

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
Auvergne-Rhône-Alpes

Contribution au Ségur de la Santé

Juin 2020



Contribution au Ségur de la Santé

Table des matières

Un contexte particulier.....	3
Une méthodologie choisie par le ministère des Solidarités et de la Santé perfectible	4
Des modalités participatives mises en œuvre par la CRSA	4
Des considérations générales.....	8
Nos propositions	11
<i>Des métiers renouvelés, qualifiés et reconnus</i>	12
<i>En proximité des besoins et attentes des personnes</i>	14
<i>Avec un financement à la mesure du service rendu</i>	17
<i>En s'appuyant sur des outils modernes de communication</i>	20
<i>Un préalable incontournable : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse</i>	23
Annexe : liste des contributions écrites (consultables sur le Sharepoint de la CRSA)	25

Un contexte particulier

Deux mois jour pour jour après le discours de Mulhouse du Président de la République, le Premier ministre Édouard PHILIPPE et Olivier VÉRAN, Ministre des Solidarités et de la Santé ont donné le coup d'envoi du Ségur de la Santé le 25 mai 2020.

Ils ont rappelé l'ambition de cette concertation avec les acteurs du système de santé : tirer collectivement les leçons de l'épreuve traversée pour bâtir les fondations d'un système de santé encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires.

Le Ségur de la Santé ouvre un mois de concertation, jusqu'à la fin du mois de juin, avec les acteurs du système de santé :

- Des concertations nationales à travers un Comité Ségur national et un groupe Ségur national spécifique autour des carrières et des rémunérations, dès le 26 mai ;
- Des partages d'expérience dans les territoires à partir du 29 mai.
- Une consultation en ligne via un espace d'expression dématérialisé ouvert début juin.

Dans la lignée des orientations fixées par le Président de la République, les concertations du Ségur de la Santé reposeront sur quatre piliers :

- Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;
- Pilier n°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

Les Agences régionales de Santé sont en charge de définir les principes d'organisation générale des partages d'expérience territoriaux au sein de leur région et d'engager leur mise en œuvre. Les CRSA sont sollicitées nommément pour organiser et animer des sessions de partage d'expérience.

Lors de ces sessions, il convient d'accorder une attention particulière à la :

- Représentation des professionnels de santé (personnels hospitaliers médicaux et non médicaux, professionnels de ville, professionnels du médico-social des secteurs publics et privés), des usagers, des élus locaux notamment ;
- Représentation des territoires.

Une méthodologie choisie par le ministère des Solidarités et de la Santé perfectible

On ne peut qu'être d'accord avec l'absolue nécessité de remettre à plat le fonctionnement de notre système de santé et profiter, notamment, des retours d'expériences conduites au cours de cette pandémie pour améliorer le service apporté à la population, et anticiper celles qui vont suivre. Pour autant, la proposition de travail faite dans le cadre du Ségur ne nous paraît pas suffisamment adaptée à l'ambition affichée pour différentes raisons :

- Avant d'élaborer des propositions d'évolution du système de santé, il nous aurait semblé opportun de (se) poser un certain nombre de questions : quel système de santé voulons-nous ? comment allons-nous pouvoir le financer ?
- Les délais imposés, plus que contraints, ne permettent pas une concertation large et suffisamment approfondie. Le temps de réflexion pour en faire une analyse fouillée ainsi qu'une synthèse partagée n'a pas été suffisant pour permettre d'élaborer des propositions très concrètes et laisse un sentiment d'insatisfaction ; amertume amplifiée compte tenu de la situation sanitaire qui a compliqué de façon importante la conduite des travaux et qui aurait justifié, pour le moins, un allongement des délais de consultation.
- Il est aujourd'hui communément admis que le contour de la problématique santé va bien au-delà du seul aspect des soins et doit être appréhendée de manière transversale et tout au long de la vie. On ne peut que s'inquiéter de la quasi-absence, voire de l'absence des représentants des personnes et des représentants des organismes gestionnaires du secteur médicosocial (en particulier du handicap) au sein du Ségur national, Comité Ségur et groupe Ségur. Dans le même ordre d'idée, nous regrettons qu'il n'ait pas été retenu de consacrer un pilier à la politique de prévention et que les représentants de ce secteur ne soient pas membres du Ségur national.
- Les CTS ne sont pas sollicités alors même que la représentation des territoires est clairement mentionnée dans le guide méthodologique.
- Le rôle dévolu dans ce même guide aux CRSA (organiser et animer des retours d'expérience) nous paraît singulièrement réducteur, à l'aune d'ailleurs de l'absence de sollicitations des instances de démocratie en santé (CNS, CRSA, CTS...) par les pouvoirs publics au cours de ces derniers mois.

