



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Groupe contact élus

Jeudi 15 octobre 2020

Situation sanitaire – COVID 19

Situation sanitaire ●

Feuille de route
du Ségur ●

Focus
d'intérêt ●

Modalités de suivi ●

Questions - réponses ●

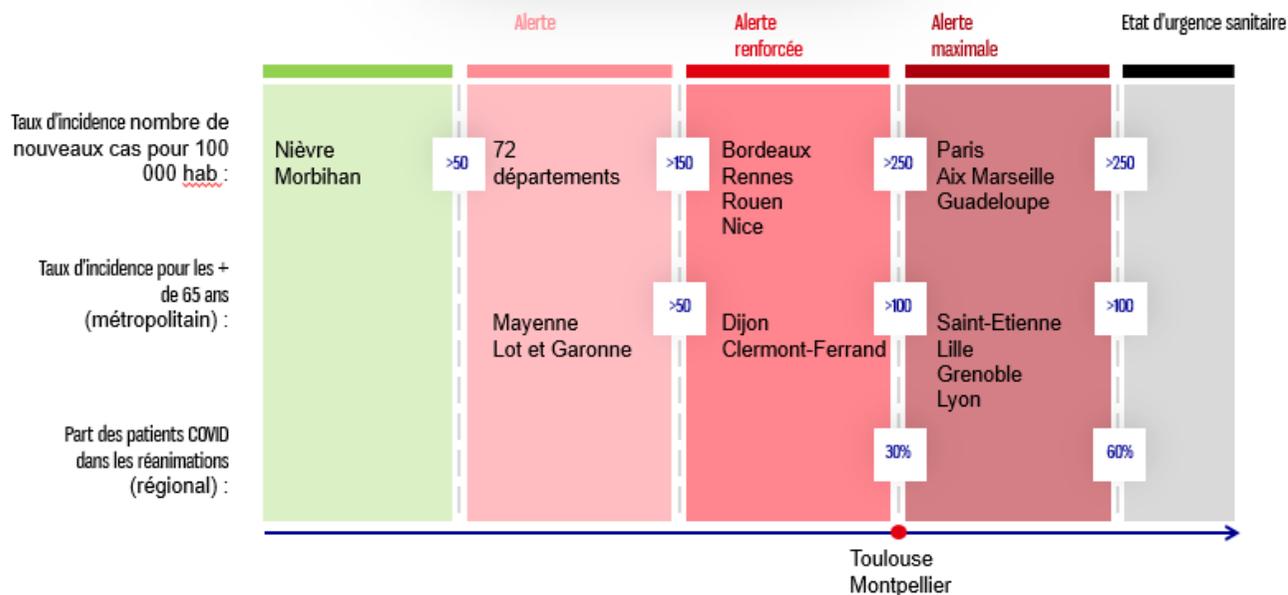
Situation sanitaire – COVID 19

Une reprise épidémique qui s'intensifie...

- Augmentation du nombre de cas positifs / jour
- Taux d'incidence (nouveaux cas) : 116 / 100 000 habitants
- Taux de positivité des tests RT-PCR : 9% (5% en sept.)
- Augmentation des hospitalisations conventionnelles et en réanimation
- Intensification surtout ressentie dans les grandes métropoles
- Anticipation d'une tension accrue dans les prochaines semaines

