR** : report de la MOE à 2022 mais travail à publier au T1 2021 et DCE à publier au T2 2021
- **Hôpitaux de proximité** : DCE financement à publier au T1 2021 pour mise en œuvre 2021
- **IFAQ** : 2021 travail sur évolution du modèle + nouveaux indicateurs et application d'un modèle IFAQ « allégé » compte tenu du COVID. 2022 augmentation de l'enveloppe et déploiement de nouveaux indicateurs
- **Soins critiques, maternité, HAD** : préparation en 2021
- **Maternité** : préparation en 2021
- **HAD** : préparation en 2021, simulations en 2022 et MOE 2023

« 4.000 lits à la demande »

Une mesure déployée pour la saison hivernale 2020-2021

Mesure 11 du Ségur de la santé : faciliter l'ouverture ou la réouverture ponctuelle, en établissement de santé, de lits de médecine pour faire face à des pics d'activité saisonniers et à des besoins d'hospitalisation accrus en aval des urgences

Objet de l'accompagnement

- Donner la souplesse financière pour faciliter l'ouverture de ces unités temporaires par le versement des financements à la main des ARS, pouvant notamment couvrir une partie des coûts RH
- Critères d'attribution proposés : nombre de lits, spécialité, durée d'ouverture, période concernée

Soutien financier

- **50 M€ de FIR délégués dès fin 2020**
- Répartition entre les régions sur la base du poids de la population régionale, de la dotation en lits de médecine, du taux de recours aux urgences des enfants de – de 5 ans et des personnes âgées de plus de 65 ans
- Répartition entre les établissements à la main des ARS

Modalités de suivi

- Retour sur les modalités de ventilation de l'enveloppe entre les ES de la région, avec nombre prévisionnel de lits concernés en cours avec les ARS (calendrier fixé en fonction de la charge de travail des ARS)
- Evaluation *a posteriori* sur les ouvertures de lits réellement accompagnées au travers du dispositif et ajustement le cas échéant

Pilier 3 : Simplifier les organisations et le quotidien des équipes

Pilier 3 : Simplifier les organisations et le quotidien des équipes

Mesure 18

Réhabiliter le rôle et la place du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST

Mesure 19

Donner la capacité aux établissements et territoires d'adapter les règles du code de la santé publique

Mesure 20

Simplifier les procédures et libérer du temps pour les hospitaliers

Mesure 21

Adapter les principes de la commande publique aux besoins particuliers des établissements dans les territoires

Mesure 22

Mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital

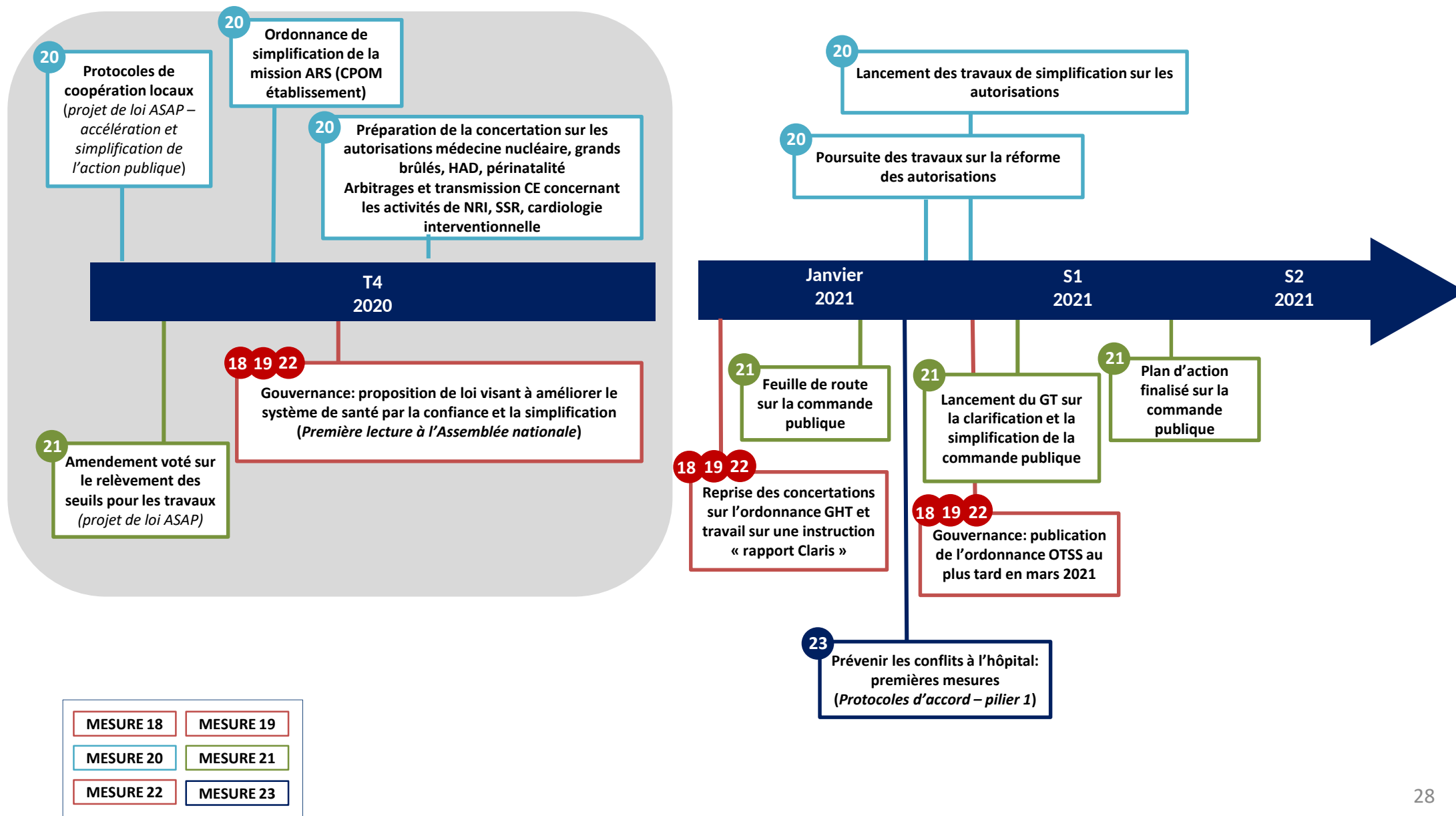
Mesure 23

Mieux prévenir les conflits à l'hôpital

Pilier 3 : avancement des mesures

Mesures	Calendrier	Etat d'avancement
Réhabiliter le rôle et la place du service	Début 2021	Mesure en PPL Rist (article 5)
Donner la capacité aux établissements d'adapter les règles de gouvernance	Début 2021	Mesures en PPL Rist (articles 6 et 8)
Réforme des autorisations	1 ^{er} semestre 2021	Fin de travaux pour autorisations médecine nucléaire, grands brûlés, cardiologie interventionnelle, soins critiques, HAD, périnatalité et médecine d'urgence (<i>chantiers impactés par la crise sanitaire</i>)
Simplifier les procédures et libérer du temps pour les professionnels	1 ^{er} semestre 2021	- Protocoles de coopération locaux dans la loi ASAP - Elargissement du périmètre des protocoles de coopération (PPL RIIST – article 1 bis) - Mesures de simplification de la recherche en cours (suites rapport Rossignol)
Adapter les principes de la commande publique		- Relèvement des seuils pour les travaux dans loi ASAP - Appel à candidatures sur GT (centrales d'achat, établissements, industriels,...) - Feuille de route détaillée : début déc.2020 - Plan d'actions finalisé : fin T2-2021
Mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital	2021	Mesure en PPL Rist sur la composition du directoire (article 9)

Pilier 3 : Calendrier indicatif des mesures



Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Chapitres et articles de la PPL *(adoptée à l'AN le 8/12/2020)*

