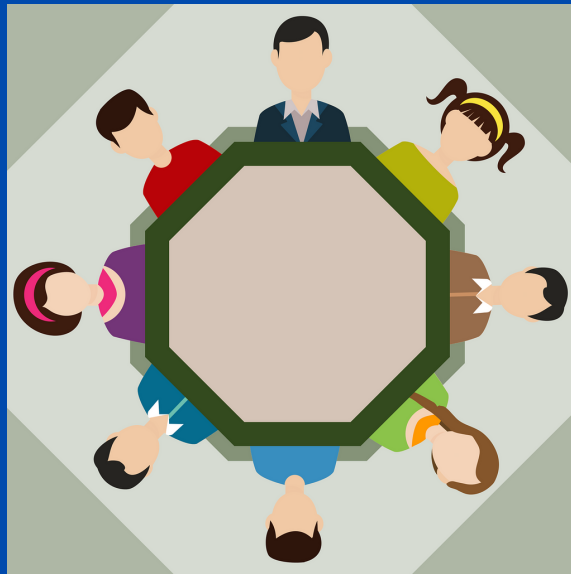


PROPOSITIONS AVEC SANTE

Fonctionnement des équipes
de soins primaires

Missions

Territoires



JUIN 2020

PROPOSITIONS

SÉCUR DE LA SANTÉ

Table des matières

Introduction.....	2
Fiches-propositions.....	4
Fiche 0 : Clarifier la terminologie et les missions des acteurs.....	4
Fiche 1 : Vers l'Equipe traitante.....	6
Fiche 2 : Pluripro et évolution des métiers.....	11
Fiche 3 : Rôle et place du coordinateur	14
Fiche 4 : Parcours de soins et de santé.....	15
Fiche 5 : La télésanté.....	19
Fiche 6 : Contractualisation élargie pour les équipes	22
Fiche 7 : La CPTS.....	25
Fiche 8 : Sujets de gouvernance territoriale	28
Fiche 9 : Le lien Ville-Hôpital.....	30
Fiche 10 : La recherche en soins primaires	33

Introduction

La crise que nous traversons a montré les limites de notre système de santé, pressenties bien avant l'arrivée du COVID 19. Il nous faut le faire évoluer pour qu'il réponde mieux aux enjeux de santé publique et aux besoins des habitants, en métropole comme en Outre-Mer.

Nous ne pouvons plus réfléchir à améliorer l'offre en santé « chacun de son côté » en pensant naïvement que nous réussirons seuls à sauver l'ensemble. Cette réflexion doit être globale et accélérer le plan « Ma Santé 2022.

Investir, c'est donner des moyens durables au système de santé mais c'est aussi « penser un modèle moderne, gradué entre la ville et l'hôpital selon toutes les étapes de la vie, adapté aux défis en santé d'aujourd'hui et de demain ».

L'hôpital n'est pas la solution à tous les problèmes de même que les professionnels de ville ne sont pas la solution à tous les problèmes.

Il ne peut y avoir un plan pour l'hôpital et un plan pour la ville ; il faut au contraire réfléchir ensemble la refonte du système de santé, afin de proposer aux usagers des accompagnements accessibles, adaptées, coordonnées, intégrés.

Le Ségur de la santé doit être l'occasion d'une réflexion sereine, profonde, constructive et partagée, entre tous les acteurs qui apporteront leur pierre à l'édifice dans le système de santé de demain. C'est pourquoi la fédération AVECsanité (Avenir des Equipes Coordonnées) formule un ensemble de propositions visant à clarifier les rôles de chacun, dans des logiques ascendantes, plus ouvertes et plus démocratiques.

AVECsanité est ainsi porteuse de plusieurs propositions-phares, avec 3 axes forts :

- **Mieux définir les missions** de tous les acteurs de santé, en ville comme à l'hôpital, dans des logiques de respect, de graduation, de complémentarité, de synergie et de subsidiarité (*fiche 0 : Clarifier la terminologie et les missions des acteurs*).
- **Faire de l'exercice en équipe pluri-professionnelle en Maison de Santé et en Centre de Santé, la norme d'exercice pour les professionnels de santé de soins primaires.** En parallèle, il faut inciter et accompagner ces équipes pluriprofessionnelles à se constituer de façon progressive mais rapide en de véritables équipes traitantes, dans une logique de démarche d'amélioration continue de la coordination du parcours de santé. Ainsi, par cette structuration indispensable en équipe pluriprofessionnelle de soins primaires, l'utilisateur trouvera un interlocuteur organisé et identifié selon propre choix. L'hôpital comme le

secteur médico-social trouveront ainsi des interlocuteurs de soins primaires structurés répondant aux défis collectifs de santé publiques (*fiche 1 : Vers l'Equipe traitante*).

- **Faire que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé soient des espaces « ouverts »** de débats, de négociations, de co-construction entre les effecteurs en santé, dans les territoires, avec pour objectif commun d'apporter une meilleure coordination et de meilleures organisations entre acteurs au bénéfice de la population dans un projet de santé partagé (*fiche 7 : La CPTS*).

Ces propositions sont proposées sous un format de Fiches-Actions et restent des outils dynamiques dans une volonté d'évolution et de construction collective.

Elles nécessitent des évolutions juridiques, conventionnelles, financières mais surtout une volonté collective d'avancer ensemble, au-delà des représentations des acteurs de santé, des réticences, des méfiances, des résistances, parfois des corporatismes dans l'intérêt de chacun, usagers comme professionnels de santé.

Fiches-propositions

	Fiche 0 : Clarifier la terminologie et les missions des acteurs	
---	--	---

Thématique	Système de santé – Pilier
Axe opérationnel	Clarifier la terminologie et les missions des acteurs

Problématique / Constat	Le système de santé est constitué d'une multiplicité d'acteurs qui doivent nécessairement coordonner leurs actions. Pour autant, les créations successives de différents dispositifs de soins et/ou de coordination ne sont pas sans créer une confusion dans les rôles et les missions de chacun. Dans le cadre d'un parcours de soins et de santé, quels acteurs doivent mobiliser, organiser, coordonner, effectuer ? Autant de questions qui ne sont pas résolues et qui induisent : • Un manque de visibilité dans l'offre de soins pour le patient • Un manque de lisibilité pour les acteurs de santé eux-mêmes • Des risques de glissements de tâches et/ou de déplacements des prérogatives de chacun (ex : lien Ville-Hôpital) • Des risques de fléchages inappropriés des financements publics Ainsi, la réorganisation du système de santé ne peut pas faire l'économie d'un travail préalable de redéfinition de notions qui ne font pas consensus. Pour construire, il faut tous avoir le même plan avec la même échelle, les mêmes cotes ! Ce n'est qu'après clarification de ces définitions et missions que l'on peut construire un projet commun et adapter les financements
Propositions	Organiser une concertation permettant de définir : Les notions : • « Territoire » ○ 4 échelons territoriaux : - Proximité avec l'ESP - Bassin de vie avec la CPTS - Territoire de démocratie sanitaire correspondant au CTS et au département

