Avis du 31 janvier 2019
sur le projet de loi

portant organisation et transformation du système de santé

Type de texte :

X Loi ☐ Ordonnance ☐ Décret en Conseil d'Etat ☐ Décret simple ☐ Arrêté

☐ Plans et programmes nationaux de santé ☐ Autre :

Intitulé : Projet de loi portant organisation et transformation du système de santé

Adopté le : 31.01.2019 **Lors d'une : X** Assemblée plénière ☐ Commission permanente

Procédure : X Normale ☐ Urgence ☐ Extrême urgence

Vote : ☐ Unanimité **X Nombre ou % de voix « pour » : 87 %**

Procédure de vote : **X En séance** ☐ Voie électronique ☐ En plusieurs fois ☐ Autre (ex : concertation CRSA) :

Type de saisine : X Obligatoire ☐ Non obligatoire ☐ Auto-saisine

Auteur de la saisine : Direction générale de l'offre de soins

Rapporteure : Mme Bernadette DEVICTOR

Présentation de la Conférence nationale de santé

Instituée en 1996, La CNS, instance consultative placée auprès du ministre chargé de la santé, **réunit l'ensemble des représentants[1] des acteurs du système de santé au plan national comme régional - y compris les Outre-mer** - (**120 membres titulaires et 118 suppléant.e.s) répartis en 8 collèges** : représentants des collectivités territoriales, représentants des usagers du système de santé ; représentants des conférences régionales de la santé et de l'autonomie ; des partenaires sociaux ; des acteurs de la cohésion et de la protection sociales ; des acteurs de la prévention ; des offreurs des services de santé ; des représentants des organismes de recherche, des industries des produits de santé et des personnalités qualifiées.

La CNS a pour missions (cf. article L. 1411-3 du Code de la santé publique) :

- de permettre la concertation sur les questions de santé. En particulier, la CNS est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la **stratégie nationale de santé**. Sur saisine ministérielle ou auto-saisine, elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique ;
- d'élaborer chaque année un **rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé**. Ce rapport est élaboré notamment sur la base des rapports des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- de contribuer à l'**organisation de débats publics**.

Les avis et rapports de la CNS sont rédigés par les membres rapporteurs eux-mêmes, adressés au ministre chargé de la santé et sont rendus publics.

Le secrétariat est assuré par la Direction générale de la santé.

[1] Dans cet avis, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Sommaire

Mode d'élaboration de l'avis 4

Analyse du texte soumis pour avis 5

1. Remarques de la CNS sur l'exposé des motifs 5
2. Remarques et propositions de la CNS sur le texte du projet de loi 5

Recommandations pour la poursuite des réformes engagées 12

Annexes 14

Annexe 1 – Courrier de saisine de la Directrice générale de l'offre de soins du 21.12.18 15

Annexe 2 - Liste des contributions des membres des organismes représentés à la CNS (hors CRSA) 16

Annexe 3 - Liste des contributions des CRSA (toutes représentées à la CNS) 16

MODE D'ELABORATION DE L'AVIS

La saisine de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), signée le 21.12.18, est parvenue à Mme DEVICTOR, Présidente de la CNS, le 10.01.19, jour de la réunion de la commission permanente (CP). Les membres présents ont donc examiné le texte en séance. Un projet d'avis a été rédigé, puis transmis aux membres de la CP par voie électronique, le 16.01., avec un appel à propositions de contributions et d'amendements jusqu'au 18.01.19 (si possible).

Compte tenu des dispositions présentes dans ce texte relatives notamment à l'organisation territoriale de l'offre en santé, le 14.01., Mme DEVICTOR a adressé aux Présidentes et Présidents de CRSA, toutes représentées à la CNS, un message leur demandant plus particulièrement leurs contributions sur ces dispositions. Certaines CRSA ont transmis une contribution adoptée, dans les temps contraints impartis, en réunion de leurs commissions permanentes ou des propositions d'amendements, comme d'autres organismes représentés. La liste figure en annexe.