I. l'exercice en pratique avancée et protocoles de coopération

- Article 1: rapport sur la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération
- Articles 1 bis et ter : précision de certaines modalités relatives aux protocoles de coopération

II. L'évolution des professions de sage-femme et de certains auxiliaires médicaux

- Article 2 : prescription des arrêts de travail
- Articles 2 bis / ter / quater / quinquies : évolution de la profession de sage-femme

III. Recrutement des praticiens hospitaliers et mesures diverses concernant l'emploi en établissement public de santé

- Article 3 : procédure de recrutement des praticiens hospitaliers
- Article 4 : création de poste de praticien hospitalier
- Articles 4 bis et ter : encadrement du bénévolat
- Article quater : contrôle du cumul d'activités

IV. Simplification de la gouvernance dans les EPS

- Article 5 : organisation interne (services)
- Article 5 bis : définition du projet médical
- Article 6 : fusion de la CME / CSIRMT
- *Article 7 : supprimé*
- Article 7 bis: définition du service d'accès aux soins
- Article 8 : droit d'option sur les modalités d'organisation interne
- Article 8 bis: représentation parlementaire dans les conseils de surveillance
- Article 9 : ouverture du directoire aux soignants, étudiants et représentants d'utilisateurs
- Article 9 bis: encadrement des conflits d'intérêt
- Article 10 : régulation de l'intérim médical avec délai de 6 mois
- Article 11 : projet de gouvernance et de management

V. Simplification des organismes mutualistes

- Article 12 : nature des organismes mutualistes et modalités de fusion
- Articles 13 : modalités de tenue des instances

VI. Simplification des démarches des PH

- Article 14 : plateforme officielle d'information, d'orientation et d'accompagnement des PH
- *Article 15 : supprimé*

Démarche de travail sur l'organisation des établissements de santé et des GHT

Une volonté politique de renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire et d'aller vers davantage d'intégration affirmée à partir de la loi OTSS de 2019

Principales dispositions introduites par la loi OTSS

- Il est institué une Commission Médicale de Groupement (CMG) qui contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical partagé du groupement.
- La CMG est composée de représentants des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Elle élit son président.
- Le PMCG est membre du Comité stratégique de groupement.
- Le directeur de l'établissement support est le président du comité stratégique du GHT. Le président de la CMG en est le vice-président.
- L'établissement support assure la gestion des RH médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement.
- Les CME contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement.
- Les mandats des présidents et des membres élus des commissions médicales d'établissement sont prorogés jusqu'à la date d'institution des commissions médicales de groupement.
- Les établissements parties d'un même GHT peuvent être autorisés par le DG ARS à mettre en commun leurs disponibilités, élaborer un PPI et un PGFP uniques et passer un CPOM unique.

Le Gouvernement a été habilité à décliner les conséquences des dispositions OTSS par voie d'ordonnance.

Périmètre principal de l'ordonnance

- Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des CME, PCME, CMG et PCMG ;
- Etendre les compétences des CME et CMG ;
- Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à un GHT et des directeurs d'établissements support de GHT ;
- Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs directoires et le comité stratégique du GHT, CME et CMG, CSIRMT et CSIRMT de groupement, CTE/CHSCT et médico-techniques de groupement.

L'échéance initiale de l'habilitation fixée en juillet 2020 a été repoussée au 25 mars 2021 dans le cadre de l'Etat d'Urgence Sanitaire.

Les mesures « Investir pour l'hôpital » ont abouti au lancement d'une mission sur la gouvernance des hôpitaux confiée au Pr. CLARIS. - 1/2- *Etablissement*

Revaloriser et réinvestir les services

- PPL** • Reconnaître la fonction de chef de service.
- PPL** • Faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel.
 - Prévoir une rémunération associée à la fonction de chef de service et de chef de service adjoint
 - Développer l'engagement collectif des équipes.

Clarifier et associer les professionnels aux décisions

- PPL** • Rendre obligatoires l'élaboration et l'adoption d'un projet de management et de gouvernance.
- Mettre en place dans chaque établissement une cellule de gestion de projet co pilotée par un directeur et un membre de la CME
- Structurer la procédure de sélection des responsables médicaux

Conforter le binôme directeur-PCME

- OTSS** • Rendre obligatoire des co-signatures par le directeur et le PCME (désignations ; contrats de pôle ; structure des services)
- Prévoir une rémunération associée à la fonction de PCME et d'animateur de commission.
- OTSS** • Donner aux PCME les compétences et les moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités

Redynamiser les instances de gouvernance

- OTSS** • Conforter le rôle de concertation médico-administrative du Directoire
- Revoir / médicaliser l'élaboration du projet médical
- Déterminer une procédure d'instruction par la CME du PPI, de l'EPRD, des nominations de PH, aux désignations des chefs de service et de pôle.

Les mesures « Investir pour l'hôpital » ont abouti au lancement d'une mission sur la gouvernance des hôpitaux confiée au Pr. CLARIS - 2/2 - GHT

Simplifier la gouvernance des GHT (37)

- Permettre une déclinaison locale des attributions de la CMG (dans son RI) au-delà des attributions socles.

Légitimer la CMG (39)

- OTSS • Nommer des membres de la CMG exclusivement issus des CME.
- OTSS • Définir la composition de la CMG dans la convention constitutive du GHT.
- OTSS • Tenir compte des effectifs médicaux des établissements parties.
- OTSS • Désigner les PCME, membres de droit de la CMG.
- OTSS • Désigner les directeurs des établissements support et parties, invités permanents de la CMG
- Représenter la sous-commission mixte au sein de la CMG.

Créer une dynamique médico-soignante (38)

- Faire évoluer les PMP vers des PMSP.
- OTSS • Créer une sous-commission mixte médicale/soignante/usagers au sein des CMG.

Créer une personne morale pour le GHT et fusionner les instances (40)

- Permettre la création d'un établissement de santé public territorial.
- OTSS • Faciliter la fusion des instances des établissements publics de santé sur le périmètre des directions communes dans le cadre d'un droit d'option.

Les recommandations de la mission confiée au Pr. CLARIS ont fait l'objet d'un consensus et ont été globalement intégrées aux conclusions du Ségur de la santé.

Mesure 18 : réhabiliter le service au sein de l'hôpital

- Donner plus de marges et de responsabilité aux services avec des délégations de gestion
- Rendre plus participatif la nomination du chef de service.

PPL

OTSS

Mesure 19 : donner la capacité de déroger au CSP

- Donner la possibilité aux établissements d'adapter leurs organisations internes et leur gouvernance à leur situation locale et à leurs projets.

OTSS

PPL

Mesure 22 : mieux associer les soignants et usagers

- Remédicaliser la gouvernance avec des codécisions directeur / PCME sur le domaine médical seront prises
- Redonner du sens et redéfinir les missions des CME (projet médical de l'établissement, périmètre sur lesquelles elles sont consultées, rôle dans la nomination des chefs de service et de pôle).
- Permettre l'expérimentation de modalités alternatives d'organisation de la gouvernance allant par exemple jusqu'au regroupement de la CME et de la commission des soins.
- Introduire un personnel paramédical au directoire.
- Renforcer la place des représentants des usagers en définissant leurs modalités d'association dans les ES.

OTSS

OTSS

OTSS

PPL

PPL

PPL

Prévu ou intégré à la PPL Rist

OTSS

Prévu ou intégré à l'ordonnance GHT OTSS

De nombreuses mesures du rapport CLARIS ou du Ségur de la santé sont intégrées soit dans le projet d'ordonnance soit dans la PPL Rist.