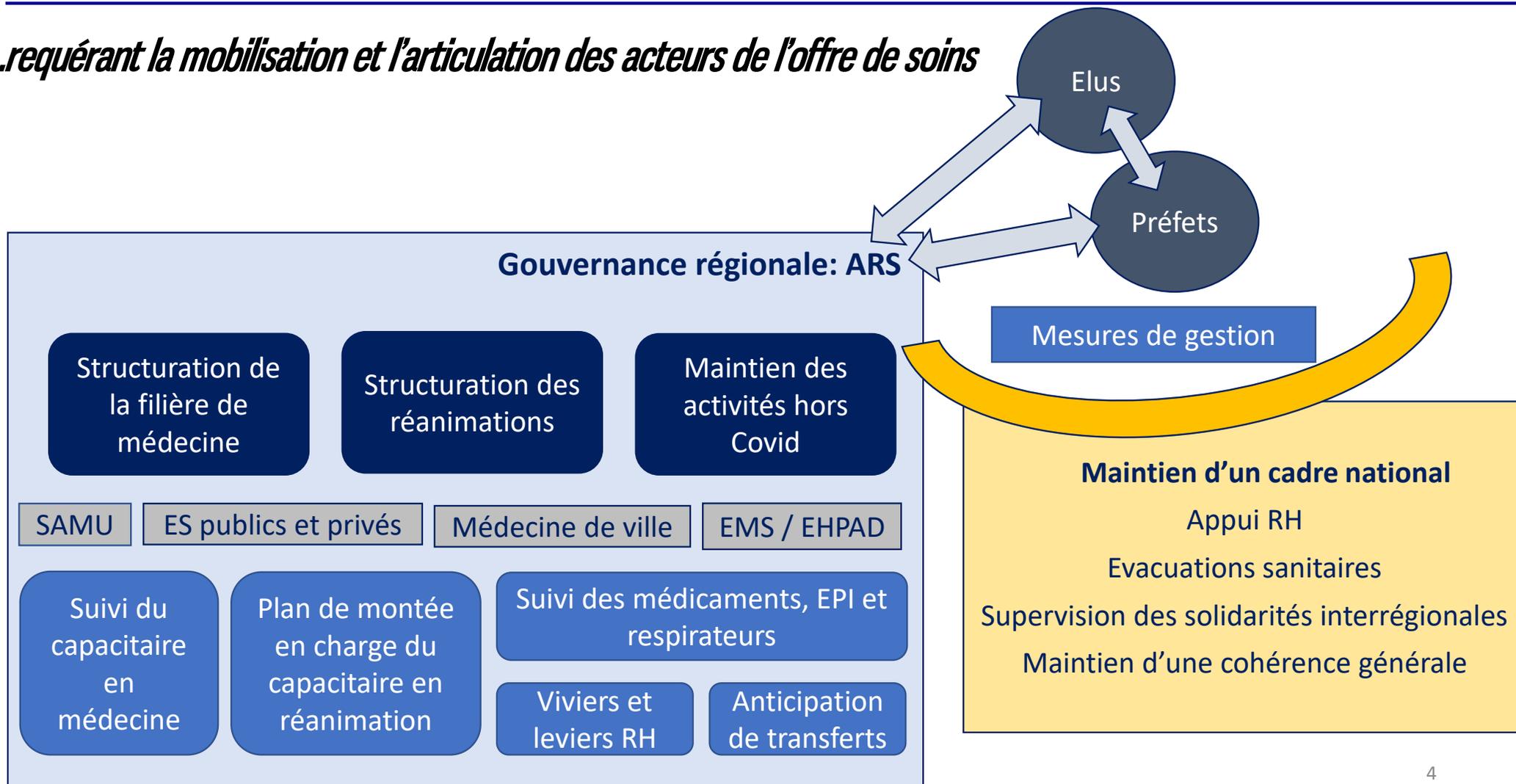
Données au 08/10/2020

CLASSEMENT DES TERRITOIRES EN FONCTION DE LA CIRCULATION DU VIRUS



Situation sanitaire – COVID 19

...requérant la mobilisation et l'articulation des acteurs de l'offre de soins



Feuille de route du Ségur

Situation sanitaire ●

Feuille de route
du Ségur ●

Focus
d'intérêt ●

Modalités de suivi ●

Questions - réponses ●

Continuité entre Ma Santé 2022 et le Ségur de la santé

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



Un seul plan « Ma santé 2022 » 9 chantiers

Structuration territoriale

Gradation des soins/ GHT

Urgences / SNP

Qualité et pertinence

Financement et tarification

Formations

Management et engagement professionnel

Diversification des parcours professionnels

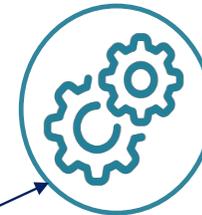
Numérique en santé



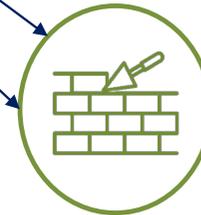
Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent



Axe transversal: Accélérer le développement du numérique en santé



Pilier 3 : Simplifier les organisations et le quotidien des équipes



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

Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Mesure 1

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

Mesure 2

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

Mesure 3

Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical

Mesure 4

Augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés

Mesure 5

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

Mesure 6

Accélérer le déploiement des IPA

Mesure 7

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

Mesure 8

Favoriser les exercices mixtes -entre ville et hôpital

Premiers engagements réalisés: PILIER RH

Pour les professionnels médicaux

Première tranche de la revalorisation socle (90 euros net/mensuels) dès septembre 2020 pour les personnels des EPS et EHPAD publics et sa prise en compte pour la retraite (textes publiés le 19/09)

Revalorisation de l'IESPE pour l'ensemble des statuts et des personnels médicaux (premier palier avec une revalorisation de 493€ à 700€ brut mensuels) au 01/09/20 + IESPE et IASL pour les PH en période probatoire (textes publiés le 22/09)

Fusion des trois premiers échelons de la grille de PH (texte publié le 29/09)

Pour les professionnels non médicaux

Doublement des ratios promus / promouvables (arrêté publié le 08/09)

Ouverture de 1300 places supplémentaires en IFSI dès la rentrée 2020

Pour les étudiants et internes

Revalorisation des traitements et émoluments des étudiants de 2ème cycle en MMOP au 01/09/20 **puis des internes** au 01/11/20 (textes publiés le 22/09)