Le 21.01., le secrétariat général de la CNS a reçu une saisine rectificative de la DGOS portant sur des mesures de simplification (article 18 du projet de loi) qui a été transmise aux membres de la CNS.

A partir des différentes contributions et propositions d'amendements reçues des membres de la CP et de CRSA, un projet d'avis a été adressé à l'ensemble des membres de la CNS le 23.01. avec retour d'amendements éventuels attendus pour le 29.01.

Une nouvelle version du projet d'avis a été adressée aux membres le 29.01.

Le 31.01., le quorum ayant été atteint, après présentation du projet de loi par la DGOS, le projet d'avis a été présenté, discuté et adopté à la majorité (87 % de voix « pour » des membres présents et/ou mandatés), les représentants de l'Union nationale des professions de santé (UNPS) ayant voté « contre » (9 voix « contre ») en raison notamment de l'analyse relative à l'article 7 développée dans cet avis.

L'amendement relatif à l'article 18 a été également discuté en séance, il a été adopté à la suite d'un vote spécifique à une très large majorité (1 voix contre, 7 abstentions).

ANALYSE DU TEXTE SOUMIS POUR AVIS

1. REMARQUES DE LA CNS SUR L'EXPOSE DES MOTIFS :

Tout d'abord, il se dégage un accord général sur les orientations du projet de loi élaboré pour permettre la mise en œuvre de la stratégie de transformation de notre système de santé, stratégie dont les orientations ont été approuvées. L'exposé des motifs met clairement en avant la nécessité de partir des besoins des usagers et des professionnels, de poursuivre la dynamique de décloisonnement entre tous les secteurs et à tous les niveaux, d'assouplir les contraintes et de favoriser l'émergence de dynamiques locales. C'est prioritairement à l'aune de ces objectifs que le projet de loi est analysé.

Ensuite, la CNS souligne l'importance que la loi relative à la transformation du système de santé contribue à la mobilisation de tous les acteurs de santé. Or certaines dispositions semblent exclusivement centrées sur l'hôpital public (modernisation des conditions de l'emploi médical hospitalier, réponse aux difficultés des zones sous équipées en personnels médicaux, ..), alors qu'elles pourraient inclure d'autres acteurs de statuts différents. La participation des collectivités locales dont l'implication, en particulier dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé, est croissante, tout comme leur engagement pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), devrait être clairement affirmée.

Enfin, l'exposé des motifs évoque la formation des professionnels de santé. Or le projet de loi évoque essentiellement la formation des médecins. La CNS souligne la nécessité d'une recherche d'homogénéité, de mise en cohérence des formations des différents professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) ainsi que sur le plan européen.

2. REMARQUES ET PROPOSITIONS DE LA CNS SUR LE PROJET DE LOI

En surligné vert, les modifications des articles du projet de loi proposées par la CNS ;
En surligné jaune, les ajouts aux articles prévus par le projet de loi proposés par la CNS.

A) TITRE I

Le titre I - chapitre I appelle les remarques suivantes :

- **Article 3** : la CNS approuve le principe de la certification et souhaite qu'elle s'applique à tous les médecins, y compris à ceux originaires de l'Union européenne, ce qui peut impliquer une évolution du droit européen, ainsi qu'aux praticiens à diplômes étrangers exerçant en Guyane au titre de l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-56 en date du 26 janvier 2005. La question est également posée pour les médecins de la protection maternelle et infantile (PMI), médecins scolaires et médecins du travail. Par ailleurs, les médecins ne devraient pas être la seule profession mentionnée.