Dispositions de l'ordonnance préparée

- Création d'une CMG (composition, attributions, fonctionnement, pouvoir de proposition)
- Droit d'option pour la fusion des CME en une CMUG
- Droit d'option pour la fusion des CSIRMT
- Droit d'option pour les instances CSE
- Mission et moyens du PCMG
- Mise en cohérence des attributions PCME / PCMG
- Partage de compétences entre établissement support et établissement partie pour la mutualisation de la gestion des RH médicales
- Conformité projet médical / PMP
- Co-décision PCME / directeur pour les nominations et les contrats de pôle
- Co-décision PCMG / directeur ES support
- Droit d'option CPOM unique, PGFP unique, PPI unique

Dispositions intégrées à la PPL Rist

- (Ré-)inscription dans la loi des services, des chefs de service et de leur nomination
- Inscription dans la loi du cadre de santé
- Délégation de signature du chef de pôle au chef de service
- Droit d'option CME-CSIRMT
- Droit d'option « général » (pôles, services, instances)
- Présence d'un paramédical, d'un représentant des usagers et des étudiants au directoire

Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Mesure 24

Assurer le développement de la télésanté dans tous les territoires

Mesure 25

Améliorer l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonné

Mesure 26

Concrétiser le service d'accès aux soins (SAS)

Mesure 27

Lutter contre les inégalités de santé

Mesure 28

Mettre en place une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées

Mesure 29

Améliorer l'accès au soin des personnes en situation de handicap

Mesure 30

Faire des hôpitaux de proximité des laboratoires en matière de coopération territoriale et ouvrir le cadre de labellisation dès 2020

Mesure 31

Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population

Mesure 32

Renforcer les missions et l'indépendance des CRSA afin d'en faire de véritables parlements de santé

Mesure 33

Evolution des ARS : renforcer le niveau départemental et l'association des élus

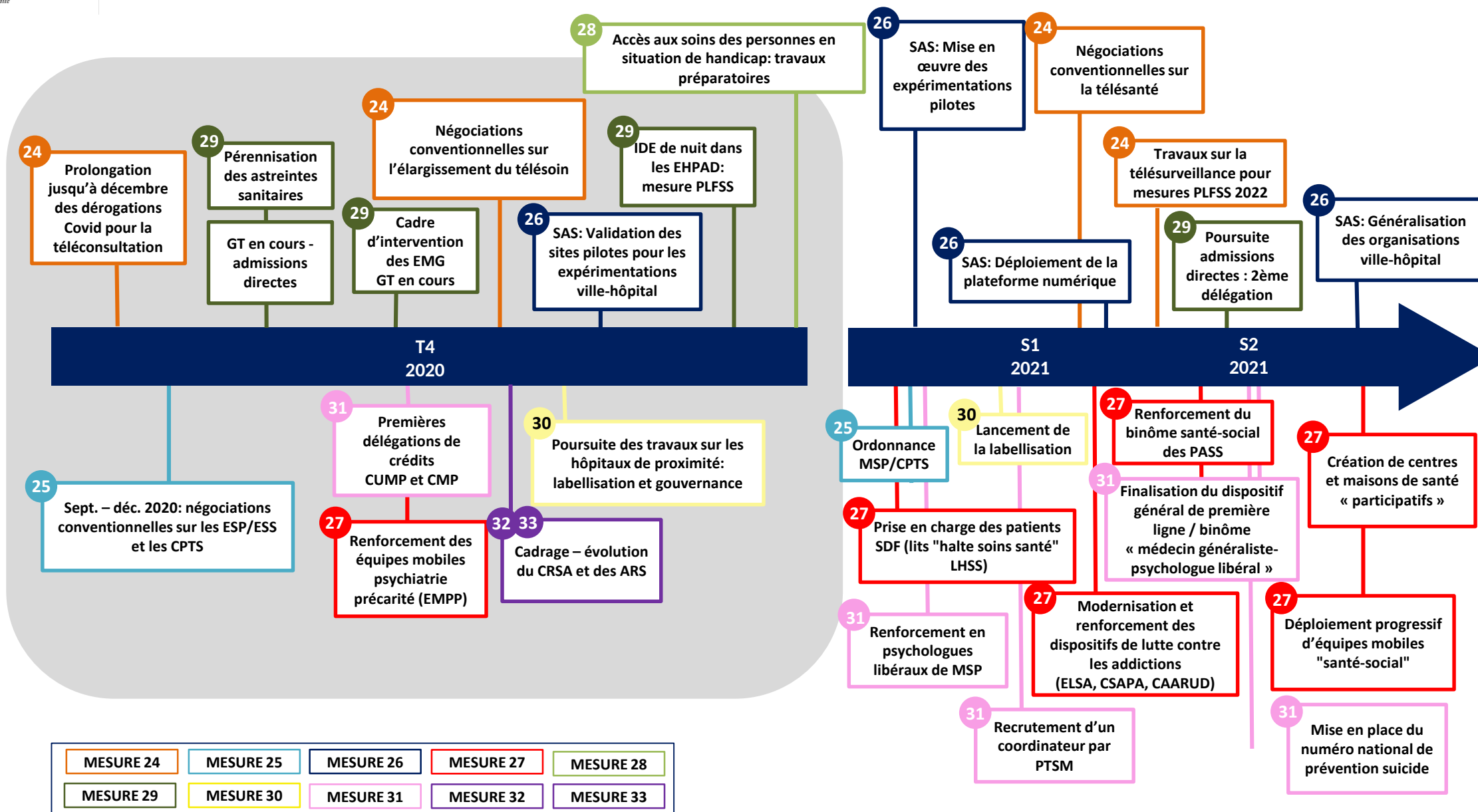
Pilier 4 : avancement des mesures

Mesures	Calendrier	Etat d'avancement
Assurer le développement de la télésanté	PLFSS 2021 et négociations conventionnelles	- Négociations conventionnelles sur les conditions de remboursement des téléconsultations et la prise en charge de la télémedecine pour lescsages-femmes et les chirurgiens dentistes, et la prise en charge du téléssoin pour les pharmaciens et les AM conventionnés - Travail sur le financement de droit commun de la télésurveillance (PLFSS 2022)
Améliorer l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonné	Fin 2020	- Négociations conventionnelles en cours concernant l'ACI CPTS et GT techniques pour les ESP et ESS 578 projets de CPTS (73 en fonctionnement) - Plus de 1500 MSP et environ 450 CdS
Concrétiser le SAS	Pilotes fin 2020 et mise en œuvre S1 2021	22 pilotes désignés (40 % de la population) - Lancement des développements de la plateforme digitale - PPL RIST (SAS en article 7bis)
Lutter contre les inégalités de santé	Fin 2020- 2021	Priorisation des mesures EMPP (en lien avec la mesure 31), LHSS dans le cadre des solutions pour les femmes sortant de maternité, et de lutte contre les inégalités (gouvernance + FIR) pour une mise en œuvre début 2021

Pilier 4 : avancement des mesures

Mesures	Calendrier	Etat d'avancement
Mettre en place une organisation intégrée pour les personnes âgées	2020-2021	- Astreintes personnes âgées/soins palliatifs territoriales confortées en novembre 2020 (recommandations capacitaires rebond) - Equipes mobiles de gériatrie : bouclage du cadre d'orientation de l'appui des EMG aux personnes âgées en EHPAD et domicile - Consultation des CPTS pour développer leur organisation des parcours pour les personnes âgées - Concertation en cours sur le projet de protocole national de coopération interprofessionnels de prise en charge à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap ayant des difficultés à se déplacer aux cabinets médicaux
Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap	2020-2021	- Travaux préparatoire à la mise en place d'un GT « Accessibilité universelle à la téléconsultation » - Retex Covid des organisations mise en place par les dispositifs de consultations dédiées pendant la période de confinement - Lancement / étude en cours des dossiers dans le cadre du Fonds d'innovation Organisationnel en psychiatrie (dossiers handicap psychique)
Faire des hôpitaux de proximité des laboratoires en matière coopération territoriale	2020-2021	- Textes relatifs à la labellisation stabilisés suite concertation pour saisine CE - Textes relatifs à la gouvernance en cours de concertation
Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population	S1 2021	- Renforcement des CUMP en C2 2020 (recrutement 160 psychologues) - Renforcement des CMP en C3 2020 dont 10 postes psycho-trauma et priorisation infanto-juvénile - Instruction aux ARS relative au renforcement en psychologues dans les MSP en février 2021 avec élaboration d'un cahier des charges