Des modalités participatives mises en œuvre par la CRSA

Réunie le 3 juin, la commission permanente de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes a décidé de participer au Ségur de la Santé en apportant une contribution rédigée à l'issue de concertations et de retours d'expériences. L'objectif fixé par la commission permanente est de participer à l'amélioration du système de santé au bénéfice des usagers. La concertation s'est déroulée sous 2 formes : groupes de travail et contributions écrites.

Nous avons souhaité, malgré le temps contraint, associer le plus grand nombre à nos travaux ; les 2 formes de concertation ont été proposées aux membres titulaires et suppléants de la CRSA, ainsi qu'aux représentants des CTS. Nous avons également ouvert nos travaux aux institutions et organisations extérieures aux instances de démocratie en santé ayant manifesté leur intérêt et compétence sur le sujet, avec le souci d'intégrer plus spécifiquement les populations ayant peu la possibilité de s'exprimer (personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap, personnes âgées, ...).

La commission permanente a décidé de mettre en place 3 groupes de travail, un par pilier retenu (piliers 1, 3 et 4). La concertation autour du pilier 2 a quant à elle été organisée par le directeur général de l'ARS, le Dr Jean-Yves GRALL : 5 audioconférences avec les différents représentants des professionnels de santé ; le président de la CRSA a été invité à participer à ces rencontres.

Les groupes de travail ont accueilli plus de 40 membres de la CRSA, 5 représentants des CTS et 25 membres d'organisations extérieures. Nous avons reçu près de 40 contributions écrites (liste en annexe), diffusées à l'ensemble des membres de la CRSA par l'intermédiaire de son SharePoint ; elles ont nourri les échanges au cours des réunions des groupes de travail réalisées en audio et visioconférences.

Le texte de notre contribution s'appuie sur les deux formes de participation et s'en alimente mais n'en est nullement une simple synthèse. La CRSA a retenu les propositions étayées par l'expérience acquise au cours de cette crise sanitaire et qui ont fait l'objet d'un large consensus au cours des débats.

Planning des travaux :

- Jeudi 4 juin : appels à candidature
 - Auprès des membres de la CRSA
 - Auprès des représentants des CTS par l'intermédiaire des présidents
 - Pour les organisations extérieures : relayés par les membres de la CRSA à leurs réseaux
- Semaine 24 : 1ère Visioconférence des groupes de travail
- Semaine 25 : rédaction projet contribution de chaque groupe + 2ème Visioconférence pour finaliser la contribution du groupe (ou échange de courriels)
- Semaine 26 : rédaction projet contribution CRSA + Visioconférence de la Commission Permanente le 26 juin pour validation du projet définitif
- Lundi 29 juin : vote par l'assemblée plénière de la CRSA ; envoi de la contribution définitive aux membres de la CRSA, aux présidentes et présidents des CTS, au directeur général de l'ARS, au président du Conseil Economique, Social et Environnemental, aux présidentes et présidents des conseils départementaux, aux parlementaires de notre région, au président du Conseil Régional, au président de la CNS, au Comité Ségur national ainsi qu'à monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé.

La commission permanente de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes réunie le 26 juin a adopté ce texte à l'unanimité des membres présents ou représentés.

L'assemblée plénière de la CRSA a adopté ce texte par 82 % de votes favorables, 2 % de votes défavorables et 16 % d'abstention lors du vote électronique sur la plateforme Solen effectué le lundi 29 juin.

INCIPIT

« Refusons de transformer le patient en marchandise... »

Edgar Morin - 25 juin 2020

Des considérations générales

La démocratie en Santé

Il nous paraît essentiel, en premier lieu, de revenir sur le fonctionnement des instances de démocratie en santé durant la pandémie. Sans nullement remettre en question la nécessité en temps de crise de promouvoir des réponses rapides, directes et resserrées, il n'en reste pas moins que le niveau inexistant de concertation et de sollicitation des instances de démocratie en santé interroge et inquiète.

La CRSA (ainsi que les CTS) peut et doit contribuer à la mobilisation et l'effort collectif, notamment par sa connaissance multisectorielle des usagers et des acteurs, des contextes locaux et des forces mobilisables grâce à la diversité (professionnelle, géographique, associative...) de ses membres et par l'activation possible de ses réseaux. Nous sommes persuadés que, malgré (ou surtout) la situation actuelle, les instances de démocratie en santé ont toutes leur place, par leurs avis, alertes et contributions, même si des modalités particulières restent à mettre en œuvre. Nous devons collectivement en définir les contours pour maintenir la qualité de concertation existante entre la CRSA et l'ARS tout en prenant en compte la sécurité nécessaire des acteurs et sans emboliser le travail des personnes engagées dans ce combat.