  La CNS souhaite voir ajouter un paragraphe 3° qui pourrait être ainsi libellé :

  « Assurer à chaque professionnel une qualification de spécialiste délivrée par les instances habilitées de l'Ordre des médecins, conforme à l'exercice pratiqué régulièrement, et

attestant la reconnaissance des compétences et des connaissances mises en œuvre à ce titre, et propre à engager le professionnel dans l'accès au développement professionnel continu et à la procédure de certification mentionnée au 1°. »

En effet, il existe des médecins dans notre système de santé ayant perdu leur qualification initiale de médecine générale car ne l'exerçant plus de fait. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) ne leur reconnaît plus aucune qualification lorsqu'ils ne détiennent pas une qualification de spécialiste autre que celle en médecine générale, comme la pédiatrie ou la santé publique. Cela concerne notamment les médecins de la santé en faveur des élèves à l'Education nationale ou de PMI dans les collectivités locales. Pourtant, ils sont praticiens dans le domaine de la santé publique et de la médecine sociale avec un cadre et une formation statutaires. L'amendement vise à faire reconnaître leur exercice professionnel au titre d'une spécialité et à leur permettre de bénéficier alors du développement professionnel continu et du processus de certification périodique.

Le titre I - chapitre II :

- **Article 4** : la CNS considère que le zonage (identification des zones sous-denses caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mais aussi identification des zones sur-denses) devrait faire l'objet d'une révision plus fréquente, les situations dans les territoires pouvant évoluer très rapidement (décès ou départ d'un médecin...). Par ailleurs, à l'alinéa concernant le changement de lieu d'exercice, il serait préférable de préciser que ce lieu se situe nécessairement dans les zones sous-denses, caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

- **Articles 5 et 6** : la CNS attire l'attention sur le fait que les évolutions statutaires des médecins doivent être équilibrées, quel que soit le statut des établissements contribuant au service public dans lesquels ils exercent.

Le titre I - chapitre III :

Dans le contexte de la Stratégie nationale de santé, qui vise à la priorisation de la prévention dans notre système de santé, la CNS tient à attirer l'attention sur les médecins salariés et propose que soit ajouté dans l'article 6 un paragraphe relatif à ceux-ci.

L'article 6 pourrait être ainsi rédigé en ajoutant le paragraphe b) spécifique à ces médecins :

« I. - Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances :

a) toute mesure relevant du domaine de la loi visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des personnels mentionnés au titre V du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique et à la section 3 du chapitre II du titre V du livre IX de la quatrième partie du code de l'éducation et de ceux des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles pour :

1° Faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ;

2° Adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ils rencontrent le plus de difficultés à recruter et pour faciliter l'exercice partagé à l'hôpital de professionnels libéraux.

b) Toute mesure relevant du domaine de la loi visant à créer un cadre statutaire comparable à celui mentionné au a) du présent article, concernant les médecins praticiens non hospitaliers exerçant notamment des missions du domaine de la santé publique et de la promotion de la santé, des soins préventifs et/ou curatifs, de missions d'inspection ou de contrôle, de la médecine sociale et de la protection sociale, de santé universitaire en faveur des étudiants.

Exposé des motifs :
La proposition vise à créer un cadre statutaire commun aux médecins praticiens salariés non hospitaliers comparable au statut rénové de praticien hospitalier en termes de rémunération et de complémentarité statutaire liée au contexte d'exercice (titulaire et contractuel). La création de ce cadre permettrait de rendre attractives les carrières médicales au sein des services de la santé publique, de prévention ou de soins tels que les services des Agences régionales de santé (ARS), des PMI, de santé en faveur des élèves, des centres de santé, de santé au travail de sécurité sociale, de santé universitaire en faveur des étudiants,… Ce statut favoriserait la mobilité entre les métiers de médecins salariés hospitaliers et non hospitaliers et les passerelles entre certains métiers de médecins salariés non hospitaliers. Il faciliterait des exercices « mixtes » par exemple entre l'exercice hospitalier et celui en centres de santé ou en centres de PMI, services de médecine scolaire ou de santé au travail (selon les cas et la détention de qualifications dans les spécialités concernées).

B) TITRE II

Le titre « Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires » est exclusivement orienté « soins », alors que plusieurs dispositions prévoient une approche intersectorielle (santé, social, médicosocial). La CNS suggère donc de modifier le titre en remplaçant les termes : « offre de soins » par : « offre en santé ».