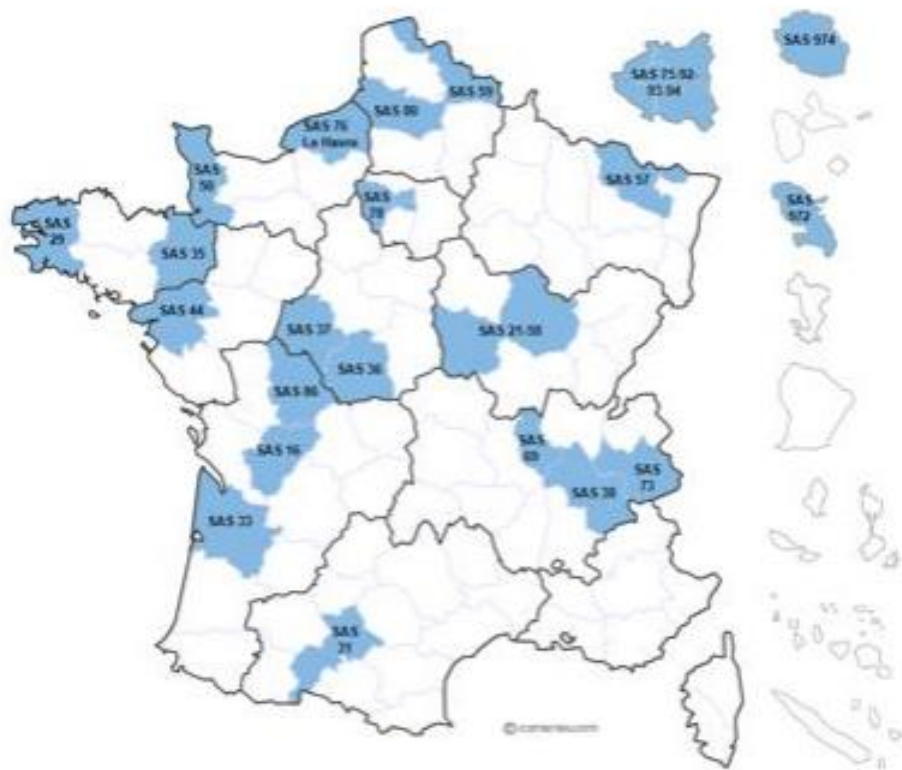
PIER 4 : Calendrier indicatif des mesures



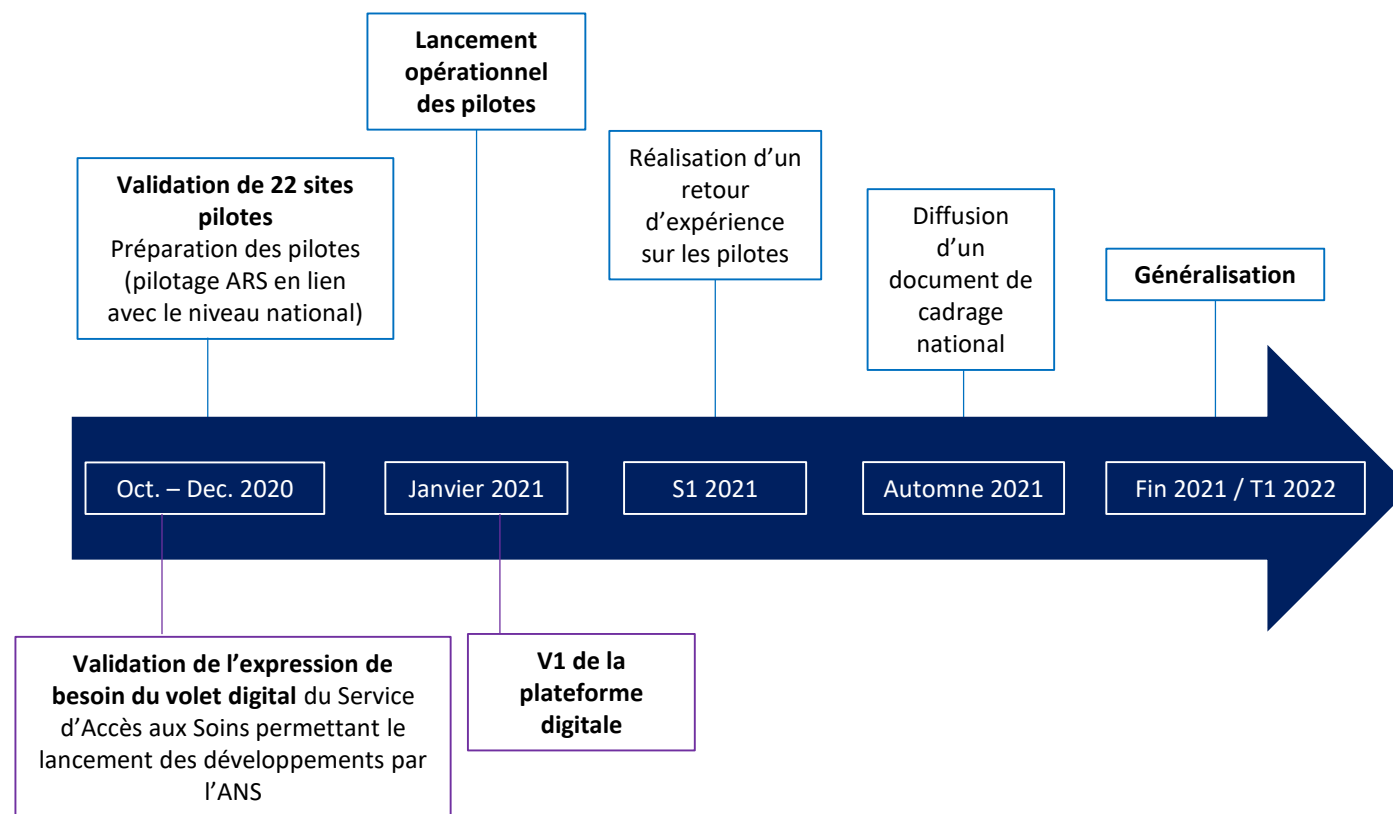
Service d'accès aux soins (SAS)

Déploiement de sites pilote et calendrier prévisionnel

Validation de 22 sites pilotes pour la mise en place d'une régulation commune et la préfiguration du SAS



Calendrier prévisionnel
Volet digital / Volet régulation commune



Télésanté

Les enjeux de la télésanté

Retour sur le développement du cadre légal et conventionnel

- Septembre 2018 / Février 2019 : **Entrée dans le droit commun du financement de la télémédecine** : téléconsultation et téléexpertise (avenants 6, 7 et 8 a la convention médicale); Janvier 2020 : accompagnement des patients à la téléconsultation remboursé (avenants n°6 a la convention infirmier et n°15 a la convention pharmacien).
- Juillet 2019: **Entrée du télésoin** dans la loi

L'accompagnement des acteurs

- Politique d'**équipement** massif (ex: EHPAD)
- **Publication de référentiels** : guide de bonnes pratiques (HAS), référentiel socles des plateformes de télémédecine (ANS); guide de facturation en établissement de santé (DGOS)