Outre les modalités mises en place petit à petit en Auvergne-Rhône-Alpes, il nous paraît essentiel que la CRSA à un niveau régional et les CTS, au niveau local, soient étroitement associés aux décisions par leur présence au sein des groupes de travail et des cellules de crise notamment. Par ailleurs, des moyens restent à trouver pour faire fonctionner, de manière différente, les commissions spécialisées avec des formules particulières.

Par ailleurs, des mesures contraignantes, difficiles voire drastiques, des choix délicats ont été pris et vont l'être encore dans l'avenir... il paraît essentiel que les instances de démocratie soient impliquées dans une concertation large et approfondie ; leur diversité géographique, socioéconomique, leur connaissance fine du terrain et leur composition englobant tous les représentants de la société et, en particulier, les acteurs et bénéficiaires du système de santé, leur approche pragmatique et non partisane, permettront grâce à leur contribution une meilleure adaptation de ces mesures aux besoins et attentes des personnes, amélioreront leur faisabilité en tenant compte des difficultés, interrogations, forces et contraintes. L'acceptabilité sociale en sera ainsi renforcée, leur mise en œuvre mieux acceptée et facilitée. Elles seront en conséquence plus efficaces.

Il sera nécessaire d'intégrer les CRSA et les CTS dans l'élaboration des nouveaux plans d'urgence sanitaire. En effet, le renforcement de la déclinaison des plans d'urgence et de continuité d'activité s'impose au niveau des territoires, et avec l'ensemble des acteurs. Il faudra mettre en place les moyens qui permettront de poursuivre leur consultation et leur participation, sous des formes peut-être différentes, en temps de crise. Dès aujourd'hui, les instances de démocratie doivent être sollicitées pour préparer l'après-crise et anticiper celles qui vont suivre.

La CRSA Auvergne-Rhône-Alpes fait sienne la recommandation de la Conférence Nationale de Santé : « La CNS appelle les pouvoirs publics à faire, enfin, le pari de la démocratie en santé ».

Les notions d'éthique et de droits des usagers

Le point d'attention primordial et essentiel est de ne pas oublier l'importance de la dimension éthique des mesures qui sont prises et de la manière dont elles sont appliquées. Cet aspect est d'autant plus important que les droits individuels et collectifs sont fortement impactés par la nécessité de mesures administratives et politiques exceptionnelles.

En 2009 déjà, à propos de la pandémie grippale, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) avait publié un avis dans lequel il posait très clairement une question essentielle : « savoir si l'état d'urgence induit par une pandémie grippale comporte l'éventualité d'une mise à l'arrière-plan de certains principes éthiques fondamentaux ». A propos de la Covid-19, le CCNE a publié un nouveau texte, le 13 mars 2020, dans lequel il rappelle les principes éthiques qui ne doivent jamais être oubliés, même en situation d'urgence sanitaire et de nécessité de prises de décisions en situation d'incertitude car ces principes sont à la base de tous les droits des usagers.

Le premier est celui de la dignité humaine (la valeur de chaque personne est absolue) et une situation d'exception ne doit pas conduire à hiérarchiser la valeur des personnes en fonction de leur prétendue « utilité sociale ».

Le principe de justice doit s'entendre à la fois dans son sens égalitaire (faire en sorte, au maximum, que chaque personne bénéficie des mêmes prises en charge et accompagnements en fonction de ses besoins), mais également au sens de l'équité (justice distributive en situation de pénurie de moyens humains et matériels : prioriser, si nécessaire, au bénéfice des personnes les plus vulnérables).

Nos décisions doivent être guidées par des principes de bienfaisance (utilisé ici dans le sens de produire du bien) et de bonne efficacité pour nous amener à rechercher ce qui est indispensable pour le bien des personnes concernées (complexe en matière d'une pandémie qui peut atteindre chacun d'entre nous) tout en évitant de leur porter un tort excessif (isoler dans leurs chambres toutes les personnes âgées pour les protéger est sans doute bienfaisant, mais peut engendrer des effets négatifs irréversibles pour elles).

Il est certain qu'une pandémie comme celle de la Covid-19, dont on ne peut fixer la durée a priori, ne peut que conduire à des mesures de santé publique contraignantes. Il ne peut en être autrement. Le CCNE rappelle que l'on se trouve ainsi dans une situation de conflit entre les libertés individuelles (aller et venir par exemple) et la notion d'intérêt général, entre les droits fondamentaux et l'ordre public.

D'un point de vue éthique, la valeur à ne pas perdre de vue est donc celle de responsabilité citoyenne.