Instruction interministérielle relative à la **mise à disposition et l'entretien gratuit des tenues professionnelles des étudiants paramédicaux** (instruction publiée le 07/09)

Création d'une **Indemnité forfaitaire d'hébergement** pour les externes en stage ambulatoire en zone sous-dense (textes publiés le 09/10)

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

Mesure 9

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

Mesure 10

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

Mesure 11

Accélérer la réduction de la part de T2A

Mesure 12

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

Mesure 13

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

Mesure 14

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

Mesure 15

Renforcer la qualité et la pertinence des soins

Mesure 16

Soutenir et dynamiser la recherche en santé

Mesure 17

Développer les hôtels hospitaliers

Premiers engagements réalisés: PILIER INVESTISSEMENT

Plan d'investissement

Mesure inscrite au PLFSS 2021

Accompagnement de projets pilotes pour le
déploiement du modèle

Réforme du financement

Mesure PLFSS sur l'**expérimentation
d'une dotation populationnelle en
médecine**

DCE feuille de route (SSR, psy,
urgences, Hprox, IFAQ)

Lits à la demande

Instruction ministérielle dans les
prochains jours

Enveloppe FIR 50M€ fin 2020

Rénovation de l'ONDAM

Lettre de mission HCAAM envoyée

Hôtels hospitaliers

Mesure inscrite au **PLFSS 2021**

Pilier 3 : Simplifier les organisations et le quotidien des équipes

Mesure 18

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

Mesure 19

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

Mesure 20

Simplifier les procédures et libérer du temps pour les hospitaliers

Mesure 21

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

Mesure 22

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

Mesure 23

Mieux prévenir les conflits à l'hôpital

Premiers engagements réalisés: PILIER GOUVERNANCE

Gouvernance

Travaux en cours sur **l'identification de vecteurs** pour assouplir les modalités de gouvernance

- Réhabiliter la place du service
- Adapter les organisations locales
- Mieux représenter les soignants et les usagers

Simplification

Protocoles de coopération locaux dans PJJ
ASAP

Ordonnance de **simplification mission ARS**
(CPOM ES) finalisée

Réforme des autorisations

Envoi au CE pour **autorizations NRI et SSR**

Fin de travaux pour autorisations médecine nucléaire, grands brûlés, cardiologie interventionnelle, soins critiques, HAD et médecine d'urgence.

Commande publique

Mesure de **relèvement des seuils pour les travaux** inscrite dans la PJJ ASAP

Lancement des GT avec les professionnels sur la simplification de la commande publique

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

Mesure 24

Assurer le développement de la télésanté dans tous les territoires

Mesure 25

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

Mesure 26

Concrétiser le service d'accès aux soins (SAS)

Mesure 27

Lutter contre les inégalités de santé

Mesure 28

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

Mesure 29

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

Mesure 30

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

Mesure 31

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

Mesure 32

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

Mesure 33

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

Premiers engagements réalisés: PILIER TERRITOIRES

Télésanté

Négociations conventionnelles en cours: conditions de remboursement des téléconsultations; prise en charge de la télémedecine pour les sages-femmes et chirurgiens-dentistes; prise en charge du télésoin

Exercice coordonné

Lancement des **négociations conventionnelles médecins (17/09) et ACI/CPTS (24/09)**

- Dernier recensement:
- **578 projets de CPTS** (73 en fonctionnement)
 - Plus de **1500 MSP**
 - Environ **450 CdS**

SAS

Finalisation de l'appel à projet de **sites pilotes** (48 candidatures) **pour des organisations ville/hôpital**

Elaboration de **l'expression de besoin du volet digital** du Service d'Accès aux Soins

Inégalités de santé

Consultation des DG ARS sur le **projet de gouvernance stratégique régionale** de réduction des inégalités

Consultation des référents DG ARS Précarité sur la **mise en œuvre des dispositifs**

Personnes âgées

Pérennisation des dispositifs renforcés pendant la crise Covid-19: astreintes gériatriques et soins palliatifs, équipes mobiles de gériatrie, mobilisation de l'HAD en Ehpad, IDE de nuit, hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation en EHPAD

Hôpitaux de proximité

Deuxième tour de concertation des textes relatifs à la labellisation

Psychiatrie

Renforcement des CUMP d'ici fin 2020

Gouvernance régionale

Evolution des CRSA: Note de démarche validée, travaux avec les ARS en cours

Evolution des ARS: Note de démarche en cours de validation

Focus d'intérêt

Situation sanitaire ●

Feuille de route
du Ségur ●

**Focus
d'intérêt ●**

Modalités de suivi ●

Questions - réponses ●

Focus d'intérêt

Réforme des transports sanitaires urgents

Réforme des transports sanitaires urgents

État des lieux : une organisation et un financement de la garde ambulancière inadaptés

- **Garde ambulancière la nuit** et les **week-ends** et **jours fériés**, avec au moins une ambulance postée par **secteur de garde** infradépartemental : moins d'une intervention par 12h en moyenne dans 1/3 des secteurs, 54 % des carences ont lieu en journée
- Financement : un **forfait de garde** défini en 2003 + un paiement à l'intervention avec **abattement** de 60 % par rapport au tarif classique
- Mobilisation du SIS en cas de **carence ambulancière** : forfait de 124 € par intervention, augmentation de plus de 10 % par an depuis 5 ans
 - Des **expérimentations dans plusieurs territoires** ont mis en avant des innovations qui permettent de gagner en efficacité.