Ce titre II appelle les remarques suivantes :

Le titre II - Chapitre I - Article 7 : la rédaction de cet article peut paraître ambiguë, car il y est largement question de « territoires » et de projets territoriaux sans qu'il soit dit clairement de quels types de territoires il s'agit. Dans l'exposé des motifs, il est rappelé un objectif de simplification, il n'est pas sûr que cette rédaction y contribue. Ce que comprend la CNS, c'est que plusieurs projets territoriaux peuvent émerger à partir des initiatives des professionnels à plusieurs niveaux de territoires ;

- la rédaction de **l'article L. 1434-10** laisse entendre que le diagnostic territorial résulte des projets des professionnels : « [1] II.- Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12. »

  Si les pouvoirs publics veulent réellement que la nouvelle organisation en santé se fonde sur les besoins des usagers, dans une approche populationnelle, alors il serait préférable de formuler différemment cet article sinon le risque est d'aboutir à une juxtaposition de projets de professionnels, sans garantie de la prise en compte de l'ensemble des besoins des populations. D'où la modification proposée ci-dessous pour l'article L. 1434-10 qui conduit à considérer que les projets des professionnels tiennent compte du diagnostic territorial :

« II.- Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation et constitue le lieu de validation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article … Le diagnostic territorial conduit à l'émergence de projets territoriaux de santé à différents niveaux et est utile à leur mise en cohérence. Il s'agit des projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ~~sur~~ des projets médicaux partagés définis à l'article L. 6132-1 et des contrats locaux de santé ainsi que des projets médicaux des établissements de santé privés et des projets des établissements et services médicosociaux. »

  En effet, dans le 2° il est indiqué que « le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'élaboration de projets territoriaux de santé » à l'initiative des différents acteurs. Puis au paragraphe suivant, il est indiqué que : « le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des CPTS », etc. Il importe de clarifier s'il y a un projet territorial de santé dans lequel s'inscrivent les projets des acteurs, ce qui exige de préciser qui le définit et à quel niveau géographique, ou bien s'il n'y a pas de « méta » projet territorial et la rédaction de l'article doit, dès lors, être revue pour ne parler que des projets territoriaux des acteurs, sans doute à des niveaux géographiques variables dont les niveaux de proximité.

  La CNS soutient l'émergence de projets territoriaux de santé en proximité à l'initiative des différents acteurs, projets qui doivent fournir un cadre décloisonné pour la coordination des actions des professionnels. La CNS souligne également la nécessité de l'organisation de la démocratie en santé à ce niveau de proximité dans la perspective d'assurer une animation-organisation locale, au plus près des lieux d'activité et de vie des professionnels et des habitants. En effet, le projet de loi est silencieux sur les modalités de gouvernance de ces projets territoriaux. Or il existe déjà des modes de gouvernance locale partagés (CLS, CLSM, CLIC[2], …) auxquels s'ajoutent les gouvernances des Plateformes territoriales d'appui

[2] Contrat local de santé ; Conseil local de santé mentale ; Centre local d'information et de coordination gérontologique

(PTA) et des diverses structures de coordination. Il est également silencieux sur le maintien de l'articulation entre les différents projets territoriaux, ce qui sera pourtant une condition essentielle de réussite.

- Le 2° indique que les associations agréées et les collectivités territoriales participent « au projet territorial », la CNS propose d'ajouter : « ainsi que les acteurs de la promotion de la santé et ceux de la prévention », afin de tenir compte également de ces acteurs qui ont tendance à être oubliés dans les tours de table.
- Paragraphe suivant : la CNS souhaite remplacer « Le » par « Chaque », la phrase commençant par : « Chaque projet territorial de santé… » ;
- Paragraphe suivant : la CNS souhaite ajouter entre les termes : « accès aux soins » et « et de la coordination », les termes : « y compris aux soins non programmés…. ».
- Paragraphe suivant, la CNS souhaite remplacer « Le projet territorial de santé est approuvé » par « Les projets territoriaux de santé sont approuvés », avant les termes : « la compatibilité avec le projet régional de santé » ajouter : « la cohérence avec le diagnostic territorial et avec les autres projets territoriaux de santé », après avis du conseil territorial de santé. »
- Paragraphe suivant, la CNS souhaite remplacer « Le projet territorial de santé est publié » par « Les projets territoriaux de santé sont publiés ».
- Paragraphe concernant le service de santé des armées : il est suggéré de remplacer « un projet territorial de santé » par « des projets territoriaux de santé ».