Comme le recommande le CCNE, il convient que soient mises en place « des cellules éthiques de soutien permettant d'accompagner les professionnels de santé au plus près de la définition de leurs priorités en matière de soins ». Il est à noter que dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, l'Espace de réflexion éthique et plusieurs centres hospitaliers ont mis en place de telles instances ou s'appuient sur leurs propres comités d'éthique déjà existants.

La gestion de la crise

Il est bien trop tôt pour faire des propositions, des recommandations sur la gestion de la crise de la Covid-19, même si des points ne manquent pas d'interroger comme :

- Le retard dans la prise de conscience de la pandémie et de la mise en œuvre de mesures, comme par exemple le contrôle des personnes et leur mise en quarantaine en cas de dépistage positif ;
- Une communication hasardeuse et une avalanche d'instructions pléthoriques, souvent contradictoires, avec des effets d'annonce qui ont pu mettre en difficultés les professionnels en charge d'appliquer les décisions sur le terrain ;
- La mise au confinement, particulièrement erratique ;
- Le dépistage généralisé, adopté dans de nombreux pays, mais pas en France malgré la recommandation pressante de l'OMS ;
- La pénurie partielle de gants et totale de masques et de gel hydro-alcoolique pour l'ensemble de la population pour un temps ; le retard mis à leur commande et/ou fabrication ; puis la désorganisation de leur distribution ;
- Le manque de matériels adaptés et de places de lits utilisables rapidement ; le délai, long, d'ajustement aux besoins ;
- Le temps pris pour la mise en place et l'utilisation des ressources mobilisables comme par exemple le service de santé des armées.

Malgré tout quelques pistes se dessinent. Il faudra réfléchir à minima de l'adaptation et de l'organisation du système de santé à nos besoins puis de la part de chacun dans la mise en œuvre du service public de santé (établissements publics, privés lucratifs et non lucratifs, professionnels libéraux...) dans une logique territoriale et de proximité décisionnelle. La coordination ainsi que la concertation entre acteurs de santé mais également celle entre les différents intervenants périphériques (notamment la logistique d'approvisionnement, de fabrication, d'acheminement et de distribution) devront être réinventées au plan national et dans les territoires. Une réflexion sur le partage d'informations ainsi que des moyens logistiques et humains à l'échelle européenne serait sans doute également pertinente. L'attractivité des métiers devra être renforcée et l'émergence de nouveaux métiers d'accompagnement devra être encouragée et facilitée. Le choix par les personnes des modalités de leur accompagnement devra être respecté : le domicile et le « hors les murs » méritent d'être appréhendés plus sérieusement par les politiques publiques.

Une communication honnête, transparente, fondée scientifiquement, organisée et adaptée aux différents publics cibles doit être renforcée, encore et toujours. Elle est le préalable d'un climat de confiance entre les acteurs.

Enfin, la mise en œuvre d'une réelle politique de prévention, audacieuse et massive ne peut être différée.

Nos propositions

PREAMBULE

Le travail de synthèse que nous avons conduit à partir des contributions écrites et des groupes de travail nous a amené à regrouper nos propositions en 5 thèmes, la plupart transversaux aux piliers de réflexion mis en place par le Ségur en Santé. Nous avons donc fait le choix, par souci de cohérence, de présenter nos recommandations par thème, plutôt que par pilier. Nous avons toutefois indiqué pour chacun des thèmes, les piliers auxquels ils se rattachaient principalement.

Notre fil rouge : refondre le système de santé

avec des métiers renouvelés, qualifiés et reconnus...

... en proximité des besoins et attentes des personnes...

... avec un financement à la mesure du service rendu...

... en s'appuyant sur des outils modernes de communication...

... avec un préalable incontournable : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse.

DES METIERS RENOUVELES, QUALIFIES ET RECONNUS

(PILERS 1 ET 3)

La crise de ces derniers mois a mis en exergue un certain nombre de constats largement partagés et ayant fait l'objet de nombreux rapports. Cette crise a mis en évidence la forte mobilisation des professionnels du système de santé ainsi que leur capacité d'adaptation et a acté la nécessaire reconnaissance de leur engagement par la population et la valorisation de leurs métiers.

Certains secteurs se sont sentis oubliés dans le cadre de cette crise.

Une qualité de vie au travail au centre des futurs enjeux d'attractivité

A ce titre, la CRSA souhaite que soit promue une meilleure qualité de vie au travail, condition préalable afin de pouvoir susciter une attractivité de ces métiers.

La qualité de vie au travail, au-delà de simples améliorations de conditions matérielles, passe par une juste reconnaissance des métiers en lien avec l'ensemble des intervenants ayant vocation à accompagner nos concitoyens dans leur parcours de santé quels que soient leurs besoins, leur lieu de résidence et leur fragilité ou vulnérabilité.