	« projet territorial de santé » et souvent au GHT - Territoire régional (PRS, projets régionaux de santé) • « Equipe » Equipe de soins primaires, équipe coordonnée de proximité, équipe traitante, Quels niveaux de structurations pour quelles équipes ? • Communauté de Professionnels Territoriale de santé : Avec qui ? Pourquoi ? • « Coordination » - Coordination des soins - Coordinations des parcours - Coordination des acteurs de santé - Coordinations de l'équipe (animation, planification, management...) - Coordination de situations complexes • Parcours : Parcours de ville ? Parcours Hospitalier ? Parcours décloisonné ? • Démocratie sanitaire : avec qui ? pourquoi ? jusqu'où (démocratie sanitaire décisionnelle)? Les missions : ○ Des hôpitaux ○ Des CPTS ○ Des équipes de soins primaires ○ Du DAC
Critères d'évaluation / indicateurs	Lexique Cartographie des missions



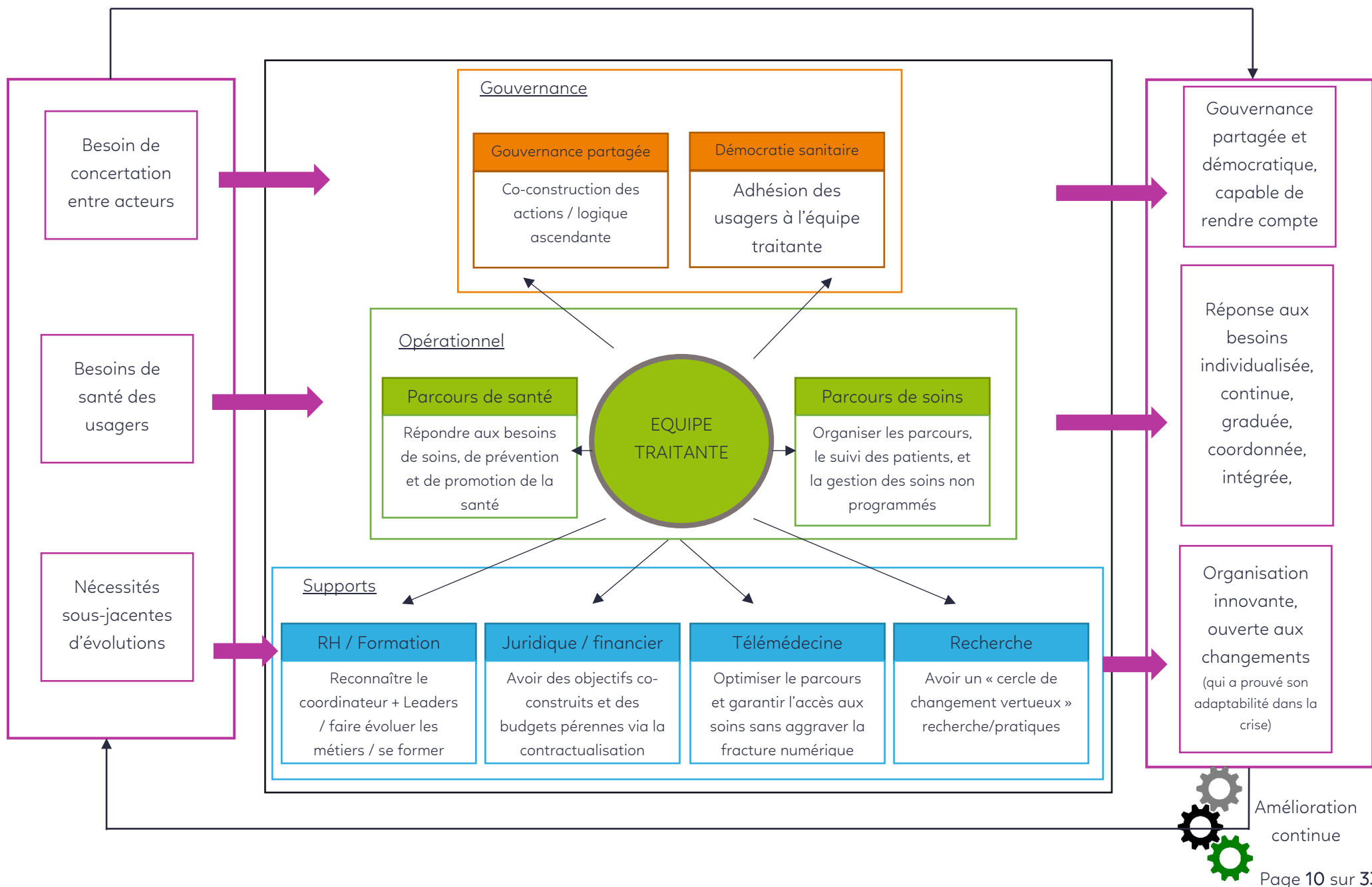
Thématique	Fonctionnement
Axe opérationnel	Structurer les soins primaires : Vers l'Equipe Traitante

Problématique / Constat	Pour chaque usager, la demande de soins est de plus en plus diverse et complexe. Un même patient nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, notamment dans des situations de précarité, de fragilité, de pathologies chroniques, de santé mentale. Actuellement, seule la notion de médecin traitant, remboursée par l'assurance maladie, permet l'entrée dans le système de soins. Chaque intervention d'un professionnel, même au sein d'une MSP labellisée, est considérée comme un acte isolé alors qu'elle fait partie d'une même prise en charge, d'un même projet de santé personnalisé. De même, le lien avec le second recours, le lien avec l'hôpital, le lien avec le secteur médico-social sont, en dehors du seul médecin traitant, considérés comme « indépendants les uns des autres » sauf par le patient qui intègre de plus en plus la notion de « prise en charge d'équipe » dans une logique de parcours. La réponse en monoprofessionnel est partielle et insuffisante. La complexité des situations cliniques, la nécessité d'assurer la continuité des soins, la logique de parcours imposent, en proximité immédiate, une équipe traitante coordonnée qui n'assure pas uniquement des actions de soins mais également de santé. Pour arriver à cette équipe traitante de proximité facilement identifiée par chaque usager, il est nécessaire de faire évoluer le cadre juridique, conventionnel et financier des soins primaires. Il est nécessaire d'accompagner la progressivité de l'appropriation de la notion d'équipe par les professionnels eux même, en les incitant à travailler en pluriprofessionnalité, en coordination, en équipes de plus en plus structurées, avec des objectifs progressifs (incitation financière, ingénierie, accompagnement, valorisation des organisations). Du simple lien coordonné entre un médecin généraliste et un autre professionnel de soins primaires autour d'une situation d'un patient, l'objectif doit être de conduire les professionnels de soins primaires à construire une équipe organisée autour d'un projet pluri-professionnel permettant de dépasser la seule
--------------------------------	---