Principes de la réforme encore en cours de travail avec les acteurs

- **Rénover le modèle économique des TSU** : un modèle plus incitatif basé sur une garantie de rémunération sur base horaire
 - **Optimiser l'organisation de la garde ambulancière** : des ambulances postées non plus à des horaires nationaux uniformes, mais en fonction des besoins sur chaque territoire sur toute la plage horaire H24. Selon le niveau d'activité : absence de garde, garde en journée, garde en journée et soirée, garde H24. Possibilité de multiplier les ambulances postées si l'activité le justifie. Redéfinition du découpage des secteurs de garde
 - **Généraliser des innovations organisationnelles** : coordinateur ambulancier, géolocalisation des véhicules
 - **Limitier l'impact opérationnel des carences sur les SIS** : possibilités de dépose de patient auprès de structures de ville, développement des pratiques de jonction entre transporteurs sanitaires et SIS, travail sur une revalorisation du financement de la carence ambulancière
-

Réforme des transports sanitaires urgents

Objectifs et impacts de la réforme

- **Une remobilisation des transporteurs sanitaires privés sur l'urgence préhospitalière** : une valorisation au juste coût de l'activité, une rémunération des sorties sans transport, une organisation limitant l'immobilisation de véhicules sans activité
- **Des effecteurs disponibles et facilement mobilisables pour le SAMU, au bénéfice des patients** : augmentation globale de 23 % des heures de garde, garde H24 couvrant 74 % de la population et 37 % des secteurs actuels, garde en journée couvrant 94 % de la population et 73 % des secteurs
- **Un allègement de la pression opérationnelle sur les SIS** : environ baisse de plus de 100 000 interventions hors du cœur de mission des sapeurs-pompiers, forte diminution du nombre de sollicitations en journée en semaine, disparition des cas de territoires à très haut niveau de carences

État d'avancement

- **Modèle de rémunération** : négociations conventionnelles CNAM/TS en cours depuis juin 2020
 - **Modalités organisationnelles** : réunions de concertation régulières depuis janvier 2019, textes réglementaires nationaux associant MI prochainement soumis à la concertation, GT à venir ARS-CPAM-préfet-SAMU-TS-SDIS pour revoir l'organisation départementale
 - Début 2021 : publication d'un décret en Conseil d'Etat et d'une instruction optimisant les principes d'organisation de la garde
 - À partir de début 2021 : groupes de travail départementaux sur la réorganisation de la garde
 - **Courant 2021 : application de la réforme** en fonction du niveau d'avancement de chaque territoire
-

Focus d'intérêt

Service d'accès aux soins (SAS)

Contexte et périmètre du projet SAS

- Les travaux SAS s'inscrivent dans la continuité du **Pacte de refondation des urgences** (septembre 2019). Le projet du SAS a été réaffirmé dans le cadre de la **mesure 26 du Ségur de la santé** (conclu le 21 juillet 2020). Les travaux ont été relancés en juin 2020 avec la volonté d'avancer dans un calendrier resserré.
- Le SAS doit permettre à chacun d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé qui pourra lui fournir un ensemble de réponses allant du **conseil à la téléconsultation, en passant par l'orientation vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgences avec déclenchement d'un SMUR ou d'un autre vecteur** le cas échéant. Ce service serait fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours.
- Pour rappel, les travaux s'articulent autour de 2 volets :
 - La construction de la **plateforme digitale à l'échelle nationale**.
 - La mise en place de projets terrain permettant une **régulation téléphonique commune ville-hôpital**

Impact de la Covid-19

- Des travaux suspendus et un **calendrier adapté**
 - Une capitalisation sur les **organisations innovantes SAMU-ville** pendant le Covid (RETEX ARS, enquête globale)
-