La pénibilité (physique, psychique, émotionnelle...) des conditions de travail doit être prise en compte dans :

- Des niveaux de rémunération, conformes aux compétences
- Une organisation du travail bienveillante ;
- Un taux d'encadrement mobilisable établi au plus près des besoins et attentes des personnes accompagnées ;
- Une gouvernance décisionnelle au plus proche des lieux d'application des décisions, au plus proche des acteurs mesurant les besoins.

L'attractivité des métiers passe également par :

- La montée en compétence qui doit être favorisée par la mise en place de formations, en particulier qualifiantes et croisées tout au long du parcours professionnel ;
- Une mobilité géographique et à l'intérieur des établissements facilitée ;
- Une gouvernance de l'hôpital équilibrée autour du binôme direction/présidence de CME ;
- Une sécurisation dans l'évolution des carrières ;
- Un combat contre la précarisation de métiers, souvent à temps incomplet et à des niveaux de salaire peu élevés ;
- Un recentrage des compétences sur le « cœur de métier » en confiant les tâches connexes nécessaires à d'autres professions ;

- Une autonomie plus importante dans l'organisation du travail permettant de s'adapter au plus près de l'évolution de la charge de travail et des besoins et attentes des usagers ;
- La participation des professionnels aux décisions qui ont un impact sur l'organisation de leur service ;
- La mise en place d'actions de soutien et de supervision notamment par le développement de réseaux de pairs.

Un décloisonnement à conduire

Il s'agit bien sûr d'accélérer le décloisonnement entre les différents secteurs domicile / ville / hôpital / secteur social / secteur médicosocial en mettant définitivement fin à toutes les organisations et politiques en silos qui, de fait, empêchent la prise en compte de la personne dans sa globalité et ne favorisent pas un accompagnement (du Cure au Care) dans le cadre de son parcours de santé.

Il s'agit également de décloisonner les métiers pour favoriser l'innovation au service des usagers et valoriser les compétences ; cela passe par exemple par la transversalité, les transferts de compétence, les délégations de tâche, les pratiques avancées...

Des métiers émergents

Une politique ambitieuse dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé ne pourra être conduite sans que des métiers spécifiques y soient dédiés.

Une plus grande coordination entre les acteurs de santé est un enjeu primordial à tous les niveaux. Cela ne pourra se faire qu'avec la création de fonctions de coordination assurées par du personnel spécifiquement dédié et formé à cette tâche.

Cette coordination est également nécessaire entre l'utilisateur et les services de santé : la CRSA encourage vivement la mise en place de métiers favorisant l'accompagnement des personnes dans le dédale de notre système de santé et son soutien dans le cadre de son parcours de santé.

EN PROXIMITÉ DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES

(PILERS 3 ET 4)

Un constat alarmant

La crise sanitaire a fortement mis en évidence le besoin fondamental de proximité exprimé par l'ensemble des contributeurs et la nécessité de s'organiser au plus près des besoins, notamment lorsque le système ne fonctionne plus de façon traditionnelle :

- Les usagers, en situation de confinement, qui ont eu besoin de trouver des interlocuteurs et des services durant la crise sanitaire : suivi médical et rendez-vous hors Covid-19, délivrance et renouvellement d'ordonnances, aide à la vie quotidienne et aux déplacements exceptionnels, isolement et traumatisme psychique...
- Les soignants des secteurs hospitaliers, qui ont eu besoin en urgence d'organiser des filières de prises en charges médicales, de suivis et d'accompagnements des personnes malades de la Covid-19 mais aussi d'autres pathologies et d'urgences diverses ;
- Les soignants des secteurs libéraux, en arrêt brutal d'activité (kiné, dentistes, ...) ou en activité surexposée (infirmiers) que cela soit en cabinet ou dans les établissements sociaux et médicosociaux dans lesquels ils interviennent ;
- Les professionnels du champ social et médico-social (établissements et services), dont le lien physique avec leur public a dû être réaménagé : plus de visites au domicile, plus de contact physique, établissements et permanences fermés, et réorganisation d'un accompagnement spécifique pour les populations en situation de fragilité (domicile, handicap, lieux d'hébergement, EHPAD).