	problématique d'un patient mais d'appréhender celle d'une patientèle puis d'une population.
Objectif	Faire de l'ESP la plus petite unité de base de l'offre de ville structurée. Parmi les ESP, l'Equipe traitante est la forme la plus aboutie.
La vision AVEC santé	L'Equipe Traitante doit être la porte d'entrée dans le parcours de santé, et non plus par le seul médecin traitant. L'Equipe traitante crée des compétences spécifiques qui vont au-delà de la simple addition des compétences des professionnels qui la composent. Les équipes actuelles ne peuvent pas devenir des équipes traitantes du jour au lendemain. Il s'agit d'une démarche progressive qui doit s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la performance. L'Equipe traitante a besoin de : • Une organisation structurelle stabilisée et reconnue • Une contractualisation assurant une base financière stable et pérenne • Une définition de son périmètre d'action et de ses liens fonctionnels • Une reconnaissance juridique • Une temporalité pour parvenir à un niveau de maturité cohérent • S'appuyer sur les usagers pour se construire, se développer, s'évaluer. Dans un processus de progression, elle doit devenir capable de : • Contractualiser et gérer des budgets ○ Facturer ○ Appliquer le tiers payant intégral, pour des actes déterminés ou plus largement dans un cadre conventionnel ○ Gérer des forfaits ○ Être financée de façon collective pour ses actions ○ Mobiliser des ressources ○ Percevoir des fonds • Coordonner un parcours de soins, de santé et de vie ○ Être la porte d'entrée dans le système de soins pour les patients ○ Soigner en pluripro tout patient nécessitant des soins de premier recours ○ Répondre à une demande de soins non programmés

	○ Organiser la continuité des soins (y compris en période de crise) ○ Accompagner le patient dans le système de soins ○ Optimiser les entrées et sorties d'hospitalisation ○ Proposer des actions spécifiques en fonction des problématiques spécifiques de la patientèle de l'équipe (ex : Pathos chroniques, santé mentale, Précarité ...) ○ Créer des dynamiques collectives de prévention ○ Mener / organiser des actions de santé publique ○ Prendre sa part de responsabilité populationnelle ● Organiser son activité et proposer des innovations ○ Utiliser des logiciels d'infos partagés ○ Produire de la donnée permettant une analyse des problématiques de la patientèle et de la population ○ S'organiser face à une crise sanitaire ○ Mener à bien des programmes de recherche ○ S'adapter, innover, évoluer (notion d'adaptation aux changements) ○ Mener des projets d'innovation (« oser innover ») ● S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue ○ Donner une réponse cohérente, harmonieuse, sécurisée ○ Décrire son activité ○ Rendre compte ○ Présenter son projet de santé de façon lisible ○ Améliorer les pratiques ● Mener une politique RH et de GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) ○ Concilier vie pro et perso des soignants ○ Créer et Intégrer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers ○ Etre un lieu de formation (formation pluri-pro, formation initiale) ○ Avoir la capacité de renforcer son équipe et son offre, y compris en salariant des professionnels de santé : Assistants Médicaux dans un rôle d'assistant d'équipe, IPA, IDE Equipe de soins primaires, Médiateurs sociaux, Professionnels de soins primaires ou secondaires, autres professionnels ○ Donner un statut des coordinateurs et aux leaders de l'équipe ● Travailler en coopération à l'échelle d'un territoire
--	---

	○ Se rendre visible / être identifiée par la population sur un territoire ○ Être l'interlocuteur du second retour / MS / hôpital / CPTS ○ Partager et mutualiser les expériences ○ Coopérer ○ Avoir des actions de solidarité entre les membres la constituant
Propositions	Obtenir la reconnaissance de l'Equipe Traitante Inscrire la notion d'Equipe traitante dans un cadre juridique renouvelé supposant : <i>Reconnaissance de la notion d'équipe traitante de proximité, portée par la SISA (La SISA devient effectrice de soins)</i> 1. <i>Evolution juridique</i> 2. <i>Evolution conventionnelle</i> 3. <i>Evolution financière</i> Assoir cette reconnaissance sur un cahier des charges précis de l'Equipe traitante Intégrer systématiquement dans ce cahier des charges la capacité de l'Equipe à mobiliser les usagers et à leur rendre compte Accompagnement des équipes et des professionnels S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de tendre vers le cahier des charges de l'Equipe traitante.
Critères d'évaluation / indicateurs	Définition de l'Equipe Traitante de Proximité inscrite dans la loi. Cahier des charges de l'Equipe traitante Nombre d'Equipes traitantes répondant au cahier des charges Nombre d'Equipes traitantes ayant passé une convention avec la CNAM Nombres de patients ayant contractualiser avec une Equipe Traitante



Fiche 2 : Pluripro et évolution des métiers

Thématique	Fonctionnement
Axe opérationnel	Pluripro et évolutions des métiers

Problématique / Constat	L'exercice pluriprofessionnel coordonné est en développement continu depuis dix ans. Il est plébiscité et attractif pour les jeunes générations de professionnels de santé. Il permet une prise en charge plus efficace des maladies chroniques comme à la fragilité ou la précarité. Il est également un tremplin à l'engagement en santé publique et sert de base à l'interprofessionnalité sur le territoire de santé. L'exercice pluripro rend possible un nouveau mode de collaboration entre professionnels au travers des coopérations non hiérarchiques, avec des actions différentes selon les professionnels mais reconnues par tous comme faisant partie intégrante d'un accompagnement global. Actuellement : - Les services de l'équipe s'adressent à l'ensemble des patients des professionnels mais la dotation ne s'appuie que sur la patientèle médecin traitant. - Les champs de compétences de chaque professionnel doivent pouvoir être utilisés pleinement mais les nomenclatures générales des actes limitent cette possibilité. L'exercice pluriprofessionnel a su se doter d'outils de prises en charge performants, notamment le protocole pluri-professionnel. La réglementation permet désormais d'aller plus loin avec 6 protocoles de coopérations, dans le cas de soins non programmés ou dans des pratiques expérimentales portées par des article 51 qu'il faut évaluer et généraliser. Pour le déploiement effectif de ces pratiques, il est nécessaire d'adapter la formation initiale des professionnels de soins primaires et de renforcer des formations continues réellement pluripro.
La vision AVECsanté	L'exercice pluripro permet de porter un projet de santé élaboré et partagé par une intelligence collective. C'est un mode d'exercice à même d'apporter une réponse aux enjeux de santé : coordination des parcours, palette de réponses, enjeux populationnels L'équipe n'est pas qu'une addition de métiers ou de compétences, mais le lieu d'éclosion de compétences nouvelles