Le titre II - Chapitre III article 10, à propos de la commission médicale de groupement, la CNS souhaite voir ajoutés après : « Elle élit son président. », « Un représentant des usagers en est membre de droit. » Cet ajout est justifié par le fait d'associer le plus largement possible les usagers aux démarches de qualité des établissements.

C) TITRE III

Le titre III - Chapitre II – article 11 : la CNS prend acte de la transformation de l'Institut national des données de santé en « plateforme des données de santé » et souhaite que les modalités de gouvernance de cette plateforme soient rapidement définies.

Le titre II - Chapitre II – article 12 : la CNS considère que les mineurs de 16 ans, possesseurs d'une carte vitale, peuvent, avec l'accord parental, être titulaires d'un espace numérique de santé. L'aisance des jeunes dans le domaine du numérique sera un atout pour la diffusion de celui-ci.

La CNS s'interroge sur l'accès à l'espace numérique en santé et au dossier médical partagé des publics ne disposant pas de numéro de sécurité sociale (ex : bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat).

Les professionnels soulignent la nécessaire compatibilité à garantir entre leurs outils logiciels existants et ceux qui seront mis à disposition des usagers dans l'espace numérique en santé.

D) TITRE IV

Le titre IV - Chapitre II - article 18 : cet article prévoit, notamment, de rendre obligatoire l'établissement prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour les établissements sociaux et médico-sociaux (ESSMS) du 9° du I de l'article L. 321-1 du code de l'action sociale et de la famille (CASF), ainsi qu'une rénovation de la procédure de transformation d'établissements et services relevant du L. 321-1 du CASF.

La CNS rappelle qu'il existe déjà dans les textes la possibilité pour les établissements sous convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) multi-activités de passer à l'EPRD. Rendre cette mesure obligatoire pour l'ensemble des ESSMS du 9° du I de l'article L. 321-1 du CASF signataires d'un CPOM risque de complexifier et d'alourdir sensiblement les procédures financières pour ces établissements, dont certains sont gérés par des associations de petite taille. Sa généralisation alourdirait également la charge de travail des ARS, comme le soulignait M. Olivier VERAN lors des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2019 (l'amendement concerné a été rejeté par les parlementaires).

La CNS souhaite que l'inscription dans l'EPRD pour les ESSMS du 9° du I de l'article L. 321-1 du CASF signataires d'un CPOM conserve un caractère facultatif et se fasse sur la base du volontariat, comme cela est déjà prévu dans les textes.

Si malgré toutes les réserves exprimées, cette disposition était conservée dans le projet de loi, cela nécessiterait de discuter des modalités de son application avec les structures concernées et de prévoir un délai minimal de 3 ans pour permettre aux gestionnaires de ces établissements d'impulser les changements nécessaires et aux ARS d'étendre la spécialisation tarifaire aux services en charge de la gestion de ces ESSMS.

Le titre IV - Chapitre II - article 19 – II : Après les mentions relatives aux communautés professionnelles territoriales de santé, aux équipes de soins primaires et centres et maisons de santé, ajouter les termes : « , des équipes des services de la protection maternelle et infantile mentionnées à l'article L. 2112-1 du code de la santé publique et des équipes des services de santé scolaire mentionnées à l'article L. 541-1 du code de l'éducation**,** et des équipes de médecine préventive et promotion de la santé mentionnées aux articles L. 831-1 et D. 714-20 à 27 du code de l'éducation », après « articles L. 1434-12, L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique » et avant « en adaptant leurs objets ».

