

# TERRITOIRES de SANTÉ



**UNE NOUVELLE ORGANISATION**  
pour mieux répondre aux besoins  
de la population



# TERRITOIRES de SANTÉ

UNE NOUVELLE ORGANISATION  
pour mieux répondre aux besoins  
de la population

SIMPLIFIÉE  
ET LISIBLE  
POUR TOUS

FÉDÉRATRICE  
DES ACTEURS  
DE SANTÉ

PLUS ANCRÉE  
DANS LES  
TERRITOIRES

MEMBRES DE LA COMMISSION PERMANENTE  
« PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE, PRÉVENTION, ACCÈS AUX SOINS ET TERRITOIRE »  
MEMBRES ACTIFS SUR L'ANNÉE 2020-2021

**PRÉSIDENT :** Patrick GENRE, maire de Pontarlier, VP FHF Bourgogne-Franche-Comté — **VICE-PRÉSIDENTE :** Valérie Friot-Guichard, DA CH Troyes — **Sophie de CHAMBINE**, APHP — **Bernard GARIN**, CH Guillaume Regnier Rennes — **Jean-Pierre HEURTEL**, CH Quimper Cormouailles — **Dr Jean-Pierre JARDRY** — **Pascal JACOB**, Handifaction — **Laurence ROUX**, France Asso Santé — **René MAZARS**, UNASS (représentant usagers) — **Sophie TRUCHET**, FHF Grand Est — **Dr Michel HANSEN**, CH Haguenau — **Éric JULLIAN**, D3S

# AVANT-PROPOS

## UNE CONTRIBUTION DE LA COMMISSION PARCOURS DE LA FHF

La Commission « Parcours de santé et de vie, Prévention, Accès aux soins et Territoires » est l'une des cinq commissions permanentes transversales composées des membres issus de toutes les composantes de la FHF. Placées auprès du Conseil d'Administration, elles ont un rôle de concertation, de conseil et de proposition vis à vis de celui-ci et de la délégation générale. La commission parcours, installée courant 2018, est présidée par un élu et composée de représentants d'usagers, d'établissements de santé et médico-sociaux, de membres des FHF régionales et d'élus.

Cette commission a souhaité se pencher sur l'organisation territoriale de la santé dans un contexte de réformes majeures conduites ces dernières années (Ma Santé 2022, Pacte de refondation des urgences, Ségur de la Santé, hôpitaux de proximité...) mais également à l'aune de la crise Covid qui a bouleversé certaines pratiques et interrogé les organisations en place.

La présente contribution s'est appuyée sur un collectif de travail très mobilisé au sein de la commission, ainsi que sur des présentations illustrant les réformes en cours et des témoignages d'acteurs de terrain : hôpitaux de proximité, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), démarche de responsabilité populationnelle, etc...

Le Comité éthique de la FHF a été saisi sur les travaux menés par la commission parcours et a rendu un avis le 20 mai 2021 précisant que « *ce document est remarquable de clarté et de justesse et ne souffre d'aucune critique au plan de l'analyse éthique. Il peut être qualifié d'innovant et porteur de progrès.../...* ». Les remarques, propositions et questionnements formulés par le comité d'éthique ont été pris en compte par la Commission Parcours dans la version de sa contribution.

Cette dernière a été transmise aux membres du conseil d'administration de la FHF qui se sont réunis le 16 juin 2021 et ont unanimement salué ce travail et donné leur accord pour le diffuser.

**Cette contribution est donc le fruit d'une réflexion collective qui s'appuie sur des retours d'expérience de professionnels de terrain et d'usagers et n'a donc pas vocation à édicter un cadre qui s'imposerait uniformément à tous, mais à proposer les grandes lignes organisationnelles qui apparaissent pertinentes pour offrir des réponses en santé adaptées aux besoins de la population.**



**Patrick GENRE**  
Président de la Commission Parcours

# TABLE DES MATIÈRES

## 6 ÉDITO

## 1

### CONSTRUIRE UNE ORGANISATION TERRITORIALE DE SANTÉ POUR TOUS

- 7
- 8 Le paysage territorial de la santé à simplifier : identification de trois niveaux de territoires
- 9 Des territoires en interaction pour garantir la fluidité des parcours de santé des usagers
- 9 Des conditions nécessaires à réunir pour garantir la pertinence des territoires
- 10 La proximité : point d'ancrage d'une nouvelle organisation pour mieux répondre aux besoins de la population
- 12 Des outils à déployer pour concrétiser la dynamique territoriale

## 2

### UNE PLACE PARTICULIÈRE DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ AU SEIN DES TERRITOIRES D' ACTIONS

- 14
- 15 Des missions pour l'hôpital de proximité insérées dans le maillage territorial
- 17 Des enjeux majeurs autour du financement et de la gouvernance
- 17 Une opportunité à saisir pour relancer l'offre de santé de proximité

## 3

### LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS), UN DISPOSITIF AGILE ANCRÉ DANS LES TERRITOIRES

## 4

### LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE, ILLUSTRATION DE L'ORGANISATION TERRITORIALISÉE DE LA SANTÉ

- 21
- 23 Les « territoires de responsabilité populationnelle »
- 23 Au cœur de l'organisation : le programme clinique

## 26 CONCLUSION

# ÉDITO

La situation d'urgence sanitaire que notre pays traverse depuis plusieurs mois a rappelé la force des initiatives et des coopérations territoriales. Rien ne vaut une réponse apportée en proximité, adaptée aux spécificités du territoire et aux besoins de la population. Cette période a démontré que lorsqu'on fait davantage confiance aux acteurs du territoire pour répondre collectivement aux besoins de la population, les bénéfices en matière de santé publique se font sentir.

Le constat est partagé : le « mille-feuille » de territoires constitué par les différentes instances en charge de la santé et du médico-social nuit à la lisibilité et à la cohérence de l'action publique. Pour répondre plus efficacement aux besoins de la population, cette organisation a besoin d'être repensée, simplifiée, avec des coopérations facilitées et une meilleure articulation entre les échelles de territoires.

Une nouvelle organisation se développe déjà au travers de la « Responsabilité populationnelle » portée par la FHF. Cette démarche expérimentale illustre très concrètement comment une organisation territoriale efficiente peut améliorer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques en partant du territoire, en impliquant les patients et en renforçant la coopération entre les acteurs locaux.

L'organisation territoriale de la santé, pilier 4 du Ségur de la Santé, est ainsi une fondation à rebâtir pour transformer durablement et efficacement le système de santé. À travers plusieurs pistes opérationnelles, comme par exemple la généralisation des projets territoriaux de santé, élaborés par les acteurs eux même, cette contribution de la « Commission Parcours » de la FHF vise à alimenter la réflexion sur la transformation du système de santé, dans la perspective de 2022 - et bien au-delà.