	qui naissent de la constitution en équipe (cf. Fiche Equipe traitante pour le répertoire des compétences). Les métiers sont amenés à évoluer au service des usagers, de même que les modalités de coopérations entre les professionnels.
Objectif	Améliorer le suivi des patients et la qualité des soins par l'exercice pluripro et rendre cette forme d'exercice attractive
Propositions	<u>RECONNAISSANCE</u> Reconnaître l'exercice pluripro comme une compétence professionnelle, dans les conventions monoprofessionnelles et dans une convention spécifique pour les équipes qui souhaitent s'engager dans une dynamique d'équipe traitante de proximité <u>FORMATION</u> Introduire l'exercice pluripro dans les cursus universitaires de toutes les formations initiales des métiers de la santé Prévoir une formation continue à l'exercice pluripro chaque 3 ans au moins dans les formations continues de toutes les professions de santé <u>ACCOMPAGNEMENT</u> Améliorer la prise en charge des patients par la dynamique pluripro
Actions	Reconnaissance : • Valoriser dans le cadre des conventions monoprofessionnelles l'exercice en exercice coordonné dans le cadre d'équipes de soins primaires • Mettre en place une convention spécifique d'exercice pluriprofessionnel (comme l'accord national des centres de santé) à laquelle toute structure d'exercice de la médecine en pluriprofessionnalité a la possibilité d'adhérer • Facturer à l'Assurance maladie les actes de soins réalisés en pluriprofessionnalité dans le cadre de l'activité de l'équipe traitante Formation : • Intégrer la dimension pluripro dans la formation initiale et continue des PS • L'équipe coordonnée est systématiquement proposée comme lieu de stage dans les études initiales, pour tous soignants • Augmenter les stages en équipes coordonnées dans les cursus de pratiques avancées • Faire obligatoirement une formation pluripro au moins une fois tous les 3 ans, pour tous les professionnels de soins primaires

	Accompagnement : • Proposer de nouveaux protocoles de coopération et les évaluer pour les généraliser • Développer l'exercice en pratique avancée pour les IDE ou les Kinés
Critères d'évaluation / indicateurs	Grille d'évaluation de l'intérêt de l'Equipe Traitante Nombre de professionnels sortant du nouveau cursus Nombre de MSP lieux de stages et stagiaires accueillis Décret sur la pratique avancée au-delà des soins infirmiers
Références bibliographiques	Enquête de ACCORD/ Avec-Santé IRDES, <i>Questions d'économie de la santé</i>, Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bourgogne et en Franche Comté, n° 147, octobre 2009. IRDES, <i>Questions d'économie de la santé</i>, Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins, n°247, mars 2020 HAS, <i>Points clés : solutions et organisation des parcours</i>, Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ?, février 2015

Fiche 3 : Rôle et place du coordinateur

Thématique	Fonctionnement
Axe opérationnel	Rôle et place du coordinateur
Problématique / Constat	Les missions du coordinateur ont évolué. D'animateur d'équipe, il est devenu organisateur, gestionnaire RH, gestionnaire de parcours, voire... manager ou directeur La notion de coordinateur englobe plusieurs missions (direction, RH, gestion de projets, animation de l'équipe, organisation des parcours, etc.) La fonction reste précaire, tant dans la définition du poste que dans la quotité de temps (ex : 1/3 avec un temps de coordination inférieur à 10h) qui ne permet pas d'assurer l'ensemble des fonctions Ce modèle du coordinateur cantonné à des tâches d'exécution administratives n'est pas satisfaisant car ces équipes sous-estiment la plus-value du métier.
La vision AVECsanté	AVECsanté défend l'idée que le coordinateur n'est pas un salarié présent à titre optionnel. Au contraire, il est un membre à part entière de l'équipe traitante.
Objectifs	Pérenniser les équipes autour d'une gestion plus efficiente
Propositions	Faire évoluer le poste de coordinateur vers un profil de chargé de missions et de managers (animation de l'équipe, financier, RH, réponses AMI, ...) Faire évoluer la formation des coordinateurs Diversifier les formations et les moyens de renforcer les compétences des coordinateurs, par la validation des acquis Reconnaître le statut du coordinateur, dans une convention collective
Critères d'évaluation / indicateurs	Fiches de poste des coordinateurs Diplômes et formations des coordinateurs Evolution des quotités de temps Nombre de coordinateurs ayant suivi le parcours de formation « nouvelle mouture » Nombre de VAE

Fiche 4 : Parcours de soins et de santé

Thématique	Missions
Axe opérationnel	Parcours de soins et de santé
Problématique / Constat	Les équipes de soins primaires occupent une place essentielle dans le parcours des patients d'un territoire : • Prévention • Repérage et diagnostic • Soins et accompagnement • ETP • Coordination et orientation Ces équipes coordonnées sont passées en douze ans de lieux de soins à des lieux de santé (prévention, actions de promotion de la santé avec les habitants) et à des lieux de vie (bien être des usagers et de l'équipe, dimension sociale et prévention de la perte d'autonomie avec les acteurs du territoire). L'équipe est le premier maillon de la chaîne de soins, et organise une coordination à différentes étapes du parcours. En particulier, le lien ville-hôpital est capital, selon trois angles complémentaires : - prévenir les hospitalisations évitables - préparer l'hospitalisation lorsque celle-ci est nécessaire - favoriser le retour et le maintien au domicile après une hospitalisation (Dans de nombreuses situations, un relais d'équipe (hôpital) à équipe (Equipe traitante de proximité) est nécessaire, pour l'utilisateur comme pour le second recours hospitalier) L'équipe pluriprofessionnelle de soins primaires doit être la base socle de l'organisation des parcours des patients, au sens où elle réalise la synthèse d'actes de soins, d'actes de prévention relevant des politiques de santé publique, et d'actes de coordination/orientation, en particulier dans le suivi des cas complexes (cancer, diabète, insuffisance rénale, etc.). Elle assure aussi le partage des données de façon sécurisée. Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées.
La vision AVEC santé	L'Equipe traitante est effectrice d'actions de soins et de santé dans le cadre du parcours du patient, dont elle n'a pas pour autant le