Réalisations et prochaines échéances

	Réalisations - été 2020	Mi-septembre	Fin septembre	Mi-octobre 2020	Octobre-décembre	Janvier 2021	Mars-août 2021	Automne 2021	Fin 2021 / T1 2022
Volet sur la plateforme digitale	<ul style="list-style-type: none"> Définition d'une expression de besoin fonctionnel technique en associant largement les parties prenantes (professionnels et usagers) Lancement d'un chantier sur les référentiels et bases de données d'offre de soin en vue de leur utilisation par le SAS (état des lieux des outils, cahier des charges, audit des bases de données actuelles) 	Réalisation des derniers arbitrages fonctionnels et techniques sur la plateforme		Validation de la proposition de l'ANS et lancement des travaux de développement	Conception et préparation de la mise en service	V1 de la plateforme digitale	Déploiement de la plateforme digitale sur les pilotes et RETEX	Diffusion d'un bilan, et préparation de la généralisation	Généralisation
Mise en place de la régulation commune	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion d'une instruction aux ARS pour identifier des projets pilotes Diffusion de l'enquête RETEX sur les initiatives mises en place au cours de la crise sanitaire pour faciliter la régulation médicale et la prise en charge des patients 		Réception des propositions ARS de pilotes	Choix des pilotes	Préparation des pilotes (pilotage ARS en lien avec le niveau national)	Lancement opérationnel des pilotes	Réalisation d'un retour d'expérience sur les pilotes	Diffusion d'un document de cadrage national	Généralisation

Focus d'intérêt

Hôpitaux de proximité

Etat des concertations en cours

Etat d'avancement du chantier: labellisation par les missions

- Le corpus juridique proposé est en **cours de concertation**:
 - Il fixe les principes d'une labellisation par les DGARS, sur la base d'éléments de cadrage nationaux et le **caractère volontaire** de la démarche pour les établissements
 - Un dossier de labellisation national, sera à **renseigner par les établissements** et instruit par les ARS.
- Publication souhaitée (ordonnance, décret, arrêté) **dès octobre 2020**

Premières orientations concernant la gouvernance

- Une gouvernance **souple et opérationnelle**, qui s'oriente sur la déclinaison suivante:
 - L'établissement est tenu de passer une convention avec les acteurs du territoire qui définit les modalités de coopération et de co-construction de projets communs. **C'est aux acteurs de proposer l'organisation la plus adaptée** (ex: émanation de la CME, CPTS, comité ad hoc)
 - Un droit à **l'expérimentation** est ouvert pour permettre aux acteurs d'aller plus loin dans l'intégration et le décloisonnement, notamment pour les territoires les plus matures en termes de coopération
- Publication souhaitée (ordonnance et décret): **novembre/ décembre 2020**

Un modèle de financement adapté en cours de construction

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

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

Impacts de la crise sanitaire

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

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

- Stabiliser le corpus juridique, de la réforme, notamment sur le volet relatif à la labellisation pour mieux donner à voir « l'objet hôpital de proximité ». **Il offre le cadre permettant aux établissements de santé volontaires de s'engager dès 2020 dans la démarche.**
- Afin de privilégier une **labellisation « qualitative »**: enclencher le déploiement de la réforme dès l'automne (sensibilisation et outillage des régions) en laissant aux régions le soin de définir des calendriers au vue du contexte
- Une **première application des modalités de financement** spécifiques dès 2021 pour les établissements labellisés d'ici le printemps
- Des modalités **d'accompagnement et de transition** (hôpitaux de proximité répondant aux conditions de 2016 par exemple) pour les établissements qui seraient amenés à intégrer le modèle ultérieurement