**Frédéric VALLETOUX**  
Président de la FHF



# CONSTRUIRE UNE ORGANISATION TERRITORIALE DE SANTÉ POUR TOUS



# LE PAYSAGE TERRITORIAL DE LA SANTÉ À SIMPLIFIER : IDENTIFICATION DE TROIS NIVEAUX DE TERRITOIRES

La coordination des projets dans les territoires se heurte aujourd'hui au mille-feuilles constitué par l'extrême hétérogénéité des territoires : territoires des GHT, territoires de démocratie sanitaire, territoires des conseils locaux de santé, carte départementale, territoires de santé mentale...

Le système aurait à gagner en cohérence pour répondre plus efficacement aux besoins de la population, d'autant que se développent de nouvelles formes d'organisations avec les professionnels de ville que sont notamment les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Ainsi, l'illisibilité du système de santé est réelle, et celui-ci peut utilement être simplifié en se basant sur **un découpage en 3 niveaux de territoires**, plus lisible et pertinent, chacun d'entre eux répondant à **un objectif bien précis** :

## À L'ÉCHELLE LOCALE : UN « TERRITOIRE D'ACTION »

- Zone communale, intercommunalité, à l'échelle du bassin de vie ;
- Correspondant au territoire de proximité immédiate, des parcours de santé, organisé notamment autour des CPTS et du contrat local de santé ;
- Avec un enjeu de réponse de proximité pour la population et d'action pour les acteurs de ville, l'hôpital implanté en proximité sur le territoire (hôpital de proximité, centre hospitalier, voire le CHU), les établissements sociaux et médico-sociaux.

## À L'ÉCHELLE TERRITORIALE : UN « TERRITOIRE DE PROJET »

- Zone départementale ;
- Correspondant au territoire de démocratie sanitaire, qui doit coïncider avec celui du GHT, des filières de soins qui sont élaborées, suivies et évaluées par les acteurs de terrain (usagers, CPTS, GHT, délégation territoriale de l'ARS...);
- Avec un enjeu d'implication et de participation des représentants d'usagers, d'acteurs libéraux et publics, sur un bassin, dans une logique de filière, également en lien avec l'offre privée (clinique, PSPH).

## À L'ÉCHELLE RÉGIONALE : UN « TERRITOIRE DE RECOURS »

- Zone régionale ;
- Correspondant à l'échelle de la planification et de la réflexion stratégique régionale (ARS, URPS, représentants régionaux des acteurs de santé et des usagers...)
- Enjeu de régulation régionale de l'offre en santé pour répondre aux besoins de la population.

Ces territoires ont des contours qui correspondent à **des réalités et objectifs précis**.

Il n'existe **pas un territoire en matière de santé mais des territoires**, l'enjeu étant de s'assurer qu'ils recouvrent une cohérence avec la réalité des territoires de vie des populations.

En matière de définition du périmètre géographique de ces territoires, la situation est très différente selon que les territoires sont situés en zone urbaine, rurale ou semi-rurale notamment pour le territoire d'action. Si la plupart des départements sont organisés autour d'un gros centre hospitalier (CH) et d'un ou plusieurs établissements de plus petite taille (comme des hôpitaux de proximité/hôpitaux locaux), les départements très urbanisés comme les départements franciliens sont dans des situations différentes. **Le contour des territoires sera donc aussi fonction de leur degré d'urbanisation.**

Des territoires de périmètre infradépartemental ou interdépartemental sont envisageables s'ils sont la traduction de la volonté des acteurs, mais ils seront plutôt une exception à la généralité.



## DES TERRITOIRES EN INTERACTION POUR GARANTIR LA FLUIDITÉ DES PARCOURS DE SANTÉ DES USAGERS

Ces 3 niveaux de territoires doivent interagir entre eux, il convient de trouver le fil rouge qui les relie et garantit cette interaction. La notion de « territoire cohérent » prend tout son sens dès lors qu'il existe une **coopération organisée entre les acteurs** définissant le rôle et la responsabilité de chacun.

Afin que les décisions prises au niveau de la régulation soient bien l'émanation des acteurs de terrain et des usagers, l'articulation des territoires entre eux, doit être pensée comme **un système de « boîtes gigognes »** - cf schéma en page 9 - dans lequel le territoire d'action regroupe l'offre de santé en proximité, le territoire de projet regroupe des territoires d'action et le territoire de régulation regroupe des territoires de projet.

Dès lors, les territoires sont organisés de manière graduée, et dans ce cadre, **l'Hôpital public peut en être un acteur majeur, et parfois sur différents niveaux :**

- Pour le territoire d'action = l'hôpital de proximité ou le CH, avec des CPTS, voire le CHU en proximité de sa localisation ;
- Pour le territoire de projet = un CH ou un CHU ;
- Pour le territoire de régulation = un CHR/U ;

et les collaborations doivent s'établir aussi bien avec l'ensemble des établissements de tous statuts qu'avec les autres professionnels de santé du territoire. Néanmoins, si l'objectif est de définir le rôle que peut jouer l'hôpital public en proximité, il paraît essentiel de se questionner sur son évolution ; il faut penser ce que devraient être les territoires et les définir par des axes/objectifs majeurs, charge à chacun ensuite de s'adapter en fonction des réalités locales. Quant aux GHT, ils n'ont pas d'aires géographiques prédéfinies de manière standardisée mais résultent de la dynamique des établissements signataires de la convention qui les lie et de leur validation par l'ARS.