	monopole. Le patient est intégré dans le cadre d'une équipe qui doit connaître les dispositifs de soins et de coordination du territoire, afin de coordonner les parcours de façon optimale. C'est l'équipe de soins primaires de la maison de santé, ou sa forme la plus aboutie d'équipe traitante de proximité, qui est effectrice des soins comme des actions de prévention en soins primaires. La CPTS est l'espace de coordination des acteurs et d'organisation des parcours entre la ville et l'hôpital. La gestion des parcours relève des effecteurs, appuyée, dans les situations complexes, par des DAC. Point de vigilance : le DAC doit rester le gestionnaire des seuls cas complexes et non se substituer à la coordination des parcours en ambulatoire par l'équipe traitante.
Objectifs	Graduer les soins entre la ville (1 ^{er} et 2 nd recours), le médico-social et l'hôpital
Propositions	<u>MESO</u> Encourager l'adhésion de chaque équipe traitante à une organisation territoriale (la CPTS) du territoire (cf. fiche Equipe traitante) Formaliser le lien ville-hôpital (Niveau de proximité dans le Projet de santé de la CPTS au niveau du bassin de vie/Projet de santé territorial au niveau du Territoire de Santé et du GHT) <u>MICRO</u> Placer l'équipe traitante dans son ensemble comme pivot de la prise en charge des patients, en particulier les plus complexes (cf. fiche Equipe traitante) Adapter les financements pour qu'ils ne soient plus limitatifs mais dimensionnés en lien avec le projet de santé, et dans le cadre d'une contractualisation (cf. fiche Contractualisation) Faire entrer dans le droit commun les expérimentations positives allant dans le sens d'une meilleure intégration des parcours, et notamment PAERPA (prévention des hospitalisations par le repérage de la fragilité, sorties d'hospitalisation, gestion à domicile) Redéfinir la place des MSP comme effectrices d'actions de santé publique
Actions	<u>En lien avec le niveau MACRO :</u> Intégrer PAERPA dans le droit commun dans le cadre de la Loi Grand Age.

	<u>En lien avec le niveau MESO :</u> • Rechercher des complémentarités dans le cadre des CPTS pour les soins non programmés • Formaliser le lien ville-hôpital : ○ Avoir un référent en MSP (cf. rôle du coordinateur) et un référent hospitalier pour faciliter les échanges (notion de guichet unique). ○ Avoir en MSP un PS coordinateur de parcours (Profil IDE, IPA) ○ Avoir un système d'information interopérable sécurisé ○ Avoir une contractualisation / convention avec l'hôpital incluant des indicateurs qualité : des protocoles communs sur certains cas complexes (diabète, santé mentale, cancer ...), des retours d'expérience partagés ville-hôpital- secteur médico-social, de type patient traceur en ville, ... ○ Dans le cadre des SAS, négocier les rôles de chacun, puis être en mesure de lister les actions des équipes pour une bonne régulation/orientation (Capacité pluri-pro de gestion des soins non programmés) • Être force de proposition aux niveaux national et régional sur les parcours ambulatoire – médico-social : ○ Prendre part aux propositions sur le « 5ème risque » autonomie et handicap, et le projet de loi Grand âge ○ Cartographier et valoriser les initiatives probantes de parcours coordonnées pour maintien à domicile, hébergement temporaire en EHPAD, ... <u>En lien avec le niveau MICRO :</u> • cf. fiche Equipe traitante et contractualisation • Accompagner chaque équipe à construire une réponse aux soins non programmés et à la négocier avec les acteurs du territoire. • Adapter les financements : ○ Prévoir un financement de la fonction de <u>coordination de parcours</u> en MSP ○ Prévoir un forfait pour la gestion des sorties d'hospitalisation ○ Prévoir un forfait non limitatif pour les actions de prévention ○ Expérimenter des financements décloisonnés Ville Hôpital sur des parcours spécifiques (ART 51, Modèle PEPS pathologie), avec la nécessité d'adapter les outils juridiques et fiscaux pour le faire • Inclure des projets de prévention qui soient coconstruits (partenaires, usagers, financeurs...) :
--	--

	○ Inclure systématiquement dans les axes « prévention » des projets de santé un volet « hors les murs » ○ Utiliser la proximité des équipes de soins primaires pour « aller vers » dans des logiques de repérage et d'accompagnement ● En formation initiale et continue, intégrer l'enseignement du pluripro dans le volet santé publique de chaque cursus
Critères d'évaluation / indicateurs	Nombre de conventions avec l'hôpital Indicateurs qualité Projets de santé et de prévention Indicateurs de suivi des projets
Références bibliographiques	Rapport PAERPA 2020 ARS, Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, janvier 2016.

Fiche 5 : La télésanté

Thématique	Missions
Axe opérationnel	La télésanté

Problématique / Constat	Des opportunités mais aussi des menaces pour l'organisation cohérente des parcours La télésanté génère bien des initiatives et innovations, bien des appétits aussi. Ici comme ailleurs, l'intérêt de l'outil pour le patient doit être constamment questionné. Souvent cantonnée aux soins de second recours, la télésanté a pourtant toute sa place dans les soins primaires et ne se limite pas à la téléconsultation ni à un acte isolé. Après l'émulation entre porteurs de solutions, la question de la régulation des outils va irrémédiablement se poser. En particulier, téléconsultation et télésoins vont-ils constituer une corde supplémentaire à l'arc des équipes de soins primaires, ou bien une solution à vendre, par les industriels comme par les prescripteurs de soins qui en feraient leur « spécialité » ? On voit bien cette dichotomie dans les prises de positions institutionnelles, jusqu'au plus haut niveau. Si, début 2020, le DG de la CNAM alerte et rejette clairement l'option opportuniste, la doctrine technique et le référentiel fonctionnel portés par l'Agence nationale de la santé numérique, organisme public dépendant du ministère des solidarités et de la santé, poussent au déploiement de solution via des appels de marchés publics sans associer les équipes de soins primaires à la garantie de qualité des solutions proposées, ni à l'interopérabilité avec les systèmes d'information partagés déjà labellisés pour les maisons et centres de santé. Pourquoi est-ce un sujet profondément pluripro ? - Parce qu'il ne s'agit pas de substituer un colloque singulier à distance à un autre colloque singulier « en chair et en os » mais de replacer l'utilisateur dans son droit à choisir son parcours, son équipe pluripro, et à questionner l'ensemble des intervenants et de leurs interactions. - Parce que les déterminants de l'accès aux soins sont complexes, la télésanté pouvant faciliter (accessibilité, proximité) mais aussi exclure (littératie, fracture numérique). - Parce que le besoin de structurer les nouvelles connaissances et d'interconnecter les professions dans le continuum prévention-soins-accompagnement, entre premier et second
--------------------------------	---