Exposé des motifs :
Les Communautés professionnelles territoriales de santé ont vocation, selon l'instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)[3], à « rassembler selon la nature des projets des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurséquipes de soins primaires, de professionnels de santé assurantdes soins de premier

[3] http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41637

ou de deuxième recours,... ». L'instruction nomme en particulier explicitement les professionnels de PMI dans le cadre des professionnels de premier recours, mais pas les professionnels de santé en faveur de la santé des élèves. Pour que les CPTS soient le plus inclusives possibles, notamment dans le cadre des actions de prévention qu'elles impulsent, il est indispensable de préciser la participation en leur sein desprofessionnels de PMI et des professionnels de santé en faveur des élèves, ce qui leur permettra d'y contribuer lorsque les projets de la CPTS croisent leurs missions.

- ajouter à la fin du 1° : « notamment dans l'optique de permettre à une pluralité d'acteurs de statuts différents d'y participer ».

Exposé des motifs :
Les CPTS doivent constituer des espaces de réflexion et de construction de projets et de dynamiques collectives en réponse à des priorités identifiées lors d'un diagnostic partagé. Si leurs promoteurs sont les acteurs de soins primaires, ils doivent représenter toutes les valences professionnelles et la gouvernance doit être partagée, au risque sinon de ne pas répondre aux besoins de cohérence de posture, de décloisonnement et de coordination indispensables à la construction des parcours de santé.

Au vu des expériences en cours, le fonctionnement en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ou des statuts associatifs rédigés de telle façon qu'ils n'autorisent que les personnes physiques à en être membre et le choix d'aborder le financement via les négociations conventionnelles laisseraient à penser que seuls les professionnels libéraux peuvent participer à ces CPTS. Cela exclut nombre d'acteurs : les centres de santé, l'ensemble des ESMS et autres associations dont les publics sont concernés au premier chef par les missions des CPTS (actions de prévention, accès à un médecin traitant, soins non programmés, maintien à domicile, etc.).

Les dérogations prévues expérimentées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 doivent pourtant permettre cette ouverture à tous les acteurs.

E) DEMANDE DE REINTRODUCTION DE LA DISPOSITION RELATIVE A LA CONVERGENCE DES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION

La CNS demande de voir réintroduite la disposition visant la convergence des dispositifs d'appui à la coordination (réseaux de santé, MAIA[4], CLIC, CTA de l'expérimentation PAERPA[5], PTA,….), disposition qui était présente dans le document de présentation du projet de loi support de la concertation préalable autour de celui-ci.

Ces dispositifs interviennent en territoires en appui aux professionnels et aux usagers, à l'interface entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Leur gouvernance (conseil d'administration ou table tactique) constitue elle-même un espace collectif regroupant des

[4] Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.
[5] coordination territoriale d'appui, parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

représentants des différentes valences d'acteurs locaux (au minimum soins primaires, libéraux de second recours, établissements de soins, établissements médico-sociaux, services de l'autonomie des départements, services d'aides, associations d'usagers). Leurs équipes assurent, à l'échelle individuelle, un soutien à la coordination des parcours en cas de situation complexe, et à l'échelle territoriale, une animation des coopérations entre acteurs. Après leur apparition et empilement successifs en 20 ans au gré des politiques publiques, la convergence fonctionnelle de leurs équipes est devenue une nécessité, et leur positionnement au service des CPTS une logique. Leur gouvernance partagée s'identifie ainsi à celles des CPTS.

La recherche de l'efficience dans l'organisation territoriale de l'offre en santé doit conduire toutes les structures de coordination, quels que soient leurs financeurs, à définir ensemble les champs de compétence et d'intervention des unes et des autres, les modalités de passage de relais de l'une à l'autre dans un souci de meilleur service rendu aux usagers et aux professionnels. Cette simplification pour les utilisateurs ne doit pas se traduire par une diminution des moyens ou perte de missions assurées jusqu'à lors par l'un de ces dispositifs.