## DES CONDITIONS NÉCESSAIRES À RÉUNIR POUR GARANTIR LA PERTINENCE DES TERRITOIRES

### S'APPUYER SUR UNE DÉMARCHÉ ASCENDANTE

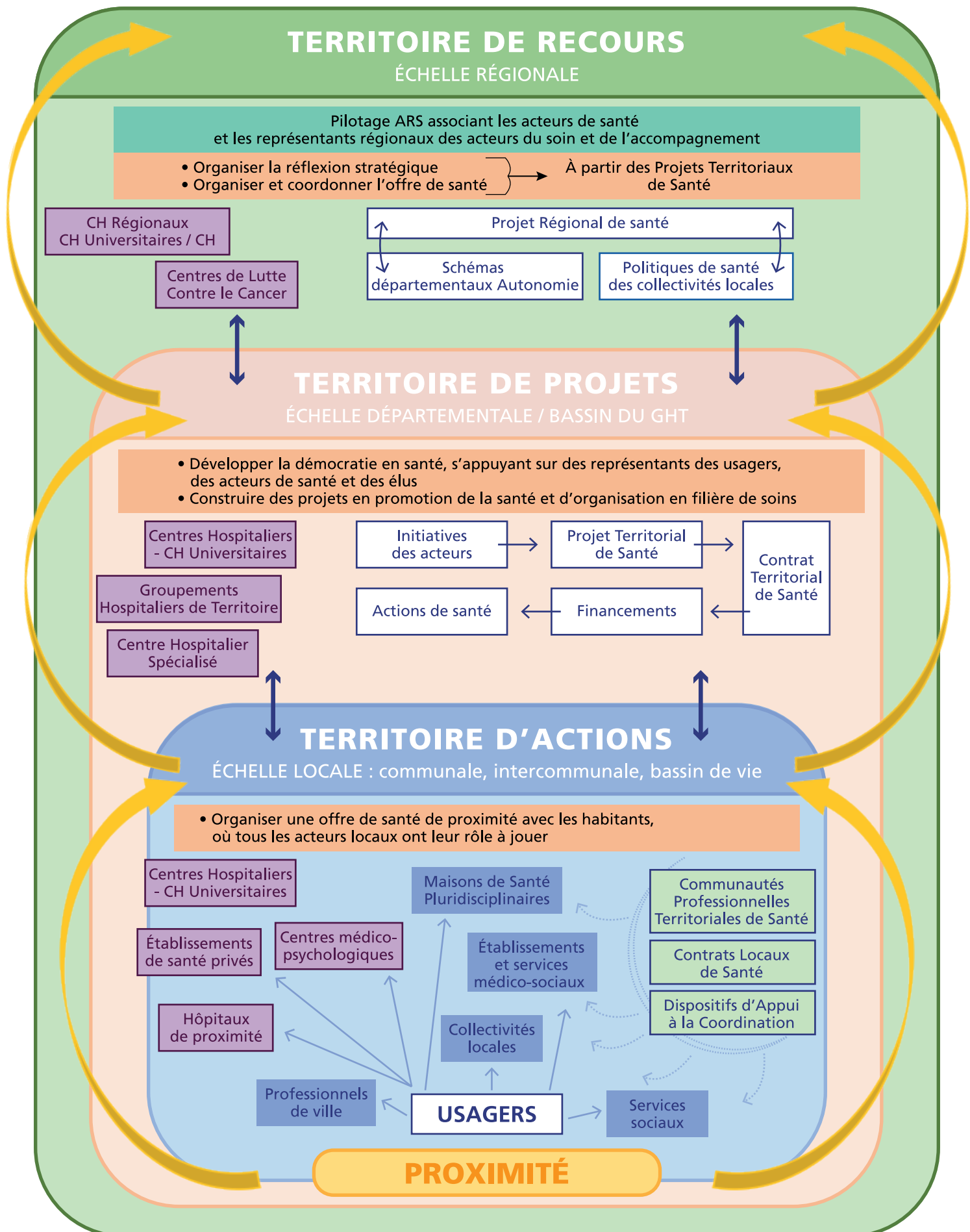
Il importe, pour l'avenir des territoires, que leur **reconnaissance ne soit pas issue d'une démarche descendante, mais bien sur une dynamique d'acteurs locaux et d'usagers qui vont créer les contours des territoires**, cela n'en sera que plus efficace. Pour ce faire, il faut conserver une capacité de discussion avec les pouvoirs publics.

### OFFRIR UNE DIVERSITÉ D'OFFRE DE SANTÉ EN PROXIMITÉ

Le territoire d'action doit donc comporter toute l'offre médico-sociale, sanitaire de ville et hospitalière, sociale et si l'hôpital peut jouer un rôle pivot et de porte d'entrée dans les filières graduées, il ne suffit pas à lui seul pour définir le territoire de santé.

Le secteur médico-social et social apparaît comme un segment particulièrement important de l'offre de santé. Il est, d'une part, l'aval de solutions de soins donnant la possibilité aux personnes âgées ou en situation de handicap d'être accueillies dans des lieux de vie. Il est, d'autre part, le maillon social et de soins pour le soutien à domicile de ces personnes fragiles.

# LA PROXIMITÉ : POINT D'ANCRAGE D'UNE NOUVELLE ORGANISATION POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION



## MAILLER L'OFFRE DE PROXIMITÉ

La proximité est essentielle pour l'utilisateur du système de santé dont la préoccupation est que le territoire où il vit dispose de l'offre de santé suffisante en nombre et en diversité mais également qu'elle s'organise entre l'hôpital, les acteurs de la ville, du médico-social, les élus, etc.... En effet, l'utilisateur a une vision centrée sur la réalité de son quotidien et a comme préoccupation de savoir où se soigner, avoir des soins de première ligne pour répondre à toute demande et ce 24h/24h. Ainsi, **le maillage de tous les éléments, de tous les offreurs de soins est donc indispensable** pour répondre à la diversité de ses besoins, autour des parcours de santé.

## ASSURER UNE PARTICIPATION EFFECTIVE DES USAGERS ET ASSOCIATIONS REPRÉSENTATIVES

Par ailleurs, il convient de **s'assurer que la participation des usagers et associations** est concrète et bien représentée dans chacun de ces territoires. Les acteurs, usagers ou citoyens, doivent s'emparer et avoir accès à toutes les formes de participation à la structuration et au fonctionnement de ces territoires.

### Une attention particulière à porter aux personnes en situation de handicap

À ce titre, l'implication du **secteur du handicap** (associations, gestionnaires, usagers) apparaît essentielle pour travailler à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, le recours à la médecine généraliste étant souvent compliqué, de même que les relations entre les professionnels de ville et ceux du secteur hospitalier pour assurer leur suivi médical. Parmi les difficultés rencontrées, l'accompagnement de la personne en situation de handicap s'avère crucial et souvent une condition nécessaire pour accéder aux soins. Ainsi, l'organisation territoriale du système de santé doit prendre en compte le fait que l'accès aux soins des personnes en situation de handicap s'appuie sur la conjonction de l'accompagnement aux soins et de la qualité des soins prodigués.

**Les consultations dédiées** viennent s'inscrire dans une offre graduée territoriale de soins somatiques courants et concourent à faciliter l'accès aux soins des personnes dont la situation de handicap rend trop difficile le recours aux soins dans les conditions habituelles.

Cet objectif d'accès aux soins a fait l'objet d'évolutions récentes par la Haute Autorité de Santé dans le référentiel de certification des établissements de santé. À ce titre, plusieurs outils d'information des usagers, de respect de leur intimité et du maintien de leur autonomie pendant la durée du séjour hospitalier sont à la disposition des établissements dont la Charte Romain Jacob.

# DES OUTILS À DÉPLOYER POUR CONCRÉTISER LA DYNAMIQUE TERRITORIALE

Les trois grands types d'acteurs, usagers, offreurs de santé et élus, doivent se rencontrer et se regrouper afin de définir les territoires d'actions qui faciliteront l'émergence de projets de santé adaptés aux besoins de santé de la population.

## DÉFINIR LES TERRITOIRES ET PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ

Travailler ensemble dans le respect des missions de chacun et dans une volonté commune de coopérer au service de la population, est l'**objet même du projet territorial de santé** décrivant les coopérations nécessaires aux parcours de santé, aux démarches de dépistage, de prévention, de promotion de la santé.

Le Projet territorial en santé mentale (PTSM) élaboré en participatif avec les acteurs de terrain peut également être cité, auquel un contrat territorial en santé mentale est rattaché. Le PTSM est arrêté par le Directeur Général de l'ARS après avis des CLS ou des CLSM et des Conseils territoriaux de santé.