Focus d'intérêt

Exercice coordonné

Présentation de la mesure et calendrier indicatif

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

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

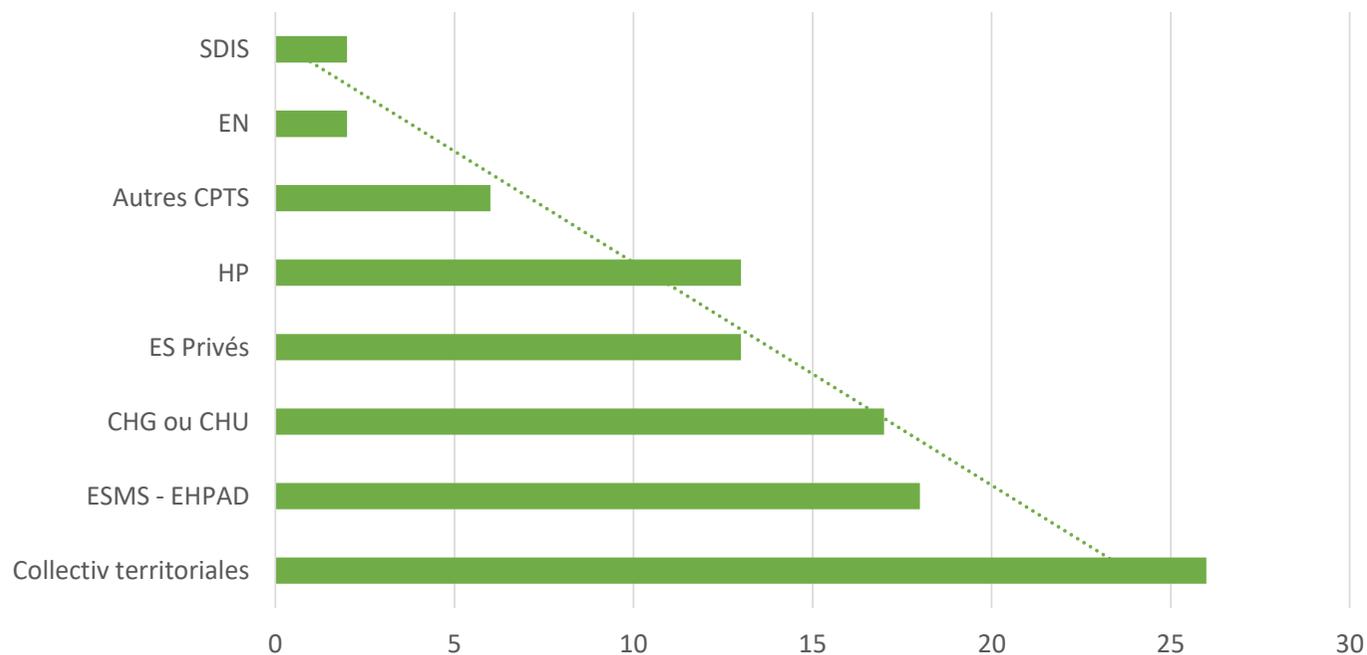
- Atteindre l'objectif fixé en 2017 de **doublement du nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé d'ici 2022** ;
- Conforter les **équipes de soins (primaires et spécialisées)** en les dotant d'un cadre et de missions formalisés ;
- Mettre en place un mécanisme de **bonus financier pour soutenir les CPTS** créées en 2020/2021 et celles qui s'engagent dans des missions de régulation / coordination en matière de soins non programmés.

Calendrier

- 24 septembre 2020: début des négociations conventionnelles sur les ESP / ESS et les CPTS
- T4 2020: ordonnance de simplification du statut juridique des MSP / CSP

Retex Covid auprès des porteurs de CPTS

Des collaborations approfondies pendant la crise



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

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

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

Focus d'intérêt

Evolution des investissements en santé

Évolution de l'investissement

- **6Md€ Ségur :**
 - 2,5Md€ modernisation de l'offre sanitaire ville/hôpital
 - 1,5Md€ rénovation et construction de places d'EHPAD
 - 2Md€ numérique, dont 600M€ numérique EHPAD

Mouvements du Ségur vers :

- Déconcentration plus large auprès des ARS
 - Accompagner les projets très en amont par un haut niveau de compétences
 - Affiner l'approche territoriale des investissements
 - Impliquer davantage les élus
-

Organisation nationale – projet

- **Conseil scientifique**
 - Propose un ajustement des critères de dimensionnement
 - Propose de nouveaux outils d'analyse de l'offre de soins ville/hôpital/médico-social
 - Propose de nouveaux types d'investissement hybride ville/hôpital/médico-social
 - Composition : experts, DAC, ARS
 - **Conseil national d'investissement en santé**
 - Décide des investissements >100M€ HT travaux
 - Valide une doctrine
 - Composition : ARS + experts + élus
 - **Pool d'experts nationaux**
 - Accompagnement des projets en amont
 - Concertation pluridisciplinaire sur les projets
 - Expertise
-

Organisation régionale - Projet

- **Accompagnement des projets très en amont**
 - 1 expert national auprès de chaque ARS pour accompagner les projets très en amont
 - RCP projets (si pas de pb -> reste régional, si pb -> national)
 - **Gestion régionale des investissements**
 - Attente d'une analyse de l'offre de soins transversale ville/hôpital/médico-social
 - Implication des élus locaux
 - **Montée en charge des compétences au sein des ARS**
 - Investissement / MOA / travaux
 - Analyse de l'offre de soins
-

Focus d'intérêt

Télesanté

Les enjeux de la télésanté

Retour sur le développement du cadre légal et conventionnel

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

L'accompagnement des acteurs

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

La période de l'épidémie covid-19

- **Accélération massive** : De 10 000 à 1 000 000 de téléconsultations par semaine au plus fort de la crise (aujourd'hui env. 160 000).
 - **Déroptions** :
 - Modification des conditions de prise en charge (part 100% AMO, autorisation ciblée du téléphone)
 - Autorisation d'activités de télémédecine au-delà du cadre légal (activités Sages-Femmes)
 - Déploiement du télésoin en avance de phase (pharmaciens, infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicure-podologues)
 - **Communication** : site internet du MSS / Référencement des solutions
-

Les perspectives

Poursuite des dynamiques télémédecine et télésoin

- Prolongation jusqu'à fin décembre des **dérogations COVID** (hors téléconsultations par téléphone)
- **Téléconsultation** : assouplissement des principes de prise en charge (connaissance préalable, parcours de soins coordonné) : avenant 8 à la convention médicale (expérimentations) en cours et nouvelles négociations
- **Téléexpertise** : ouvrir la possibilité de solliciter une téléexpertise médicale par un professionnel de santé non médical.
- **Télesurveillance** : prévoir les modalités de droit commun à échéance de l'expérimentation ETAPES (31/12/2021)
- **Textes d'application de la loi sur le télésoin** (DCE et arrêtés) autorisant l'usage du télésoin dans le droit commun, et permettant à chaque profession concernée d'ouvrir les négociations conventionnelles pour le remboursement des actes.