La période de l'épidémie covid-19

- **Accélération massive** : De 10 000 à 1 000 000 de téléconsultations par semaine au plus fort de la crise (aujourd'hui env. 500 000).
 - **Dérogations** :
 - Modification des conditions de prise en charge (part 100% AMO, autorisation ciblée du téléphone)
 - Autorisation d'activités de télémédecine au-delà du cadre légal (activités Sages-Femmes)
 - Déploiement du télésoin en avance de phase (pharmaciens, infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicure-podologues)
 - **Communication** : site internet du MSS / Référencement des solutions
-

Les avancées

Poursuite des dynamiques télé médecine et télésoin

- Prolongation jusqu'au 16 février 2021 des **dérogations COVID**

1) Télé médecine

- **Téléconsultation** : assouplissement des principes de prise en charge (connaissance préalable, parcours de soins coordonné) : avenant 8 à la convention médicale (expérimentations) en cours et nouvelles négociations en cours / prise en charge intégrale par l'AMO (LFSS votée)
- Négociations conventionnelles sages-femmes et chirurgiens-dentistes : en cours
- **Téléexpertise** : ouvrir la possibilité de solliciter une téléexpertise médicale par un professionnel de santé non médical DCE en cours de consultation
- **Télésurveillance** : prévoir les modalités de droit commun à échéance de l'expérimentation ETAPES (31/12/2021) – travaux en cours

2) Télésoin

- **Textes d'application de la loi sur le télésoin** (DCE et arrêtés) autorisant l'usage du télésoin dans le droit commun, et permettant à chaque profession concernée d'ouvrir les négociations conventionnelles pour le remboursement des actes. Consultations en cours
- Négociations conventionnelles : infirmier, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes en cours

3) Accompagner la télésanté

- Poursuite de la **feuille de route du numérique en santé** : intégration de la télé médecine au ROR, référencement des outils de la télésanté dans convergence pour intégration à l'ENS
- Poursuite de l'**information des professionnels et du grand public** / saisine SFSD/FSM/CMG sur les cas cliniques illustrant les cas d'usage
- Poursuite de l'**équipement et de l'accompagnement des acteurs** en ville, à l'hôpital et dans le champ médico-social

Exercice coordonné

Présentation de la mesure et calendrier indicatif

Le développement de l'exercice coordonné est un engagement déjà présent dans Ma Santé 2022, repris dans le cadre de la **mesure 25 du Ségur de la santé** : « Améliorer l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonné »

Objectif de la mesure: Faire de l'exercice coordonné la norme

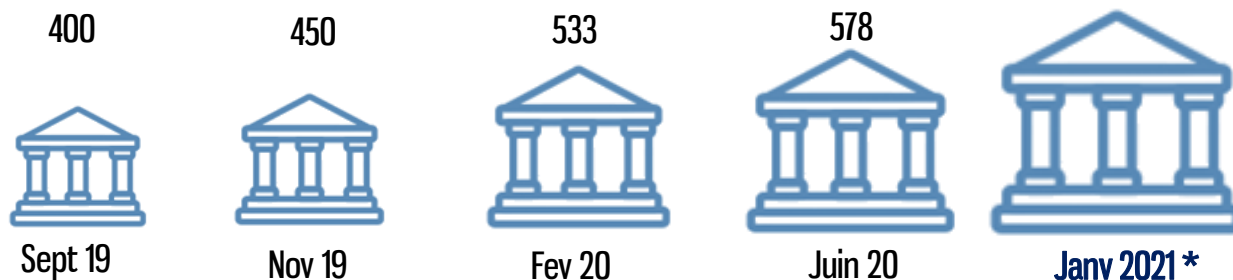
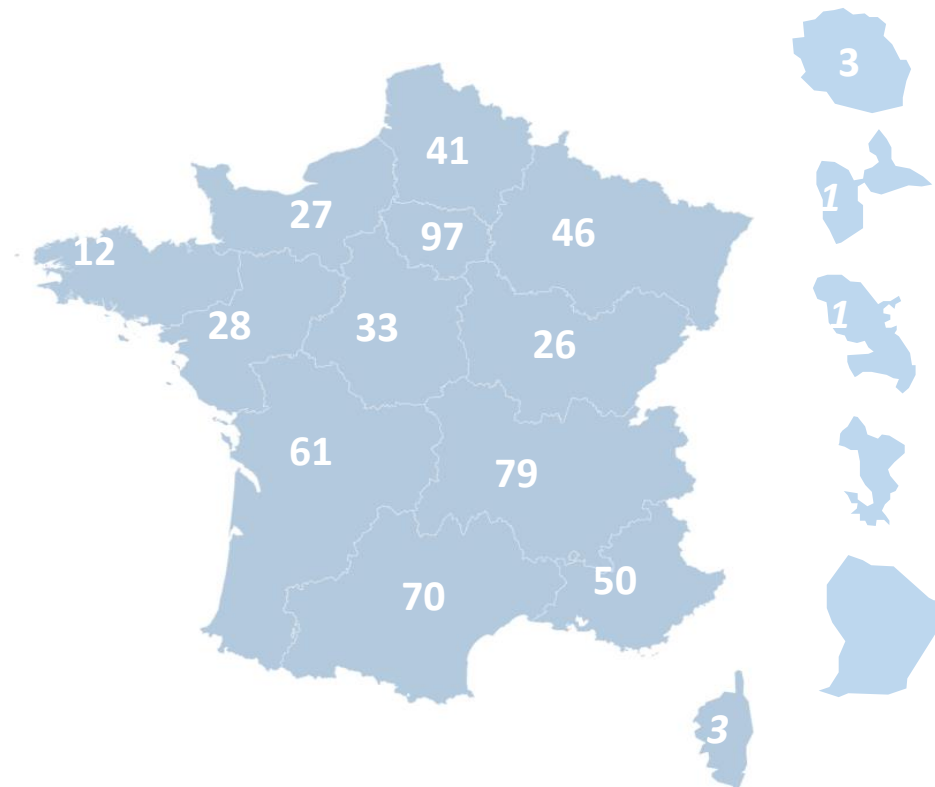
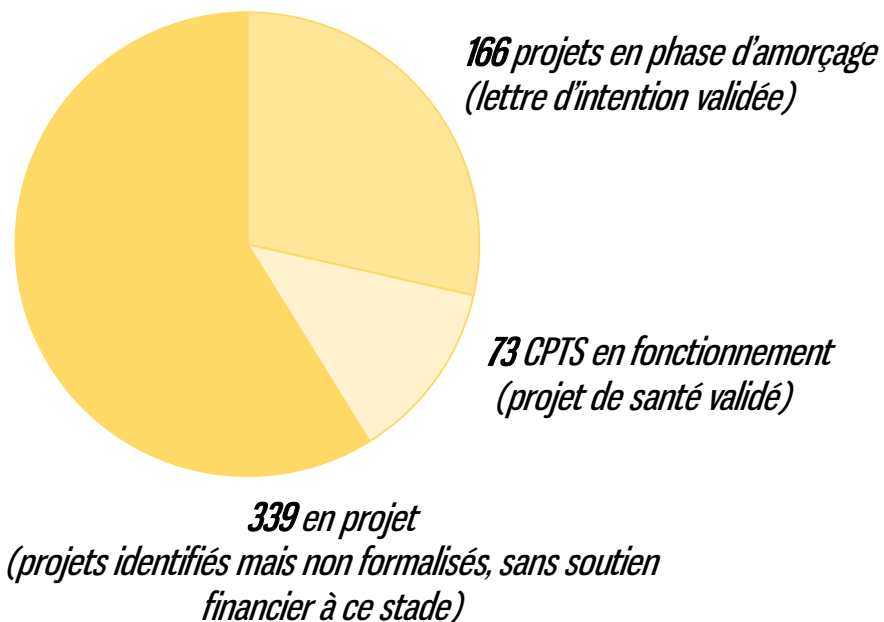
- Atteindre l'objectif fixé en 2017 de **doublage du nombre de maisons de santé et de centres de santé pluri-professionnels ainsi que le développement de 1000 CPTS d'ici 2022** (objectif atteint à 67% pour les MSP avec 1617 MSP en juillet 2020 et à 25 % pour les centres de santé avec 428 centres en 2020, 578 projets de CPTS en cours) ;
- Conforter les **équipes de soins (primaires et spécialisées)** en les dotant d'un cadre et de missions formalisés ;
- Mettre en place un mécanisme de **bonus financier pour soutenir les CPTS** créées en 2020/2021 et celles qui s'engagent dans des missions de régulation / coordination en matière de soins non programmés.
- Améliorer le statut juridique et fiscal des MSP et des CPTS : ordonnance en cours de finalisation