## SIGNER DES CONTRATS TERRITORIAUX DE SANTÉ

Mais pour pouvoir agir directement, il faut également donner à ces projets territoriaux de santé une force contractuelle, telle que la FHF l'a porté dans les travaux du Ségur de la santé, sous la **forme d'un contrat territorial de santé signé** entre les acteurs de santé, les élus et les **Agences régionales de santé** en tant que financeurs.

Force est de constater que les projets de planification menés au niveau régional ne permettent pas toujours de mobiliser les professionnels de santé sur des projets concrets, **raison pour laquelle il convient de lancer un appel à la généralisation de ces contrats territoriaux.**

## OBTENIR DES FINANCEMENTS POUR MENER DES ACTIONS DE SANTÉ

Ainsi, quand la dynamique des acteurs locaux aboutit à un projet de territoire, il doit pouvoir disposer de marges de manœuvre, **sous forme de financements** pour mener notamment des actions de santé publique. La contractualisation avec les pouvoirs publics permet aux acteurs d'améliorer la qualité de vie des habitants tout en générant des économies pour la collectivité (hospitalisations évitables et meilleure pertinence des soins) grâce au développement de la dimension de prévention via des actions de santé publique, mais ces dernières ont un coût qui doit être financé.



### TEXTE DE RÉFÉRENCE

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits, et ce, dès lors qu'elles contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé ou encore l'accès aux soins. Il peut être une opportunité pour tester de nouvelles approches puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Ainsi, la démarche de responsabilité populationnelle portée par la FHF sur le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque est soutenue dans ce cadre, sur 5 territoires, au titre des expérimentations nationales d'incitation à une prise en charge partagée (IPEP) entre des professionnels de santé au profit d'une patientèle commune.

## Du projet au contrat territorial en sante mentale : l'exemple de l'Ille-et-Vilaine

Après concertation avec l'ensemble des acteurs, l'ARS Bretagne a décidé en 2017 que les projets territoriaux en Santé Mentale (PTSM) seraient construits dans un cadre départemental.

Un Comité de pilotage associant les régulateurs, les acteurs du monde sanitaire, social et médico-social et les représentants des usagers, a été constitué et une bi-chefferie de projet (un co-chef sanitaire, un co-chef médico-social) nommée pour coordonner l'élaboration du diagnostic et du projet proprement dit.

Le GCSMS « Cap Santé Mentale » rassemblant les principaux acteurs sanitaires et médico-sociaux du département ainsi que la communauté psychiatrique de territoire (CPT) Brétilienne ont contribué largement au démarrage d'une démarche ascendante enclenchée à l'initiative des acteurs de terrain.

Six cents personnes physiques représentant les usagers, la médecine de ville, les hôpitaux autorisés en psychiatrie, les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes en situation de handicap d'origine psychique, ont participé pendant près de trois ans à la construction du PTSM approuvé par le Directeur Général de l'ARS Bretagne en Octobre 2020.

Un processus de contractualisation se déploie en 2021 pour mettre en œuvre les actions figurant dans le PTSM Brétilien. Vingt-cinq institutions (ARS, Direction Départementale de l'Etat, Conseil Départemental), acteurs de terrain, représentants d'usagers, ont signé le contrat territorial en santé mentale (CTSM) Brétilien en septembre 2021.

Une trentaine d'autres acteurs signera une Charte les engageant à participer à la réalisation des actions.

La gouvernance retenue (un comité opérationnel, un comité institutionnel rassemblant les régulateurs et les financeurs, une coordination entre ces deux instances assurée par la bi-chefferie du PTSM) vise à garantir la réalisation effective des actions prioritaires du PTSM, lesquelles, pour certaines, nécessitent des co-financements (en provenance notamment de l'assurance maladie, de l'État et des Collectivités territoriales) ainsi qu'à conserver la dynamique participative et ascendante.



**UNE PLACE PARTICULIÈRE  
DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ  
AU SEIN DES TERRITOIRES  
D' ACTIONS**





Face au besoin et la nécessité d'organiser un peu différemment l'hôpital dans son territoire, le déploiement **des hôpitaux de proximité (HP)** apparaît essentiel en tant qu'acteur pivot sur son territoire.

L'hôpital de proximité joue le rôle de **porte d'entrée dans les filières de soins**, notamment gériatriques, et assure l'interface entre la ville et l'hôpital. Il permet de valoriser le lien avec les professionnels de ville, de faire "avec" et n'a pas de volonté d'hospitalo-centrisme.

L'objectif recherché est de **nouer/renouer le dialogue avec les acteurs de santé de proximité et les usagers en faisant partie**, d'analyser les irritants du quotidien et construire des projets ensemble. Ainsi, l'articulation forte avec les CPTS qu'il participe à co-créer permet aux acteurs de se connaître et de partager une culture commune.

Par ailleurs, s'il peut exister parfois des sujets de tensions locales avec des professionnels libéraux, face aux graves problèmes d'accès aux soins existants dans de nombreux territoires, **la coexistence des différents modes d'exercice apparaît indispensable**. À ce titre, l'ordonnance du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité et le décret relatif à leur labellisation publié le même jour prévoient un conventionnement obligatoire entre l'HP et les acteurs libéraux et médico-sociaux.

La **dimension de proximité** est essentielle dans la reconnaissance d'HP, notamment pour la question fondamentale de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. Elle contribue à réduire les situations d'abandon ou de refus de soins. A ce titre, il est crucial aussi que **l'Hôpital de Proximité tisse des liens étroits** avec des hôpitaux de santé mentale et autres offreurs de soins.

## DES MISSIONS POUR L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ INSÉRÉES DANS LE MAILLAGE TERRITORIAL

L'Hôpital de Proximité doit, outre les missions inscrites dans la loi, accentuer son rôle sur l'hospitalisation de jour, les bilans et la chirurgie sans plateau technique et plus précisément :

- Faire figurer la **santé mentale / handicap psychique** dans ses activités sous forme d'antenne de l'hôpital psychiatrique, sans oublier le sujet de la psychiatrie de la personne âgée ;
- Développer l'**ambulatorio** et les services d'hôpitaux de jour dans les milieux ruraux ;
- Assurer une réponse en termes de **soins palliatifs**, sous forme d'équipe mobile par exemple, comme pour **la gériatrie** ;
- Proposer des **services d'hospitalisation à domicile** : 91% des personnes en situation de handicap sont dans le milieu ordinaire et non pas en établissement et qu'une HAD active peut rendre des services à domicile importants (expérimentations en cours dans le cadre d'Handi-soins et handi-consult) ;

- Prévoir en matière de **continuité des soins** le lien avec les établissements de recours et autres acteurs de santé du territoire, à défaut le risque d'exclusion de beaucoup de patients est majeur, la démographie médicale restant faible en zone rurale ;
- De même que définir des consultations avancées au sein de paniers de soins, en fonction des besoins d'un territoire : consultations gériatriques, de coordination en cas de situation exceptionnelle...