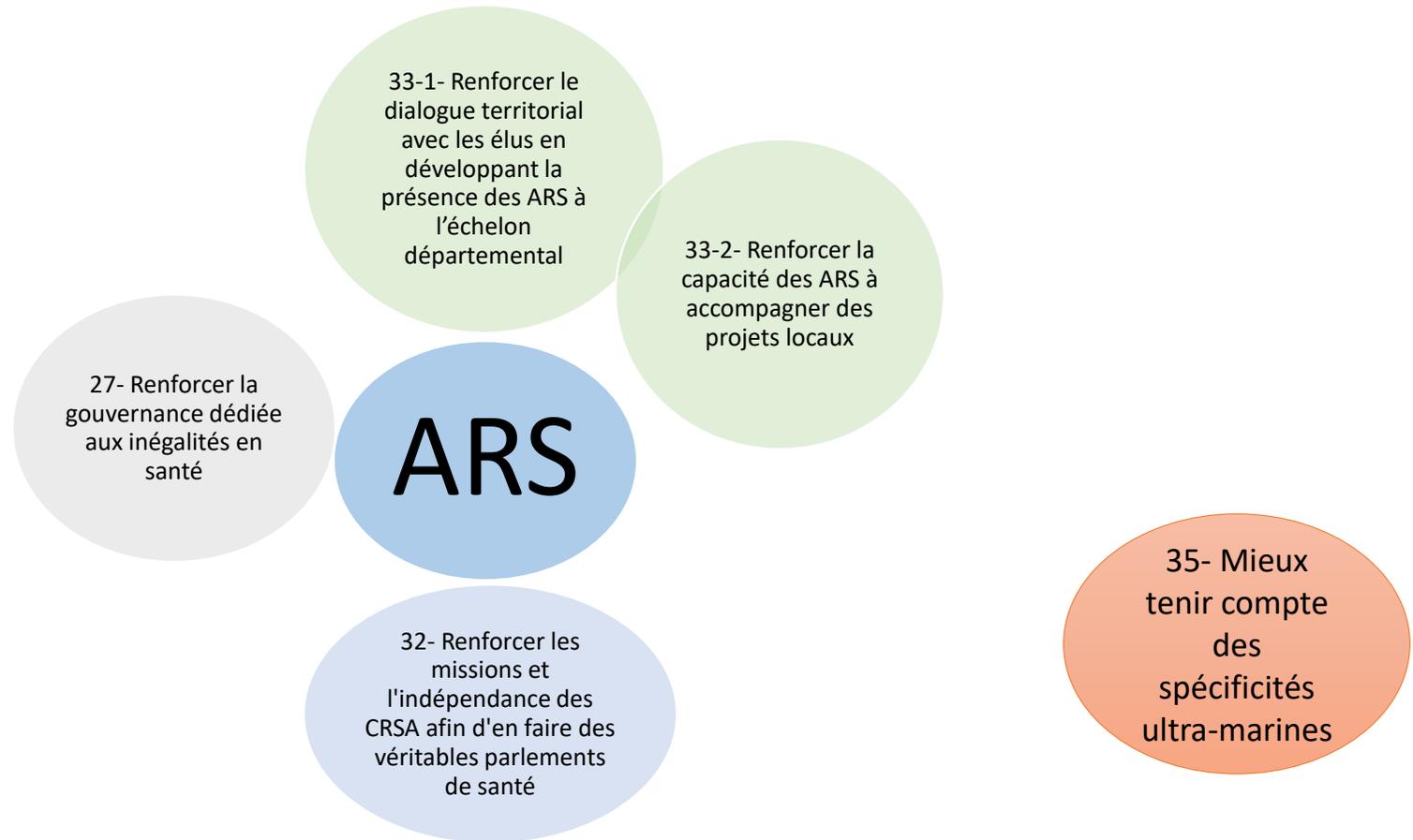
Accompagner la télésanté

- Poursuite de la **feuille de route du numérique en santé** : intégration de la télémédecine au ROR, référencement des outils de la télésanté dans convergence pour intégration à l'ENS
 - Poursuite de **l'information des professionnels et du grand public**
 - Poursuite de **l'équipement et de l'accompagnement des acteurs** en ville, à l'hôpital et dans le champ médico-social
-