Calendrier

- 24/09/2020 – 16/12/2020 : négociations conventionnelles sur les ESP / ESS et les CPTS
- T1 2021 : ordonnance de simplification du statut juridique des MSP / CPTS

Déploiement des CPTS : une progression toujours dynamique

578 projet recensés en juin 2020



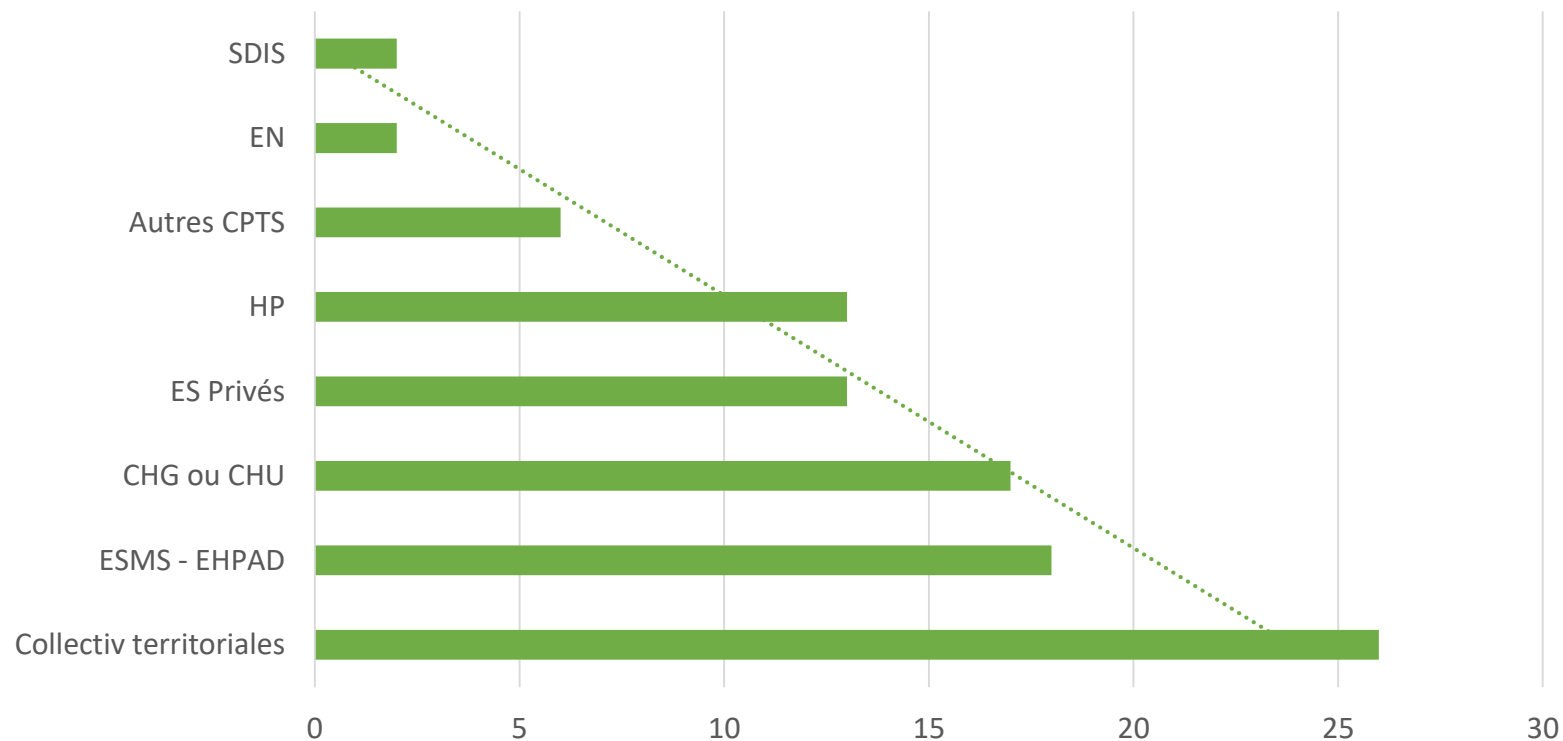
52 CPTS signataires ACI mi-décembre et 30 supplémentaires d'ici fin janvier 2021.

Population couverte par les CPTS en fonctionnement > 6 M hab.

* Recensement retardé du fait de la mobilisation des ARS dans la crise Covid

Retex Covid auprès des porteurs de CPTS

Des collaborations approfondies pendant la crise



Outre un gain de légitimité auprès des professionnels de santé, cette gestion de l'épidémie a permis aux CPTS de **créer ou d'approfondir de nombreuses coopérations en premier lieu avec les municipalités** qui leur ont apporté un soutien quasi constant, avec les établissements de santé publics ou privés, et avec les EHPAD.

Elle a également **stimulé les coopérations inter-CPTS** dans plusieurs régions.

Graphique: Approfondissement des collaborations par structure, réponse de 32 CPTS

Négociation conventionnelle CPTS - conclusions

Dispositif pour accélérer l'adhésion à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel

- Anticiper l'accompagnement financier de l'Assurance Maladie : versement d'une enveloppe dès la lettre d'intention validée pour le financement d'une première mission
- Bonus financier pour accélérer l'adhésion à l'ACI : pour toutes les CPTS signant l'ACI avant le 31/12/2021, y compris les CPTS ayant signé en 2019 et 2020
- Dispositif « accélérateur » : accompagner les porteurs de projets de CPTS au conventionnement à l'ACI par une méthode d'accélération de projets

Nouvelle mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves dans le contexte d'un état d'urgence sanitaire

- Enveloppe pour la mise en place du plan d'actions ambulatoire
- Enveloppe complémentaire déclenchée en cas de crise

Négociation
prévue le 16/12

Hôpitaux de proximité

Etat des concertations en cours

Etat d'avancement du chantier: labellisation par les missions

- Le corpus juridique proposé est stabilisé
 - Il fixe les principes d'une labellisation par les DGARS, sur la base d'éléments de cadrage nationaux et le **caractère volontaire** de la démarche pour les établissements
 - Un dossier de labellisation national, sera à **renseigner par les établissements** et instruit par les ARS.
- Publication souhaitée (ordonnance, décret, arrêté) : **janvier 2021**

Orientations stabilisées concernant la gouvernance

- Une gouvernance **souple et opérationnelle**, qui s'oriente sur la déclinaison suivante:
 - L'établissement est tenu de passer une convention avec les acteurs du territoire qui définit les modalités de coopération et de co-construction de projets communs. **C'est aux acteurs de proposer l'organisation la plus adaptée** (ex: émanation de la CME, CPTS, comité ad hoc)
 - Un droit à **l'expérimentation** est ouvert pour permettre aux acteurs d'aller plus loin dans l'intégration et le décroisement, notamment pour les territoires les plus matures en termes de coopération
- Publication souhaitée (ordonnance et décret): **janvier 2021**