Au regard de ces missions, il apparaît donc indispensable de se doter à l'intérieur des HP des compétences nécessaires **pour la bonne prise en soins des populations** en proximité de leurs lieux de vie, sans oublier l'articulation avec les professionnels de la ville et de l'hôpital.

En matière de prévention, il faut pouvoir également disposer des compétences adaptées notamment pour certains types de handicaps (exemple de tests anti-Covid auprès d'une personne autiste).

Par ailleurs, la progression continue de la **télé-médecine** à l'occasion de la crise sanitaire confirme qu'elle est devenue un outil indispensable qui doit être largement utilisé dans les HP. Ainsi, les interventions du médecin traitant couplées au recours à la télé-médecine permettent l'accès à l'expertise en tout point du territoire. Les outils numériques permettent également d'élargir la palette d'actes à distance par des paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ...) via le **télésoin**, de même que faciliter les échanges entre équipes

pluridisciplinaires exerçant au sein de structures différentes par le biais de « **visio-staff** ».

Chacun de ces axes de développement doit contribuer à un meilleur accès aux soins de la population.

Les **Hôpitaux locaux** sont légitimes pour devenir des hôpitaux de proximité, ce que défend la FHF, mais beaucoup d'entre eux ne disposent plus de lits de médecine, il y a donc un enjeu majeur de re-médicalisation de ces établissements.

## Présentation de l'Hôpital de proximité de Bar-sur-Seine (Aube)

- **SON ACTIVITÉ**

238 lits, dont un service de Médecine/SSR de 33 lits, (incluant 10 lits d'État Végétatif Prolongé), un plateau de rééducation, 30 lits d'USLD, 175 lits d'EHPAD (Unité de vie protégée, PASA, Hébergement temporaire), consultations avancées, (pneumologie, ORL, viscéral, urologie, algologie, mémoire, sages-femmes (publiques et libérales), échographies, lien avec la maternité de recours...).

- **SON TERRITOIRE**

20 000 habitants, zone rurale de vignobles (Champagne).

- **SON ORGANISATION TERRITORIALE**

Sur le même site que la MSP du bar séquanais, CMP de pédopsychiatrie, ANPA, membre de la CPTS Sud Est Aubeois (association loi 1901), membre du GHT Aube-Sézannais.

- **SES ACTIONS PENDANT LE COVID**

Unité de médecine/SSR Covid, Centre de test MSP/CH/CPTS pour professionnels de santé et population, Centre de vaccination MSP/CH pour les professionnels et la population.



## DES ENJEUX MAJEURS AUTOUR DU FINANCEMENT ET DE LA GOUVERNANCE

Des avancées nationales ont été constatées notamment sur le **modèle financier des Hôpitaux de Proximité** avec une sécurisation des financements sur plusieurs années et la possibilité d'obtenir des majorations en cas d'activité réalisée plus importante.

Par ailleurs, les 100M€ inscrits au PLFSS 2020 pour sécuriser les financements des établissements qui auraient une baisse d'activité devront être utilisés en 2021 pour porter les approches de responsabilité populationnelle, définie en fonction de critères qualitatifs opposables (accès aux soins, accueil de populations avec des handicaps, de personnes âgées, réduction des passages aux urgences, etc...).

Néanmoins, la difficulté de maintenir dans le temps une activité stable pour ces hôpitaux, et donc les ressources correspondantes, est réelle alors qu'ils ne disposent pas de service de chirurgie (sauf petite chirurgie - en cours de négociation), pas de plateau technique, ni d'activité obstétrique.

De même, l'accès aux aides à l'investissement (immobilier mais aussi dans les SI et le numérique)

pour les HP et aux opérations de désendettement est particulièrement décisif pour leur santé financière.

L'ordonnance du 12 mai 2021 prévoit également la mise en œuvre du **droit à la dérogation en matière de gouvernance** des hôpitaux de proximité, avec notamment la possibilité d'une présence de professionnels libéraux à la CME à titre d'information/consultation.

Ces expérimentations prévues pendant 5 ans permettront ainsi d'innover dans les instances, l'organisation, etc. ces dérogations sont listées dans un arrêté.

À ce titre, l'exemple des centres périnataux de proximité dans l'Aube est particulièrement intéressant en matière de services rendus à la population : consultations de sages-femmes, échographies, liens avec les maternités de recours, consultations avancées avec des équipes mobiles...

## UNE OPPORTUNITÉ À SAISIR POUR RELANCER L'OFFRE DE SANTÉ DE PROXIMITÉ

L'Hôpital de proximité apparaît comme une véritable **opportunité à saisir pour relancer l'offre de santé sur les territoires**, les financements prévus en 2021 sont aussi l'occasion de démontrer qu'il est possible de maîtriser la dépense publique et d'éviter des hospitalisations en menant des actions de prévention efficaces.

Il convient de ne pas s'inscrire dans une logique de démarche descendante, les missions et fonctionnements de l'**HP seront fonction des territoires** et ne seront pas le calque d'un schéma type.

Ainsi, il apparaît pertinent de **définir un socle minimum d'offres de santé** discutées territoire

par territoire, dans lequel l'HP n'est pas le seul acteur et assure bien un lien, une coordination avec les autres professionnels de proximité. La logique de contractualisation ne doit pas être un frein ni introduire de limite a priori dans le développement de cette offre (HAD, HDJ...).

Cela revient à **définir un système de santé territorial, dont l'enjeu majeur n'est pas la transformation des hôpitaux eux-mêmes, mais bien le service rendu à la population**. Pour ce faire, il faut donc travailler avec la population, les élus et les acteurs de santé, sans oublier les Conseils Départementaux - acteurs majeurs du social et du médico-social, et les autres collectivités locales.



**LES COMMUNAUTÉS  
PROFESSIONNELLES  
TERRITORIALES  
DE SANTÉ (CPTS),  
UN DISPOSITIF AGILE  
ANCRÉ DANS LES TERRITOIRES**



Les CPTS sont un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun. Peuvent s'y rassembler les acteurs qui assurent des soins de premiers et seconds recours (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens...) exerçant seuls, en cabinet de groupe, en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou en équipes de soins primaires ; des établissements hospitaliers (publics et privés) et des dispositifs du secteur médico-social et social (EHPAD...).

Leur objectif est de faciliter le parcours de santé des patients tout en contribuant à améliorer les conditions d'exercice des praticiens. Les CPTS contribuent ainsi à la continuité et à la permanence des soins avec l'Hôpital de Proximité, à la prévention en santé publique, à la collaboration avec les acteurs et au soutien des professionnels de santé en rendant le territoire attractif.

La CPTS vient formaliser et mettre en évidence ce qui existait déjà en matière de collaboration entre les professionnels de santé d'un territoire, elle est donc la résultante d'un historique de travail en commun.