	recours, entre « repérer, identifier et isoler » nécessite des supports technologiques interprofessionnels. - Parce que le partage de la donnée avec le consentement du patient constitue un enjeu technologique et de qualité (pertinence, rapidité et efficience entre professionnels).
La vision AVEC santé	AVEC santé défend l'idée que la télésanté est l'affaire de tous : toute l'équipe, avec le patient au centre, avec des passerelles pluripro et entre premier et second recours. La télésanté est une technologie et non une finalité, qui peut, si elle s'inscrit dans un projet éthique, un projet d'équipe et de santé, contribuer à l'accès et la continuité des soins. Elle est une solution, pas la solution. Les équipes doivent s'en emparer, dans leur projet de santé, avec une réflexion éthique.
Objectifs	Réduire les inégalités <u>géographiques</u> d'accès au soin Mieux organiser le parcours de soins autour de l'utilisateur pour que l'offre soit réellement coordonnée, pluriprofessionnelle et de proximité
Propositions	Réduire ou ne pas aggraver la fracture numérique en santé. <i>Primum non nocere : personnes âgées, sans smartphone ni internet, illettracie en santé,</i> Intégrer le patient dans un parcours pluripro. <i>Consentement du patient, intérêt des solutions choisies pour le patient, participation du patient au soin et éducation pour la santé</i> Renforcer la place des équipes de soins primaires dans la « doctrine technique » du numérique en santé La télésanté est un outil au service de l'équipe pour mieux accompagner le patient en pluri-pro <i>Tous les PS peuvent s'en emparer MG, MK, IDE, PO, SF, orthophonistes...</i> L'alimentation automatique du VMS dans le DMP et l'intégration des Messageries Sécurisée doit être la règle et être « véritablement » fonctionnelle dans l'usage des logiciels partagés labellisés des MSP et CDS
Actions	ACTIONS LIEES A LA PROPOSITION 1: • Etendre le tiers payant intégral en télésanté au-delà de la période de crise Liberté du choix des requis par l'équipe (idem Proposition 3)

	<i>ACTIONS LIEES A LA PROPOSITION 2 :</i> • Négocier des actes de télésuivi pour les professions paramédicales. Négocier par professions / ou par pathologie / situation. Exemples cités, non exhaustifs : télésuivi par des infirmiers de santé publique, télésuivi des traitements anticoagulants... • En post-hospitalisation, coordonner entre hôpital et ESP le télésuivi à domicile. <i>ACTIONS LIEES A LA PROPOSITION 3 :</i> • Les équipes coordonnées doivent avoir une place au sein de l'ANS et des GRADES pour jouer leur rôle de conseil de praticiens de proximité dans le choix des solutions numériques et mettre en avant le pluripro.
Critères d'évaluation / indicateurs	Evolution du nombre de téléconsultations (source : CNAM) Evolution du nombre de télésoins pluripro Part de chaque profession dans ces téléconsultations (source : CNAM) Evolution du nombre de télésuivis en lien avec les équipes de soins primaires
Références bibliographiques	Le guide TLS d'AVECsanté Le référentiel fonctionnel de l'ANS

Fiche 6 : Contractualisation élargie pour les équipes

Thématique	Territoires
Axe opérationnel	Contractualisation élargie pour les Equipes

Problématique / Constat	Au 6 juin 2020, 1455 MSP ont un numéro FINESS et 1007 ont signé l'ACI. 400 autres sont en projet. Ces MSP sont financées par le droit commun (par des subventions d'aide au démarrage et au montage du projet de santé venant des ARS et des collectivités locales, ou par l'Assurance maladie une fois l'ACI signé) ainsi que par un apport de leurs membres (capital de la SISA), lequel demeure restreint et à dominante médicale. Actuellement, une aide au financement du fonctionnement de l'équipe est portée par l'ACI MSP (60000 euros pour une MSP moyenne de 5 médecins). L'ACI est loin de couvrir l'ensemble du coût de fonctionnement de l'équipe, au-delà des activités à l'acte réalisées par les professionnels qui composent l'équipe (Coordination, Missions d'intérêt général, Prévention....) Le modèle de gouvernance privilégié est celui de la SISA, souvent corrélé à des cabinets de groupes et/ou une association loi 1901 préexistants. L'équipe structurée doit se penser comme telle, capable de contractualiser en tant que personne morale. Pour être pérenne et pour favoriser les innovations, le modèle économique doit diversifier les ressources. La modalité de financement d'une équipe traitante doit privilégier la contractualisation pluriannuelle pour le fonctionnement comme pour les missions. Chaque convention de financement définit précisément les actions réalisées par l'équipe traitante et l'engagement financier du partenaire.
La vision AVEC santé	- Un système de santé qui s'ouvre élargit son mode de financement. - Une équipe qui est beaucoup plus que la simple « addition » de ses membres, signe des conventions et adhère à des organisations territoriales en tant que personne morale. L'équipe traitante doit avoir la capacité à contractualiser, mais aussi le réflexe d'adhérer en tant qu'équipe à une CPTS. Cet engagement collectif est plus

	puissant en capacité et en engagement que l'adhésion à titre individuel de chacun des professionnels - Inverser la charge de la pertinence en santé : les financements ne sont plus descendants autour d'appels à projets mais co-construits en partant des initiatives terrain, reformulées et modélisée dans des appels à manifestations d'intérêt et leur évaluation.
Objectifs	Avoir une pérennité / visibilité dans la gestion des projets = avoir les moyens de répondre à des missions Être présent dans la réflexion territoriale et y valoriser le projet de santé de l'équipe Diversifier les sources de financements
Propositions	<u>NIVEAU MACRO (réglementation nationale)</u> Favoriser l'innovation et la qualité par les modes de financements • Proposer la rémunération sur objectifs d'équipe. • Introduire dans la réglementation de nouvelles modalités financières qui permettent d'assumer des missions d'intérêt général • Proposer une logique de co-construction sur le modèle de l'appel à manifestation d'intérêt coconstruit ou de repérage des besoins du territoire et d'expression des solutions en plan de financement (modèle de contrats locaux de santé), en alternative aux logiques descendantes des programmes nationaux ou régionaux de santé publique, et des appels à projets. <u>NIVEAU MESO (territoire = département, CTS)</u> Inclure les équipes traitantes au cœur de la réflexion territoriale Valoriser le projet de santé des équipes (niveau du bassin de vie-Projet de CPTS) comme aux échelons territoriaux plus larges (projet territorial de santé (CTS)) Garantir une pérennité financière et une visibilité dans la gestion des projets / Diversifier les financements D'ici 2022, dans chaque territoire* un collège des financeurs propose un financement pluripartite du fonctionnement et de certaines missions de l'équipe traitante (cf. modèles des conférences des financeurs et contrats locaux de santé) * le niveau optimal de dialogue de financement semblant être le département.