Un modèle de financement adapté en cours de construction

- Il repose sur :
 - L'application d'une **garantie pluriannuelle de financement** (100% des recettes de l'activité de médecine sur 3 ans) à laquelle peut s'ajouter des recettes d'activité
 - L'allocation d'une **dotation de responsabilité territoriale** pour soutenir des missions élargies et partagées (consultations, prévention, appui au maintien à domicile...)
- Publication souhaitée (décret d'application de la LFSS 2020) : **T1 2021**
-

Une stratégie de déploiement qui doit s'adapter au contexte de l'année 2020

Impacts de la crise sanitaire

- Des **travaux bien engagés** sur le premier trimestre 2020 autour des trois chantiers de la réforme (labellisation par les missions, gouvernance, évolution du modèle de financement) mais qui ont été interrompus au printemps
- Une concertation qui a repris à l'été 2020, **forte des enseignements de la crise** et des orientations portées par le Ségur de la santé
- Un **retard pris** dans l'accompagnement des ARS, très mobilisées encore aujourd'hui par la gestion de crise

Ce qu'il est proposé pour répondre aux acteurs, très en attente de la réforme

- Stabiliser le corpus juridique, de la réforme, notamment sur le volet relatif à la labellisation pour mieux donner à voir « l'objet hôpital de proximité ». **Il offre le cadre permettant aux établissements de santé volontaires de s'engager dès le début de l'année 2021 dans la démarche.**
- Afin de privilégier une **labellisation « qualitative »**, laisser aux régions le soin de définir une stratégie et des calendriers adaptés au contexte
- Une **première application des modalités de financement** spécifiques dès 2021 pour les établissements labellisés
- Des modalités **d'accompagnement et de transition** (hôpitaux de proximité répondant aux conditions de 2016 par exemple) pour les établissements qui seraient amenés à intégrer le modèle ultérieurement

Inégalités de santé & Soutien psychiatrique et psychologique de la population

Frise chronologique des mesures 27 et 31

PSY

Une prise en charge plus rapide des personnes avec des troubles psychiques :

- un accès facilité aux psychologues (*recrutement de psychologues en Centres Médico-Psychologiques (CMP)*)
- un renforcement des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP)
- un repérage et une prise en charge plus rapides des personnes en souffrance, notamment à la rue et en centre d'hébergement, grâce au renforcement d'équipes mobiles (EMPP) et des cellules d'urgences médico-psychologiques

FEMMES SDF

1 solution pour chaque femme SDF sortant de maternité :

- 80 à 100 places créées pour accueillir celles et leurs bébés nécessitant des soins (LHSS)
- 1500 places d'hébergement créées [Acte 2 de la stratégie pauvreté]

Coût LHSS pédiatriques estimé: 4,2 millions €

INEGALITES DE SANTE

Lancement d'actions ciblées sur les territoires pour réduire les inégalités de santé (FIR)

Coût: 20 millions €

PATIENTS SANS DROITS

Meilleure prise en charge des patients sans droit au sein de 400 hôpitaux (PASS)

Coût: 10 millions €

PSY

Un accès facilité aux psychologues en Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP)

Coût: 12 millions € (Mesure 31)

PSY

Création d'un poste de coordinateur par Projet Territorial de Santé mentale

Coût: 6 millions € (Mesure 31)

Fin Décembre 2020

Janvier 2021

Février 2021

Avril 2021

INEGALITES DE SANTE

Prise en compte plus efficiente des inégalités de santé grâce à une information enrichie et la coordination de tous les acteurs (*Gouvernance*)

ADDICTO

Meilleur repérage et orientation des personnes avec des problématiques addictives au sein d'environ 350 structures hospitalières (ELSA)

Coût: 10 millions €

Frise chronologique des mesures 27 et 31

ADDICTO

Meilleure prise en charge des publics confrontés aux addictions grâce à des structures modernisées
(Dispositifs addicto: CSAPA, CAARUD)

Coût: 12,7 millions €

ALLER-VERS

Meilleure prise en charge des personnes à la rue et en structure d'hébergement grâce à des équipes mobiles dédiées offrant des soins infirmiers et une prise en charge médico-sociale courte ou longue (SSIAD Précarité, ACT à domicile, équipe mobile santé précarité)

Coût: 39,9 millions €

PSY

Mise en place d'un numéro national « suicide » dans certaines régions et **fin du déploiement du dispositif de recontact des suicidants** (VigilanS)

Coût: 7,5 millions €

Début de mise en œuvre à compter de juillet 2021

SDF

200 places créées pour prendre en charge les SDF nécessitant des soins et un accompagnement social, en vue d'une meilleure inclusion sociale à leur sortie (LHSS)

Coût: 8,4 millions € *

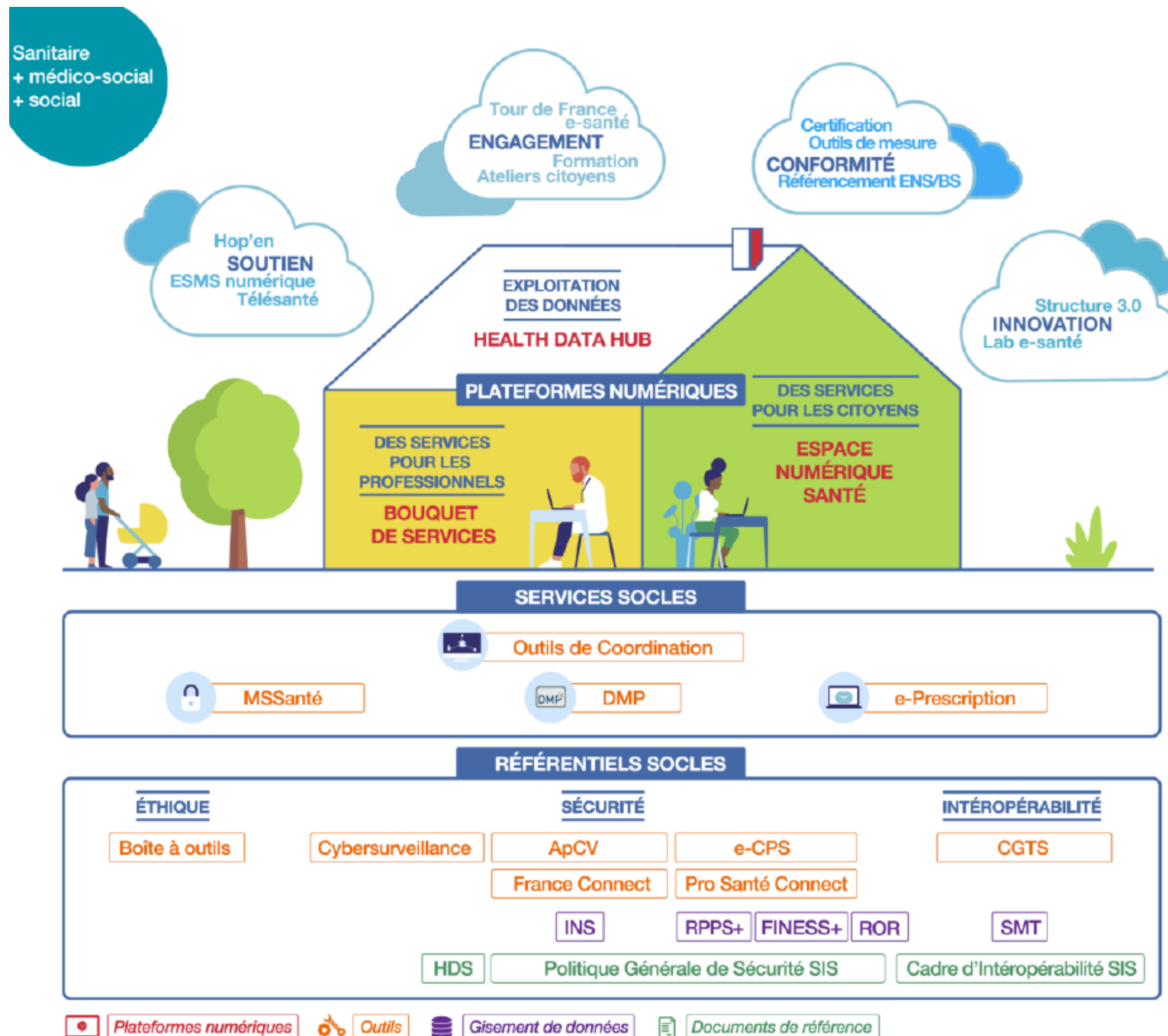
SANTE COMMUNAUTAIRE

Prise en charge globale (médico-psycho-sociale) des habitants des territoires défavorisés, adaptée à leurs besoins (médiation en santé, interprétariat, participation)
(60 centres et maisons de santé participatifs créés d'ici 2023)