Recommandations pour la poursuite des réformes engagées

Concernant la mise en œuvre de ce texte et plus largement de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) :

- Pour des raisons de calendrier de la réforme, le projet de texte prévoit de nombreux recours aux ordonnances ; ceci est justifié par le ministère de la santé au nom du besoin de poursuivre la concertation autour des dispositions prévues. La CNS souligne que dans le contexte actuel de demande fortement exprimée d'une meilleure prise en compte de la réalité des territoires dans les politiques mises en œuvre, la non inscription des acteurs régionaux (CRSA, collectivités territoriales, en particulier) dans la boucle de la concertation préalable autour du projet de loi est regrettable. Aussi est-il fortement demandé que la concertation sur les projets d'ordonnances ne se fasse pas seulement avec les têtes de réseau, mais également en région et avec les territoires. Les instances de démocratie en santé (CRSA et CTS[6]) - dont les collectivités territoriales sont membres - devraient prendre toute leur part dans ces concertations, en particulier sur les dispositions relatives aux hôpitaux de proximité ; les syndicats des personnels hospitaliers non représentés au sein des CTS ne doivent pas être oubliés dans la concertation ;

- La CNS souligne à nouveau le fait que la mise en œuvre de la STSS va nécessiter la mobilisation des acteurs quel que soit leur statut. L'association de toutes les parties prenantes aux négociations préalables à l'élaboration des ordonnances est une nécessité. La CNS recommande à la DGOS de préciser très rapidement ce que seront les règles de la concertation sur les ordonnances, tant au niveau régional que national ;

[6] Conseil territorial de santé

- Si l'objectif fixé à l'horizon 2022 rencontre l'assentiment des acteurs, il est souligné le besoin d'un accompagnement financier pour éviter d'ici là l'effondrement du système de santé ;
- La mise en œuvre de la réforme doit se faire en faisant confiance aux acteurs dans le cadre d'une régulation bien comprise, garante de la poursuite des objectifs fixés collectivement. Il y a lieu de mettre à leur disposition les outils juridiques et budgétaires suffisamment souples pour permettre l'adaptabilité des modes de fonctionnement aux réalités du terrain ;
- Enfin, il est indispensable de rendre visible à chaque étape, la mise en cohérence des différentes réformes engagées. Une dimension essentielle de cette mise en cohérence réside dans la coordination des financements ;
- Pour terminer, il est essentiel que dans l'esprit des rédacteurs de la loi et des ordonnances qui seront préparées ultérieurement, les volets spécifiques à la Corse et aux DOM-TOM inscrits dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et le Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 soient toujours en mémoire et pris en considération.

Annexes

Annexe 1 – Courrier de saisine de la Directrice générale de l'offre de soins du 21.12.18

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DESOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

La Directrice générale
Tél. 01 40 56 44 64
dgos-dir@sante.gouv.fr

PEGASE : D-18-032338

Paris, le 21 DEC. 2018

La Directrice générale de l'offre de soins

A

Madame Bernadette Devictor
Présidente de la Conférence nationale de santé
Ministère des solidarités et de la santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

Objet : Avis sur le futur projet de loi relatif à la transformation du système de santé

Pj : Texte du projet de loi

Madame,

Le Président de la République a annoncé, par son discours du 18 septembre 2018, le lancement de la mise en œuvre de la stratégie de transformation du système de santé. Celle-ci donne lieu à un projet de loi que je joins à ce courrier et qui sera présenté au Parlement en début d'année 2019.

Le projet de loi fait l'objet de consultations auprès des différents organismes concernés et nous sollicitons l'avis de la Conférence nationale de santé sur ce texte.

Je vous remercie par avance de bien vouloir nous transmettre votre avis sous un mois à compter de la réception de ce courrier.

Je vous prie, Madame, d'agréer l'expression de ma parfaite considération.

La Directrice Générale de l'Offre de Soins

Cécile COURREGES

Annexe 2 - Liste des contributions des membres des organismes représentés à la CNS (hors CRSA)

- APF France Handicap
- CFDT
- FEDERATION ADDICTION
- FEHAP
- FHP
- UCSMF
- UNIOPSS
- UNR.Santé

Annexe 3 - Liste des contributions des CRSA (toutes représentées à la CNS)

- Avis CRSA Bretagne
- Contribution CRSA Corse
- Avis CRSA Nouvelle-Aquitaine
- Contribution CRSA Auvergne-Rhône-Alpes
- CRSA Guyane
- CRSA Ile-de-France
- CRSA La Réunion