La CPTS s'appuie sur un **diagnostic de territoire partagé** entre les acteurs de santé et les usagers qui prend sens dans le projet commun proposé, d'autant qu'elle peut assurer suite à l'ordonnance du 12 mai 2021 des missions de service public (amélioration de l'accès aux soins, organisation de parcours de soins, développement d'actions territoriales de prévention, développement de la qualité et de la pertinence des soins, accompagnement des professionnels sur leur territoire, participation à la réponse aux crises sanitaires).

La force des CPTS est de pouvoir **mobiliser tous les professionnels** même si elles sont aussi confrontées au sujet de la pénurie de médecins et d'infirmiers.

Mais elles sont également une source d'initiatives pour répondre rapidement aux besoins non couverts : lors de la 1<sup>ère</sup> vague de Covid-19, les professionnels des CPTS ont mis en place des équipes mobiles. Celles-ci ont déjà prévu sur certains territoires d'intervenir à domicile auprès des personnes ne pouvant pas se déplacer pour se faire vacciner contre la Covid-19.

La tenue de la permanence de la CPTS au sein de l'hôpital est un gage de fluidité des parcours de soins, l'infirmier permanent faisant le lien entre l'hôpital et la ville pour faciliter la sortie d'hospitalisation des patients. La communication en temps réel sur la situation du patient est particulièrement appréciée des médecins traitants.

La FHF a été signataire, en juin 2020, avec les autres fédérations hospitalières et la Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS), d'un protocole proposant à l'ensemble des organisations concernées par la réponse territoriale en santé, aux représentants des usagers, aux élus, de s'associer à la promotion d'une **démarche partagée de coopération sur chaque territoire à partir du concept inscrit dans la loi de responsabilité populationnelle**. Cette démarche vise à définir les besoins et organiser les réponses sur chaque territoire, au plus près de la population.

Travailler ensemble dans le respect des missions de chacun et dans une volonté commune de coopérer au service de la population, est l'objet même du **projet territorial de santé** décrivant les coopérations nécessaires aux parcours de soins, aux démarches de dépistage, de prévention et de promotion de la santé, en articulation avec la mise en place des **dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**.

Les DAC apportent un appui et des réponses concrètes aux professionnels de santé et à la population pour la coordination des parcours de santé complexes. Investis d'une mission de service public, ils proposent des réponses globales et coordonnées, apparaissent comme des facilitateurs de la coordination territoriale et ont toute leur place au sein des projets territoriaux de santé.

Ainsi, sur chaque territoire, la population doit ainsi avoir accès de façon égale, et dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, aux services attendus dans le champ sanitaire et médico-social.

## Présentation de la CPTS du Haut-Doubs

- **SA COMPOSITION**

7 Maisons de santé, hôpitaux, SSR, EHPAD, libéraux (médecins, IDE, Sage femmes, kiné...). Tous sont représentés soit 300 personnes qui regroupent 80 à 85% des professionnels de santé du territoire.

- **SON TERRITOIRE**

100 communes, 53 000 habitants, pays du Haut Doubs, zone rurale de moyenne montagne.

- **SON ORGANISATION**

association loi 1901, CA avec 34 membres tous issus du territoire avec une composition variée dans les professionnels (dont une personne représente le champ du handicap et une autre les personnes âgées...).

- **SON FINANCEMENT**

Par la CPAM et l'ARS.

- **SES ACTIONS**

Accès aux soins / amélioration des soins non programmés, soutien aux professionnels, actions de prévention, pilotage/gouvernance des centres de vaccination.



**LA RESPONSABILITÉ  
POPULATIONNELLE,  
ILLUSTRATION  
DE L'ORGANISATION  
TERRITORIALISÉE  
DE LA SANTÉ**

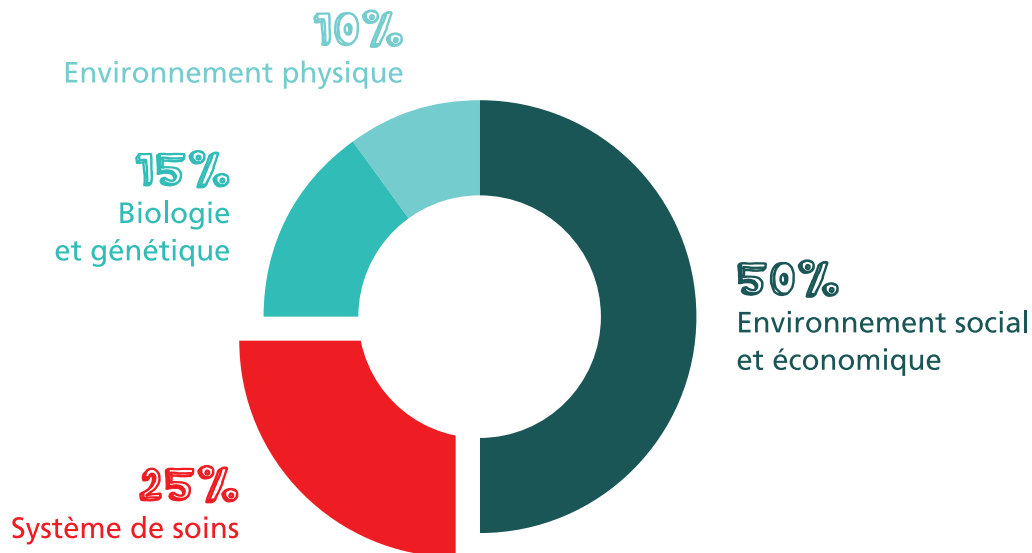


Le modèle de la responsabilité populationnelle vise le triple objectif d'une meilleure santé pour la population, d'une meilleure prise en charge pour les patients au sein de cette population, et d'une meilleure utilisation des ressources, au service de la santé de cette population. C'est un modèle d'excellence clinique qui vise à offrir le bon service à la bonne personne, au bon moment.

Cette approche implique nécessairement la **définition d'un territoire d'action** où réside la population ciblée et un changement de logique, d'une file

active de patients fréquentant l'hôpital, le médecin ou un établissement médico-social, à une population qu'il s'agit de maintenir en santé, qu'elle fréquente ou non l'hôpital ou une structure médico-sociale publique. Cela signifie l'intégration dans la démarche d'acteurs qui dépassent largement le seul champ sanitaire stricto-sensu. Il est estimé que les services de santé « n'expliquent » que 25% de l'état de santé de la population, 50% est déterminé par son environnement économique et social.

## Quel est l'impact réel du système de soins ?



Source : Canadian Institute for Advanced Research

Cette complémentarité doit donc se retrouver à la fois dans l'élaboration des stratégies de santé destinées à une population et, bien sûr, dans la gouvernance de cette stratégie. Cette dynamique se retrouve dans la gouvernance et dans le mode opératoire du modèle de responsabilité populationnelle.

En pratique, le modèle de responsabilité populationnelle **mobilise les trois niveaux de territoires** (local, de projet, régional/de recours). Il articule à

chaque niveau une double organisation : clinique d'une part, stratégique de l'autre. C'est cette double organisation, clinique et stratégique, qui donne sa force au modèle, et les projets territoriaux de santé pourraient utilement reprendre certains de leurs axes.