	NIVEAU MICRO (le bassin de vie, l'équipe traitante) Garantir la gouvernance interne et les moyens de répondre à des missions (financement du fonctionnement et des projets) - Présenter un budget pluriannuel. - La gestion des ressources nécessite une fonction support spécifique au sein de la MSP, identifiée et financée sur des fonctions structurantes : gestion financière ; gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; gestions des risques des systèmes d'informations et des services généraux.
Critères d'évaluation / indicateurs	Missions d'intérêt général figurant dans la loi ou la réglementation Intégration de l'équipe traitante dans une organisation territoriale Taux de capitation et de financements divers de l'équipe soignante – traitante



Thématique	Territoires
Axe opérationnel	La CPTS

Problématique / Constat

Reconnues à l'article L1434-12 du code de la santé publique, les CPTS sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours de patients. Elles naissent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. L'instruction du 2 décembre 2016 précise que « les CPTS rassemblent selon la nature des projets des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné ».

L'organisation territoriale de l'offre de santé est indispensable, incontournable, urgente. Deux visions au moins se dessinent :

- Une CPTS exclusive : une CPTS plutôt centrée sur le monopro et l'organisation des libéraux entre eux
- Une CPTS inclusive : une CPTS qui fait « Communauté » pour traiter globalement de la Santé au-delà du Soins.

Cette seconde option, portée par AVEC Santé, exige une gestion collégiale. Elle intègre à la CPTS en tant que personnes morales qui la composent des équipes de soins primaires de proximité, organisées selon leur maturité en maison de santé ou équipe de soins primaires, les organisations ou professionnels de second recours, des établissements hospitaliers et médico-sociaux, des comités d'usagers, ou des personnes physiques (professionnels isolés)

Faire communauté est un défi, une exigence renforcée par l'épidémie. Cela débute par un changement de paradigme en acceptant la temporalité nécessaire et en évoluant vers la construction communautaire d'un projet de santé partagé incluant les usagers.

La vision AVECsanté	AVEC santé réaffirme son rôle dans l'accompagnement des équipes de soins primaires de proximité à la construction de CPTS. Nous portons une vision pluriprofessionnelle et opérationnelle des CPTS. AVECsanté réaffirme son rôle dans l'accompagnement des équipes de soins primaires de proximité à la construction de CPTS. La CPTS n'est pas et ne doit pas être une « super équipe de libéraux du territoire ». ➔ Nous portons une vision pluriprofessionnelle et opérationnelle des CPTS. La CPTS n'est évidemment pas un espace de pouvoir mais bien un espace de gouvernance équilibrée et ouverte. C'est aux acteurs du territoire qu'il revient de rédiger les statuts des CPTS, de penser la gouvernance ➔ La CPTS est le « territoire des possibles ». Par une gouvernance équilibrée ouverte à l'ensemble des acteurs du territoire, ses acteurs organisent la coordination de leurs interventions, graduée, en réponse aux besoins des usagers. La CPTS n'est pas directement un effecteur des soins.
Objectifs	Faire de chaque CPTS un espace d'organisation, de coordination entre tous les acteurs d'un territoire, lesquels demeurent effecteurs de soins et d'action de santé publique... acteurs isolés mais surtout des équipes qui doivent y adhérer en tant qu'équipe et personnes morales, de type structure : MSP, CDS, SSIAD, EHPAD, Hôpital.
Propositions	GOVERNANCE ET MODELE ECONOMIQUE : Les statuts de la CPTS doivent être collégiaux et en tout état de cause permettre l'adhésion d'équipes, d'établissements ou de structures en tant que personnes morales Les CPTS doivent être d'intérêt général, ce qui implique en contrepartie une démocratie décisionnelle. Dans la gouvernance de la CPTS, l'hôpital, les établissements médico-sociaux et les DAC doivent pouvoir être membres à part entière et non simples partenaires de chaque CPTS.

	Ouvrir le dialogue de gestion à l'ARS, à l'Assurance Maladie, aux usagers et aux co-financeurs car le dialogue est plus facile si financeurs et pilotes échangent régulièrement sur le projet de santé. Constituer un comité de pilotage au sein des CPTS, en lien avec un collège des Financeurs comprenant la DT-ARS, la CPAM, les collectivités locales ou leurs représentants élus. Changer le modèle économique avec un co-financement, conventionnel et contractuel sur des objectifs partagés : Assurance Maladie / Etat / collectivités locales MISSIONS : Confier aux CPTS la coordination de la santé publique de proximité, les équipes demeurant quant à elles effectrices des actions de prévention, au même titre que d'autres acteurs du territoire. Proposer une analyse objective et non orientée par l'objectif du chiffre des pratiques territoriales organisées pendant la crise sanitaire pour établir les fondamentaux de la mise en œuvre d'une CPTS Rédiger un référentiel méthodologique basé sur ces conclusions
Critères d'évaluation / indicateurs	Rédaction et diffusion du référentiel Définition des étapes du financement et des participations des financeurs Nombre d'équipes projet créées Nombre de projets écrits Nombre de gouvernances équilibrées créées Nombre de contrats d'objectifs et de moyens signés Nombre moyen d'habitants ou de représentants des usagers
Références bibliographiques	Guide CPTS v2 AVECsanté, février 2020 Statistiques diffusées en CPN ACI du 10 juin 2020

Fiche 8 : Sujets de gouvernance territoriale

Thématique	Territoires
Axe opérationnel	Sujets de gouvernance territoriale
Problématique / Constats	Les parcours des patients sont complexes et nécessitent l'intervention d'une multiplicité d'acteurs. Les actions de chaque acteur doivent être mises en cohérence, ce qui suppose un processus de décision / validation avec une gouvernance partagée. Cette gouvernance garantit la démocratie sanitaire et un pilotage issu de la concertation des acteurs impliqués. A contrario, l'absence de gouvernance peut engendrer des CPTS ou des équipes de soins primaires sans réel projet ou renforcer des cloisonnements entre acteurs.
La vision AVECsanté	Une gouvernance partagée doit être capable de s'inspirer des besoins du terrain, objectivés, mais également de rendre compte de ses actions auprès des partenaires et des usagers. Sans ce mode de gouvernance, les instances aux niveaux départemental et régional risqueraient de valider des projets de santé portés par équipes de soins primaires vides de sens, ou des CPTS sans réel ancrage territorial ou sans réelle pluriprofessionnalité. Les CPTS doivent être d'intérêt général, ce qui implique en contrepartie une démocratie décisionnelle. Le mouvement AVECsanté représente des structures pluriprofessionnelles de soins primaires intervenant en proximité avec le patient et l'utilisateur. AVECsanté considère que la participation du mouvement aux différentes instances (nationale, régionale, départementale, territoriale) participe à une garantie de choix et de décision prenant en compte le patient et la population.
Objectifs	Promouvoir un modèle collégial basé sur la co-construction des actions et la capacité de chaque acteur à rendre compte, notamment auprès des usagers : - Créer une méthode intégrée de concertation à l'échelle des territoires ; - Impliquer les fédérations des équipes coordonnées et de proximité dans les espaces de concertation territoriaux ; - Développer une culture de transparence et de dialogue avec les usagers.