Concertation/Coordination/Solidarité : un triptyque devenu nécessaire

La concertation et la coordination ont permis de résoudre les nombreuses problématiques posées avec :

- Des comités de pilotage départementaux plus proches du terrain et réactifs en fonction des micros territoires,
- Des dispositifs innovants avec par exemple l'organisation de l'Accueil d'urgence pour les nombreux cas de Covid-19 au quotidien, la réorganisation des services hospitaliers, la régulation au plus près des besoins respectant un cadre préalable défini par autorité publique, la coordination avec la médecine de ville (suivi à distance des positifs), ...
- Des dispositifs de soutien des établissements de soins aux EHPAD, comité d'éthique, ...
- Des coordinations entre professionnels de santé et de la santé (médecin / pharmacien pour les renouvellements d'ordonnance), du social et du médico-social (suivi des publics fragilisés) avec inclusion des usagers.

La solidarité entre acteurs a permis d'éviter le pire :

- Une forte mobilisation des associations d'usagers et des associations en général avec la mise en œuvre de plateformes d'appui aux personnes (aide à la vie quotidienne, aide alimentaire, plateformes téléphoniques, ...)
- La mise en place de plateformes de mises en relation de ressources (demandeurs/détenteurs) : ressources humaines, appareillages, outils et consommables médicaux ou paramédicaux, ... qu'il faut impérativement maintenir, notamment pour les stocks stratégiques ;
- Des coopérations entre professionnels de la médecine de ville ou inter-hospitalières concernant par exemple la gestion et le stockage des matériels de protection (masques, gants) avec commandes groupées (ex du CH de Valence et les hôpitaux de Lamastre et le Cheylard).

Tous ces exemples montrent la nécessité de renforcer la proximité décisionnelle et la coordination territoriale avec :

- Des organes de décision associant les personnes concernées (notamment professionnels et usagers) au plus proche des lieux d'application des décisions ;
- Un droit à l'innovation et à la dérogation facilités : la régulation nécessaire doit être conduite par une instance située au plus près des besoins tout en respectant un cadre préalable défini par l'autorité publique ;

Parcours et décloisonnement : 2 incontournables

Les lieux de soins et d'accompagnements se multiplient, les patients peuvent être sujets de plusieurs pathologies, de sur-maladies, voire des maladies associées et leur accompagnement devient ainsi de plus en plus complexe. Par ailleurs, le foisonnement de dispositifs existants est illisible pour l'utilisateur et la pénurie de soignants dans certaines spécialités et/ou certaines régions rendent difficiles, voire impossible le bon suivi et la bonne mise en œuvre des soins et accompagnements.

Il est nécessaire aujourd'hui de raisonner en terme de parcours de santé de l'utilisateur : prévenir, soigner, accompagner ; ce qui nécessitera une coordination des acteurs renforcée, la transversalité des dispositifs partenariaux mis en place ainsi que le décloisonnement des différents secteurs concernés domicile / ville / hôpital / social / médicosocial.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : un dispositif intéressant à parfaire

Les CPTS de par leur conception, se sont montrées d'une efficacité maximale : concertation, coordination, accompagnement et transversalité constitués dans un maillage territorial complet. Cela n'a été rendu possible qu'avec l'adhésion de tous les professionnels de santé et de tous établissements et services y compris sociaux et médicosociaux.

Pour autant, l'existence des CPTS et l'adhésion des professionnels ne sont aujourd'hui que facultatives. Si un tel dispositif est jugé, comme nous le pensons, utile, nous ne pouvons exclure certains citoyens de son champ d'application ni exclure certaines ressources mobilisables. Il faut donc que les CPTS soient déployées dans tous les territoires et que l'implication de toutes les ressources en santé soit rendue obligatoire. La gouvernance devra associer les usagers et des liens avec les autres dispositifs existants - comme par exemple: communauté 360 (secteur PH), Maia (secteur PA), DAC (secteur Domicile) - devront être établis ; de même qu'avec les opérateurs satellites d'amont et d'aval de la Santé.

AVEC UN FINANCEMENT A LA MESURE DU SERVICE RENDU

(PILERS 2 ET 3)

PREAMBULE

Le questionnement du financement des soins relève, dans la méthodologie de concertation élaborée dans le cadre du Ségur, du pilier 2 ; pilier pour lequel la CRSA n'a pas mis en place de groupe de travail.

Pour autant, cette problématique, élargie au financement de la santé par les participants à la concertation élaborée par la CRSA, a été abordée dans de nombreuses contributions écrites ainsi que de manière récurrente au cours des réunions des groupes de travail ; preuve s'il en était que ce sujet interroge et mérite qu'il soit mis en discussion de façon plus aboutie au cours des mois à venir. Trois constats sont partagés : son inadéquation, sa complexité et l'effet pervers induit par la déconnexion entre la réalité du coût d'un soin et son financement.