L'illustration de ce modèle est proposée à partir du territoire pionnier de la Haute-Saône.

## LES « TERRITOIRES DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE »

L'élaboration et la conduite opérationnelle d'un programme de responsabilité populationnelle implique de s'appuyer sur un territoire suffisamment important pour que l'on y retrouve l'essentiel des ressources -notamment sanitaires- pour répondre aux besoins d'une population cible, mais aussi la capacité à générer des cohortes suffisantes de population pour pouvoir effectivement déployer une approche populationnelle. À l'inverse, cette échelle doit être suffisamment « proche » des acteurs de proximité pour que puisse exister une réelle connexion entre le niveau local et le niveau de recours. Les expériences internationales convergent vers des tailles de 300/500 000 habitants.

Les GHT présentent, dans leur ensemble, une taille et des caractéristiques d'offre de services adaptés à

ces conditions. Pour autant, du point de vue de la responsabilité populationnelle, ils souffrent de deux obstacles majeurs : ils ne concernent que les établissements publics, et sont essentiellement concentrés sur l'offre en MCO.

C'est dans ce contexte qu'ont été développés **les territoires de responsabilité populationnelle**. Ceux-ci sont basés sur la consommation réelle de services de santé pour tous les champs de l'hospitalisation (MCO, SSR, HAD, Psy.) et pour tout type d'établissement (privé lucratif ou non, public). C'est au sein de ces 131 territoires de responsabilité que nous allons « chercher » nos populations-cibles : des résidents qui correspondent aux caractéristiques de nos populations, et qui peuvent avoir ou non fréquenté l'hôpital de ce territoire.

## AU CŒUR DE L'ORGANISATION : LE PROGRAMME CLINIQUE

### AU NIVEAU TERRITORIAL : COOPÉRATION CLINIQUE ET GOUVERNANCE STRATÉGIQUE

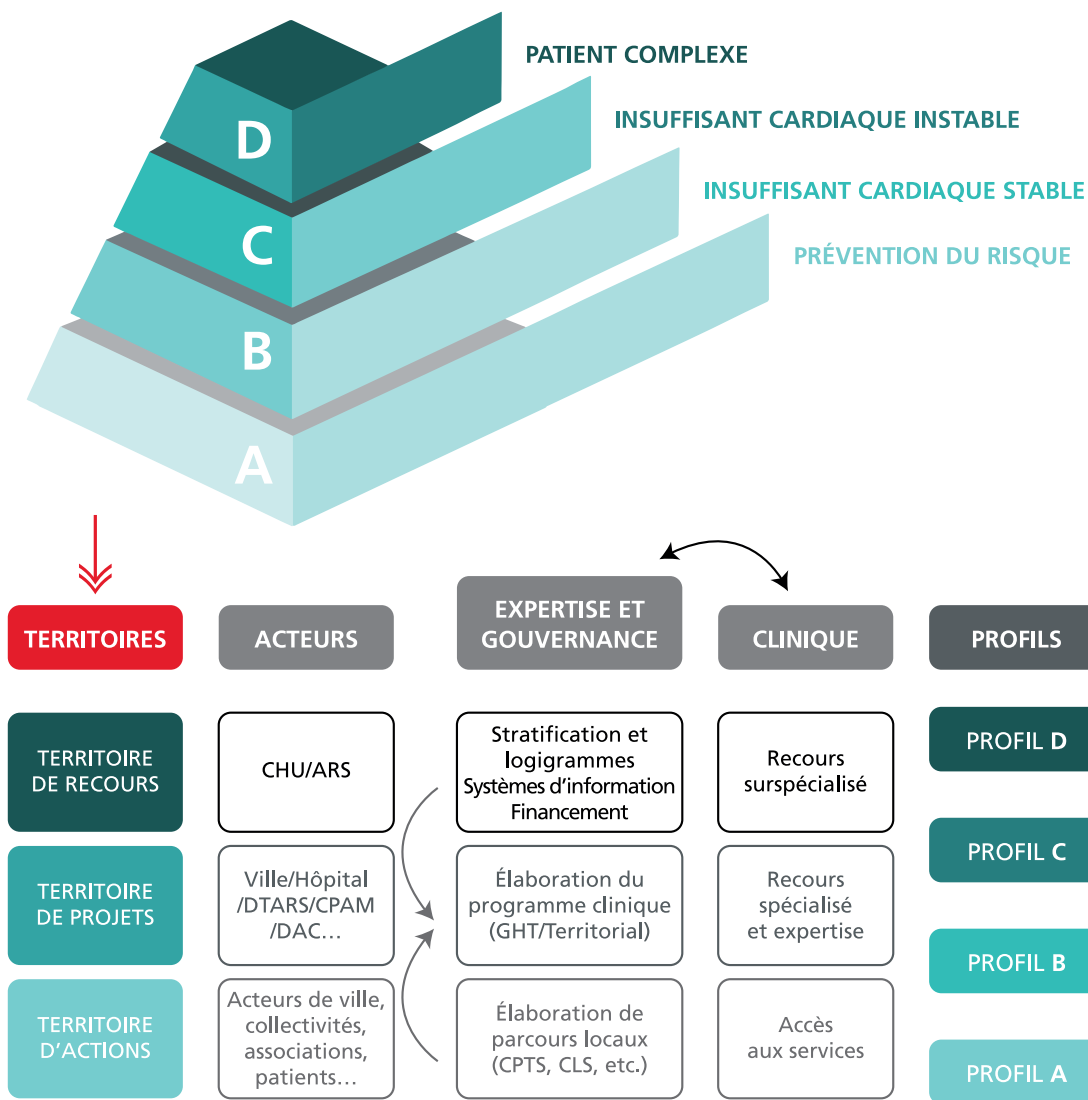
L'objectif du modèle est de répondre aux besoins d'une population, des personnes à risque jusqu'aux patients complexes. L'articulation doit donc se faire à l'endroit où se croisent services de première ligne (local), et recours niveau 1 (territorial), en mobilisant l'expertise et les capacités du niveau régional.

Deux volets existent à ce niveau : **la coopération clinique** et **la gouvernance stratégique**.

### LA COOPÉRATION CLINIQUE : RÉUNIONS CLINIQUES ET PROGRAMME CLINIQUE

Ces réunions rassemblent l'ensemble des acteurs de santé qui « touchent » à la population-cible : médecins généralistes et spécialistes hospitaliers, infirmiers, pharmaciens, associations, collectivités, et patients. Collectivement, ils se mettent d'accord sur la meilleure façon de s'organiser pour mettre en œuvre de façon systématique cet état de l'art, ainsi que sur des actions propres à leur territoire, en fonction de leurs besoins et de leurs ressources. Le résultat des réunions cliniques constitue le programme clinique partagé des acteurs de santé du territoire à l'égard de la population-cible.