Propositions	<u>MACRO (National)</u> Donner à AVECsanté un rôle d'expert dans les groupes de travail nationaux, en tant que mouvement représentatif de l'exercice pluripro et d'une santé de proximité. <u>MESO (Territoire)</u> Impliquer systématiquement les fédérations régionales du mouvement AVECsanté dans la gouvernance régionale et locale. Garantir une pérennité financière et une visibilité dans la gestion des projets. D'ici 2022, dans chaque territoire* des consortiums de financeurs proposent un financement pluripartite du fonctionnement et de certaines missions de l'équipe traitante et des CPTS (cf. modèles des conférences des financeurs et contrats locaux de santé). * le niveau optimal de dialogue de financement semblant être le département et dans certains cas le bassin de vie. <u>MICRO (Equipe de soins primaires)</u> Prévoir la participation des usagers dans la gouvernance des structures d'intérêt général (Equipe traitante, CPTS, ...)
Critères d'évaluation / indicateurs	Nombre d'hôpitaux membres de la CPTS Nombre de DAC membres de la CPTS Nombre d'associations d'usagers Nombre de Fédérations régionales associées / taux d'association

Thématique	Territoires
Axe opérationnel	Le lien Ville-Hôpital

Problématique / Constat	Au centre du programme « Ma Santé 2022 », le lien Ville-Hôpital reste un point majeur d'amélioration du système de santé. La crise des Urgences, la crise sanitaire COVID illustrent que ce lien ville hôpital est encore à construire mais est indispensable pour chaque usager du système de santé • Le parcours de soins des patients passe irrémédiablement de la case ville vers la case hôpital et/ou alternativement de l'une à l'autre. • Cet état impose une fluidité, une exhaustivité et une rapidité des informations entre ces deux univers qui évite toute rupture dans ce parcours. • Les statuts différents des acteurs de chacune de ces sphères et l'absence de passerelles humaines et/ ou structurelles bien identifiées rendent coopération et coordination modestes ou peu efficaces.
La vision AVECsanté	Le lien ville-hôpital est capital, selon trois angles complémentaires : • Prévenir les hospitalisations évitables ou les passages aux urgences • Mieux préparer l'hospitalisation lorsque celle-ci est nécessaire ; • Favoriser le retour et le maintien au domicile après une hospitalisation.
Objectif	Définir et organiser les complémentarités entre la ville et l'hôpital.
Propositions	<u>NIVEAU MESO (territoire de santé) :</u> Faire de la CPTS, la plus inclusive possible, un espace d'organisation et de coordination de la coopération Ville-Hôpital. Le projet de santé porté par la CPTS veillera à intégrer progressivement : • Diagnostic partagé territorial incluant l'activité de ville et hospitalière

	• Actions à mettre en place : SNP (Régulation et accès au SAS, Lien Urgences-SNP, Accès Plateaux techniques, Articulation graduée dans le diagnostic et le suivi des pathologies chroniques, gériatrie, soins palliatifs, HAD, outils numériques partagés, Interopérabilité des SI.) Le lien Ville Hôpital sera facilité si une participation réciproque dans la gouvernance territoriale est un principe partagé : • Représentation GHT dans les CPTS • Représentation MSP dans le Conseil Surveillance de l'hôpital • Représentation CPTS dans GHT Encourager et faciliter par des mesures réglementaires, statutaires et financières la double activité ville-hôpital pour toutes les professions de santé. <u>NIVEAU micro (bassin de vie, équipes) :</u> Expérimenter, sur le modèle IPEP (art. 51 LFSS 2018), des financements au parcours incluant la ville et l'hôpital. Valoriser financièrement la ressource intra équipe qui se chargera de la planification des retours à domicile.
Actions	<i>Voir aussi fiche parcours</i> • Formaliser le lien ville-hôpital : ○ Avoir un référent en MSP (cf. rôle du coordinateur) et un référent hospitalier pour faciliter les échanges (notion de guichet unique). ○ Avoir en MSP un PS coordinateur de parcours (Profil IDE, IPA) ○ Avoir un système d'information partagé et sécurisé ○ Avoir une contractualisation / convention avec l'hôpital incluant des indicateurs qualité : des protocoles communs sur certains cas complexes (diabète, santé mentale, cancer ...), des retours d'expérience partagés ville-hôpital- secteur médico-social, de type patient traceur en ville, ... ○ Dans le cadre des SAS, négocier les rôles de chacun, puis être en mesure de lister les actions des équipes pour une bonne régulation/orientation. • Adapter les financements ○ Prévoir un forfait pour la gestion des sorties d'hospitalisation

	○ Prévoir un forfait non limitatif pour les actions de prévention ○ Expérimenter des financements décloisonnés Ville Hôpital sur des parcours spécifiques (ART 51, Modèle PEPS pathologie), avec la nécessité d'adapter les outils juridiques et fiscaux pour le faire. ● Faire évoluer la formation ○ En formation initiale et continue, intégrer l'enseignement du pluripro dans le chaque cursus de chaque profession de santé.
--	---

Fiche 10 : La recherche en soins primaires

Thème	Missions
Axe opérationnel	Recherche en soins primaires
Problématique / Constat	La recherche en santé française est essentiellement l'affaire de l'université et de l'hôpital. Les sujets de recherche en soins primaires sont encore trop rares et trop peu concernent l'organisationnel ; ils ne touchent que rarement la pluriprofessionnalité. Si l'intérêt d'équipes pluridisciplinaires de recherche dans le champ de la santé ne fait aucun doute, la constitution de ces dernières n'est pas si aisée. Les financements publics ou privés, nationaux ou régionaux, devraient être dirigés vers de telles équipes sur des sujets alimentant la réflexion de modernisation de l'offre en santé. AVEC Santé représente un réseau d'investigateurs potentiels important ; nous sommes par définition le terreau favorable aux actions de recherches notamment des actions de recherches interventionnelles (nouveaux modes de rémunération, nouveaux métiers, etc.). Les équipes produisent également de la donnée de santé via les logiciels métiers Des collaborations entre différentes organisations peuvent être établies en fonction des thématiques abordées.
Objectifs	Co-construire des objets de recherche en soins primaires
Propositions	Prioriser la recherche sur l'impact des choix organisationnels (notamment pluripro) - En lien avec les modes de rémunérations en lien avec PEPS et IPEP, les actions de prévention, la gestion de crise sanitaire, les effets induits du pluripro... Garantir des financements dédiés spécifiques à la recherche en soins primaires (Nationaux et régionaux)
Critères d'évaluation / indicateurs	Nombre d'équipes repérées comme terrain pour la recherche Nombre de publications scientifiques Conclusions des études Plans d'actions issus des conclusions de la recherche