La crise sanitaire a démontré que les réductions budgétaires de ces dernières années, diminution du nombre de lits d'hospitalisation, rationalisation des durées d'hospitalisation et retours à domicile plus rapides, développement pas toujours à bon escient de l'hospitalisation de jour, non adaptation du système aux personnes les plus vulnérables, ont conduit à un affaiblissement du système de santé ; ce qui a fait craindre sa saturation face à cette crise. La question du financement de la prévention fera l'objet d'un développement spécifique au vue de son importance.

Les acteurs s'accordent à penser qu'il est temps de sortir des approches purement budgétaires.

Les approches à court terme, basées essentiellement sur la réduction de coûts, ont présidé à l'allocation du budget national de la santé au cours des dernières années. Or, une présence rationnelle de l'offre de santé sur tous les territoires pour mieux prendre en compte chaque citoyen, sans économies aveugles, disproportionnées ou contreproductives, doit être le principe fondateur du nouveau système de santé.

La crise sanitaire actuelle est l'occasion de réfléchir à une nouvelle approche dont l'objectif sera l'amélioration de la santé des citoyens, fondé sur la responsabilité populationnelle au sein des territoires et des régions, la prévention et la réduction des actes et soins inutiles, non pertinents ou redondants, l'accès aux soins pour tous et notamment des plus vulnérables et des plus démunis.

Construire dès maintenant un outil de pilotage démocratique au service de la santé des citoyens

La crise sanitaire actuelle révèle la nécessité impérieuse de remettre en cause la régulation comptable de l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM).

Si l'existence d'un budget national dédié à la santé et discuté démocratiquement ne fait pas débat, il est impératif d'en faire un outil de pilotage véritablement au service d'une politique d'amélioration de la santé des citoyens et d'objectifs de santé publique.

A ce titre, la question de la rémunération du parcours permettant de valoriser tous les acteurs de ce dernier doit être vu de manière plus globale et permettre aux usagers de disposer d'une réelle possibilité de choix. Les débats mettent également en évidence la nécessaire prise en compte du financement de la prévention, de l'éducation à la santé, des personnels nécessaires à la coordination des accompagnements et des soins ; établir un cadre réglementaire et financier pérenne pour les actions d'accompagnement à l'autonomie en santé fait également partie des recommandations.

Il convient donc de valoriser pleinement la pertinence des actes, la complexité de certaines prises en charge des soins et des parcours ainsi que les missions de service public. Ces financements doivent être à la hauteur du bénéfice réalisé en santé publique et alloués aux établissements en assumant toutes les missions et toutes les contraintes, sans sélection des activités et des patients. Passer ainsi d'un financement à l'acte de soin technique et curatif à un financement basé sur une logique de prévention et d'éducation à la santé.

Les contributeurs mettent en exergue l'interdépendance entre les acteurs privés lucratifs, publics et privés sans but lucratif et leurs capacités à assumer des missions équivalentes et complémentaires. Or les politiques publiques d'allocation de moyens et de soutien à l'investissement sont fortement corrélées au statut des structures. Tout opérateur s'engageant dans une activité d'intérêt général doit pouvoir accéder aux mêmes types de soutiens financiers.

Pour cela, la responsabilité doit être équitablement partagée entre tous les acteurs de la santé, avec une égalité de droits et de devoirs.

Des missions transversales et stratégiques comme la recherche et l'innovation en santé doivent trouver des sources de financement pérennes.

Simplifier et sécuriser les modes de financements pour consacrer toutes les énergies à l'amélioration de la santé et renforcer l'égalité entre les usagers

En effet, au fil des années, des règles de financements de plus en plus complexes se sont cumulées conduisant d'une part à consacrer une part importante du personnel à des tâches de gestion et d'autre part à empiéter sur le temps dédié au soin des médecins et personnels paramédicaux. La question de la valorisation des actes, notamment en secteur libéral et dans le cadre de la tarification à l'activité et leur valorisation financière est clairement posée par les participants.

Le financement du système tout mode de prise en charge confondu conduit à rendre illisible pour les usagers la question du financement et du reste à charge.

La facturation et le financement des établissements type EHPAD sous la forme d'une tarification ternaire est à simplifier car elle rend la question du reste à charge par les usagers illisibles ; ce qui avait déjà été pointé l'année dernière par le rapport Grand Age de Dominique Libault.

La question d'une sécurisation des financements sur le long terme apparait comme primordiale afin de passer d'une logique du cure au care et penser les coordinations ainsi que les parcours sous l'angle d'une optimisation collective et non individuelle. A ce titre il apparait primordial de renforcer les modalités de financement pluriannuelles pour soutenir sur le long terme l'investissement nécessaire ainsi que la sécurisation du fonctionnement courant et le recrutement de professionnels qualifiés et compétents.