## LE SYSTÈME EN UN COUP D'ŒIL



Responsabilité  
Populationnelle

### LA GOUVERNANCE STRATÉGIQUE : LÉGITIMITÉ DU PROGRAMME ET CARACTÈRE EXÉCUTOIRE DU PROGRAMME

Par la force des choses, le programme clinique et les actions qu'il contient vont engager un grand nombre d'acteurs institutionnels : collectivités, ARS, Assurance-Maladie, professionnels libéraux, etc. Ces acteurs sont par ailleurs nécessaires pour « potentialiser » les actions et les stratégies décrites dans le programme clinique.

Ils doivent donc s'engager sur ce programme en l'adoptant et en assurant le suivi. En outre, si l'on sort

du cadre de l'expérimentation, il serait tout à fait légitime que le choix des populations à « traiter » en priorité soit fait à ce niveau.

Un étage de gouvernance stratégique est donc nécessaire, à la fois **pour opérationnaliser le programme et pour en assurer la légitimité**. Dans le cas de la Haute-Saône, par exemple, le COPIL stratégique rassemble l'ARS, l'URPS Infirmiers libéraux, la CPAM, le CDOM, le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) et le GHT. Pour être complet, il faudrait intégrer les patients à cette gouvernance stratégique ainsi que les collectivités.



## AU NIVEAU DU TERRITOIRE DE « RECOURS » : EXPERTISE, ENVIRONNEMENT

On retrouve une nouvelle fois cette double logique : clinique et stratégique.

### AU NIVEAU CLINIQUE : LE RÔLE DES CHU

Bien sûr, le programme clinique vise à mettre en œuvre de façon systématique les connaissances les plus à jour, en fonction des différents profils d'une pyramide de population. Les réunions cliniques sont organisées autour de ce matériel et visent à les opérationnaliser.

La mobilisation de cet état de l'art, sous la forme de logigrammes de prise en charge, eux-mêmes adaptés aux profils cliniques, relève bien sûr d'un niveau CHU, voire national, via les sociétés savantes concernées. Dans le cas de l'expérimentation FHF, la stratification et les logigrammes ont été conçus par la FHF, en liaison étroite avec plusieurs sociétés savantes ayant elles-mêmes désigné des PU-PH experts.

Par ailleurs, du point de vue de la prise en charge, il est évident que les patients les plus complexes ont vocation à être traités dans des établissements de recours « surspécialisés ». Les programmes cliniques devraient donc prévoir, dans l'absolu, des trajectoires de services CH/CHU pour les patients concernés.

### AU NIVEAU STRATÉGIQUE : L'ARS

Par ailleurs, il est évident que le déploiement des programmes cliniques à grande échelle nécessitera notamment un système d'information adapté. Cette question relève des ARS, de même que le financement de certaines des actions ou de personnels (ex : temps de chargés de mission pour assurer l'animation territoriale entre les professionnels). C'est aussi pour cette raison que l'ARS est présente au niveau de la gouvernance territoriale.

## AU NIVEAU DES TERRITOIRES « ACTIONS ET PROJETS » : PARCOURS LOCAUX ET PRISE EN CHARGE DE PROXIMITÉ

Plusieurs territoires de proximité se trouvent à l'intérieur du territoire « de projet ». Ainsi, 4 CTPS couvrent le territoire de la Haute-Saône, de même que plusieurs contrats locaux de santé et un dispositif de coordination.

Les acteurs des territoires de proximité participent à l'élaboration du programme clinique, qui définit des parcours de prise en charge, ainsi que des types d'actions à mettre en œuvre en fonction des différents profils de population. En pratique, ils « envoient » des professionnels ou des participants aux réunions cliniques.

En retour, au niveau local, ces parcours et actions sont « opérationnalisés », notamment au sein des projets de santé des CPTS et des CLS. Ainsi, c'est au niveau local que se décide qui fait l'examen, qui prend la glycémie et quelle structure est chargée de l'APA. De même, si le programme clinique indique qu'il faut mener une action de sensibilisation auprès d'un public à risque, c'est au niveau local que doit se décider où et avec quel partenaire cette action doit être menée.

En pratique, cela ne signifie pas que les PTS ou les CLS doivent uniquement reprendre le programme clinique, mais certains de leurs axes ou de leurs actions sont liées au programme clinique.

De même, les logigrammes de prises en charge présentés et discutés en réunion clinique ont vocation à être utilisés directement par les acteurs de santé du niveau local, en particulier les professionnels de santé libéraux. Ces logigrammes indiquent par exemple comment reconnaître un patient de la strate 1, et les actions cliniques appropriées (stratégies de gradation de traitement, fixation et suivi d'objectifs, etc...).

# CONCLUSION

Il ressort de ces travaux que la dimension territoriale de notre système de santé joue un rôle majeur dans la réponse apportée aux besoins de santé de la population :

- Par une meilleure prise en compte de l'expression de ces besoins via la participation des usagers ou de leurs représentants aux différentes instances et strates de construction du projet territorial de santé ;
- Par une meilleure articulation des interventions des différents offreurs de soins au sens large (de la promotion en santé, du médico-social, du soin en libéral ou en établissement de santé) ;
- Pour garantir à tous une prise en charge et des parcours de soins de qualité et adaptés aux handicaps et aux maladies chroniques ;
- Pour garantir la permanence des soins accessible 24h/24 en tous points du territoire.

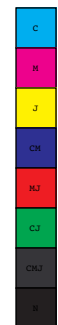
À ce titre, la démarche de responsabilité populationnelle illustre parfaitement l'organisation territoriale prônée par la FHF, en s'appuyant sur les trois niveaux de territoires et sur une double organisation, clinique et stratégique qui en fait sa particularité et une des raisons de sa réussite.

Cette organisation territoriale cible est proche de ce que certains territoires ont d'ores et déjà engagé, notamment de manière plus soutenue depuis la crise sanitaire du Covid-19. En cela, cet épisode dramatique a permis de « faire sauter » un certain nombre de verrous administratifs et financiers laissant davantage de latitude aux initiatives locales et réponses de proximité.

**C'est sur ces dynamiques que la FHF souhaite s'appuyer pour démontrer qu'une organisation de notre système de santé davantage ancrée sur les territoires est non seulement possible mais plus adaptée aux besoins de la population et certainement plus efficiente.**

**Cette contribution relative à l'enjeu de l'aménagement en santé sur les territoires constitue une proposition de la FHF qui a vocation à intégrer le volet territorial du Ségur de la santé, notamment son Pilier 4 – Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers, grâce aux pistes opérationnelles qu'elle propose.**

Enfin, les acteurs de santé et la population qui s'engageront dans la mise en œuvre de ces organisations seront appelés à s'appuyer sur **des valeurs défendues au sein du comité éthique de la FHF** comme la confiance, la bienveillance, l'équité, la solidarité, la soutenabilité, l'évaluation, la considération, la décision partagée, la compassion ou l'empathie.





FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis rue Cabanis – 75993 Paris cedex 14  
T. + 33 (0)1 44 06 84 44 – fhf@fhf.fr

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