Focus d'intérêt

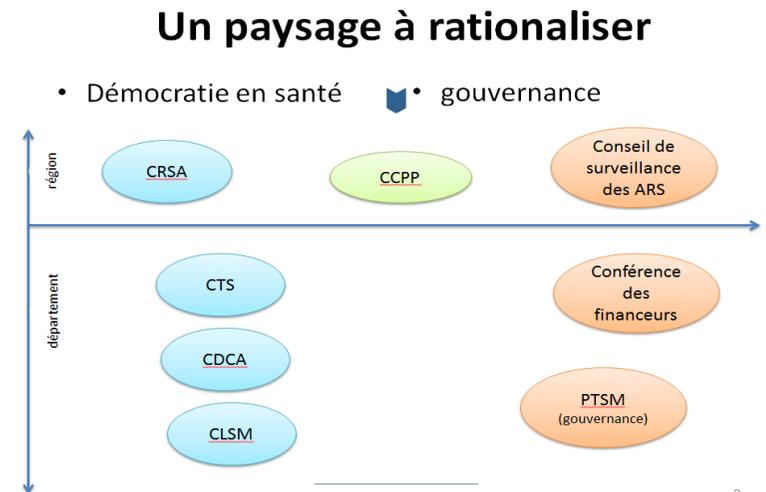
Evolution des ARS

Evolution des ARS: 4 mesures



Evolution des ARS: méthode et avancement

- **Association des élus aux décisions**
 - prolongation d'un an du mandat des membres des conseils de surveillance pour se donner le temps de reconstruire une instance où la place des élus sera renforcée
 - Mettre à plat les instances dans lesquelles les élus sont représentés pour en rationaliser le paysage, mieux définir les missions et leur permettre d'être plus présents.



Evolution des ARS: méthode et avancement

- Redonner aux ARS des marges de manœuvre pour mieux accompagner les projets locaux:
 - Sur le FIR (politique de fléchage national)
 - Sur la possibilité de déroger à des normes réglementaires
 - Par une revue des missions permettant d'investir davantage les sujets à enjeux

Calendrier/méthode:

-une phase d'itérations: propositions co-construites avec les ARS/ échanges avec les élus et représentants des usagers et patients (démocratie en santé)/ ajustements ...

2 à 3 rounds prévus d'ici fin 2020

-une phase de rédaction des textes à partir du T1 2021

Evolution des ARS:

Améliorer les conditions dans lesquelles les élus sont associés aux décisions

- faire évoluer le conseil de surveillance vers un conseil d'administration
- mettre à plat les instances dans lesquelles les élus sont représentés (CCPP, CRSA, CTS ...): rationalisation/coordination entre instances
- articuler démocratie électorale (élus) et démocratie en santé (représentants des usagers et patients) au sein des instances (CRSA, CTS ...)

Renforcer le dialogue territorial avec les élus en redonnant des marges aux ARS pour leur permettre de mieux accompagner les projets locaux

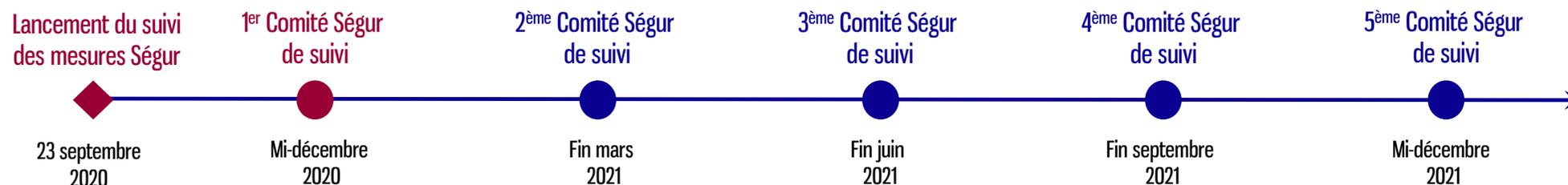
- redonner des marges sur le FIR (revoir les pratiques d'enveloppes fléchées au niveau national) et renforcer la transparence dans les attributions
- Ouvrir des possibilités de dérogation plus larges pour faciliter l'adaptation du système aux besoins locaux

Modalités de suivi

- Situation sanitaire
- Feuille de route du Ségur
- Focus d'intérêt
- Modalités de suivi**
- Questions - réponses

Mise en place d'un Comité de suivi du Ségur

- Fusion de la comitologie Ma Santé 2022 et Ségur
- Comité de suivi Ségur trimestriel, réunissant l'ensemble des membres du comité Ségur



- Modalités de suivi spécifique des protocoles d'accord du Ségur (pilier 1 – RH)

Questions-réponses

Situation sanitaire ●

Feuille de route
du Ségur ●

Focus
d'intérêt ●

Modalités de suivi ●

Questions - réponses ●