Coût: 6-12 millions €

* 200 places supplémentaires à compter du 1^{er} juillet 2022

Pilier 5 : accélération de la feuille de route du numérique en santé, focus sur les échanges de données du parcours de soins



Pilier 5 : accélération de la feuille de route du numérique en santé, focus sur les échanges de données du parcours de soins

UN INVESTISSEMENT HISTORIQUE

pour **accélérer** la feuille de route du numérique en santé.

L'objectif : généraliser l'échange et le partage sécurisé de données de santé entre professionnels de santé et avec l'utilisateur

2 Md€

pour renforcer
le numérique
dans la santé

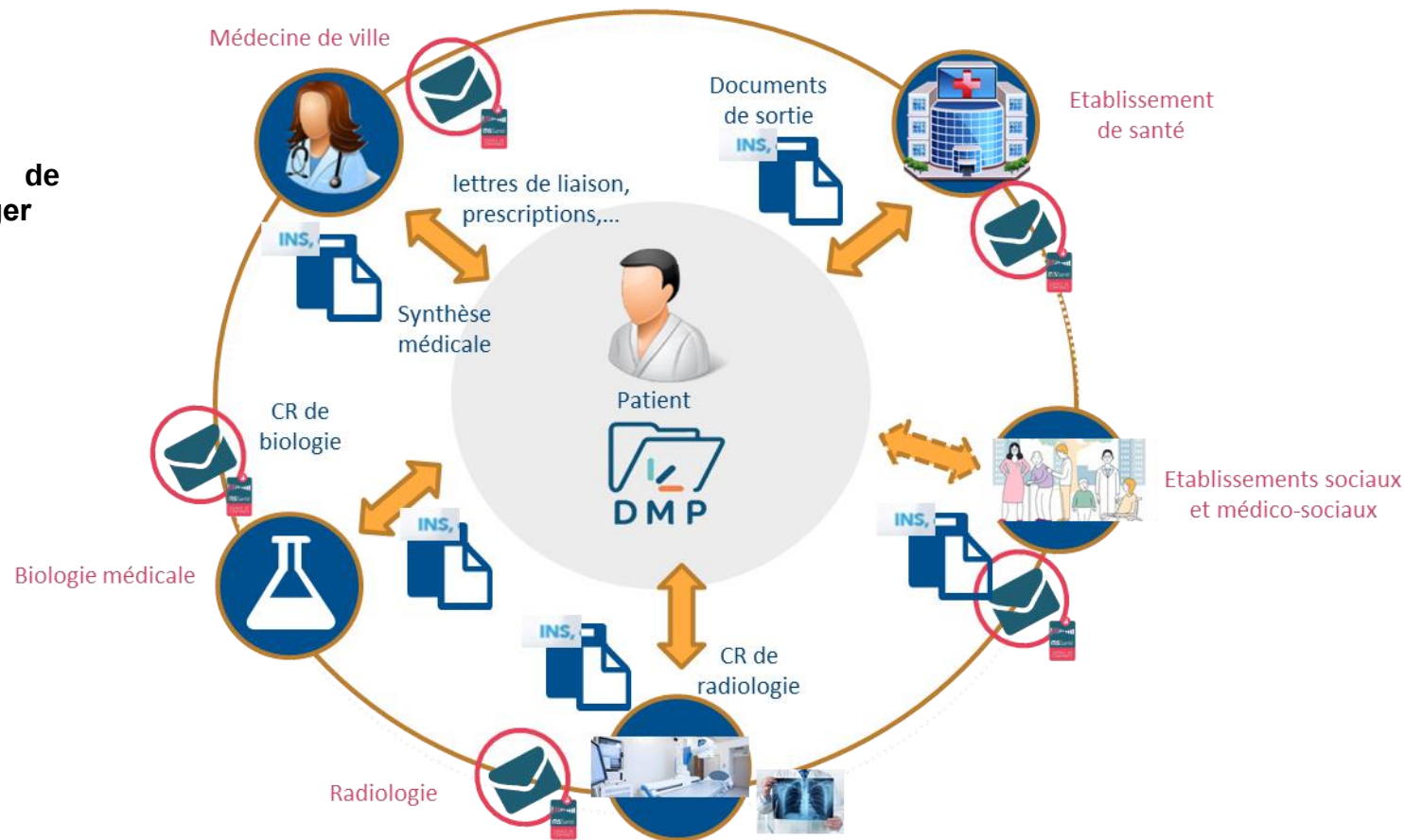
dont

1,4 Md€

pour le partage
fluide et sécurisé
des données de
santé clé
(sur 3 ans)

600 M€

dédiés au
secteur
médico-social
(sur 5 ans)



PILIER numérique : leviers d'action et phasage

**Mesures
incitatives**

et

**Mesures
coercitives**

Temps 1 Intégration des services socles numériques		Temps 2 Amorcer le partage vertueux des données	
Appui au secteur des éditeurs pour faciliter la mise à niveau des logiciels		Financement des établissements de santé et des professionnels de santé	
Opposabilité (Article 1110-4 du code de la santé publique)		IFAQ*	Forfait Structure
		Obligation de partage des données (Projet de loi Organisation et Transformation du Système de Santé + la loi Accélération et Simplification de l'Action Publique)	

IFAQ* : Incitation Financière à la Qualité

PILIER numérique : point d'avancement

- Sept 2020** - Concertation autour du **décret « opposabilité »** issu de l'article 1110-4 du code de la santé publique visant à rendre les référentiels socle obligatoires et à permettre le contrôle de conformité
- Oct 2020** - **Ouverture de G_NIUS**, Guichet National des Innovations et des Usages en e-Santé pour accompagner les industriels (1300 startups impliquées, 30 000 pages vues, 10 000 visiteurs)
- Oct 2020** - **Signature de la charte d'engagement du Ministère par 370 industriels**
- Nov 2020** - Appel à candidature pour la **co-construction du magasin d'applications et de la procédure de référencement de l'Espace Numérique de Santé**
- Déc 2020** - **Promulgation de la loi ASAP** permettant de définir par arrêté les données du parcours de soins qui font l'objet d'une obligation de partage avec le patient et le correspondant par DMP et Messagerie Sécurisée de Santé
- Déc 2020** - **Annonce du titulaire du marché de l'Espace Numérique de Santé**
- Déc 2020** - **Premières Assises citoyennes du numérique en santé** et structuration de la co-construction avec patients et les citoyens sur 2021 : pérennisation des Assises et lancement d'un Comité citoyen du numérique en santé
- Déc 2020** - **Renforcement des équipes de pilotage** de la DNS et de l'ANS
- Déc 2020** - **Lancement des 5 premières task-forces** en charge de définir avec les acteurs de terrain (professionnels et établissements, industriels...) les objectifs d'évolutions techniques et les indicateurs de suivi du déploiement du numérique : hôpital public, hôpital privé, radiologie, biologie, médico-social

PILIER numérique : calendrier indicatif