Les modalités de financement du système de santé doivent reposer enfin sur une approche décloisonnée entre les acteurs de la santé, à l'hôpital comme en ville, à domicile comme en structure, et traduire l'exigence d'une politique de prévention, de qualité et de pertinence des soins à l'échelle d'un territoire.

EN SAPPUYANT SUR DES OUTILS MODERNES DE COMMUNICATION

(PILERS 1 ET 3)

La e-santé s’ancre de plus en plus dans les pratiques médicales. Elle a déjà démontré la puissance et la qualité de ses apports, par exemple en matière d’exploration fonctionnelle et en transfert d’information. Le numérique offre par ailleurs une nouvelle ressource aux soignants et aux patients. Elle va métamorphoser les manières de soigner dans le futur.

Quelques illustrations de leur intérêt observées au cours de la crise sanitaire

- Le Carnet de Vaccination Electronique, un outil de suivi vaccinal des individus et de la population, géré par le patient en lien avec les professionnels de santé. Dans son CVE chaque patient dispose de son historique vaccinal individuel ou familial, accessible de manière sécurisée et pérenne, et bénéficie d’alertes de rappels et d’information vaccinales. Le CVE intègre un système expert qui offre une aide à la décision vaccinale. Le carnet de vaccination doit être intégré dans le DMP.
- Les dérogations accordées ont permis une accélération considérable du développement des soins et des accompagnements à distance, que ce soit en ville, dans les hôpitaux mais également dans les structures psychiatriques publiques et privées, les structures sociales et médico-sociales accompagnant des personnes ayant des troubles ou un handicap psychique. La pertinence de cette modalité a été soulignée à la fois par les personnes concernées, les aidants et les professionnels, notamment dans les dimensions suivantes :
 - Maintien du lien avec les personnes ;
 - Facilitation de la demande d’aide en particulier pour le public jeune ;
 - Soutien et renforcement des compétences parentales des familles des enfants suivis en psychiatrie infanto-juvénile.

Ces modalités de soins et d’accompagnement à distance sont à poursuivre et doivent s’inscrire dans les fonctionnements courants des structures et des professionnels ; un travail visant à caractériser et évaluer sur le plan clinique les situations où la pertinence et l’efficacité de ces modalités sont les plus avérées devra être conduit.

La CRSA Auvergne-Rhône-Alpes apprécie les efforts déployés durant cette crise pour faire profiter patients et soignants de ces nouvelles technologies de manière plus souple et efficiente. Elle estime cependant de sa responsabilité d’attirer l’attention sur un certain nombre de points de vigilance :

Prendre garde à la fracture numérique

L'outil informatique n'est pas répandu dans l'ensemble de la population. Les estimations varient entre 20 et 30 % de personnes qui ne disposent pas d'ordinateurs. Certaines zones géographiques ont un accès internet aléatoire ; des pans entiers de notre population (en particulier les populations défavorisées : les personnes en situation de précarités, les personnes en situation de fragilité, celles pour qui l'intégration sociale est mal assurée...) ne peuvent ou ne savent maîtriser ces outils, éprouvent des difficultés dans leur utilisation. Il est impossible, impensable de les exclure des soins, de la santé. Il est donc nécessaire de prévoir pour elles des modalités commodes d'accès ou d'accompagnement à l'accès au numérique lorsque le présentiel n'est plus possible.

Une humanité à préserver

Une consultation - assurée par un médecin, une infirmière, une sage-femme, un kiné...- exprime pour le moins une double sollicitation : un soin et une relation. Pour le soin, l'évidence saute aux yeux ; pour la relation, l'expression de la demande reste souvent plus subtile et moins directe.

La personne ne se divise pas en une multiplicité d'organes ; elle n'est pas seulement « objet » de soins, elle est surtout « sujet » de sa vie et de sa santé. Sa qualité de relation avec le personnel de santé, la confiance qu'elle peut avoir dans son jugement et, au final, son adhésion aux soins et accompagnements proposés favorise souvent l'évolution vers l'amélioration de son état de santé.

La notion de parcours de santé trouve ici tout son sens et la relation patient-soignant s'inscrit dans ce contexte.

Des précautions nécessaires

La CRSA souhaite un emploi facilité mais prudent et dans un cadre bien défini, de la télémédecine – pour des raisons de sécurité et de confidentialité – afin de préserver la qualité de la relation, la confiance.

Plusieurs aspects méritent attention :

- La télésanté intervient sous différentes modalités, téléconsultation, télé-expertise, télémédecine, télé soins (terminologie parfois mal définie d'ailleurs). Elle ne peut se substituer, en partie, à l'exercice médical en présentiel. Elle n'est qu'un outil parmi d'autres, et ne paraît pas adaptée, en particulier, dans les phases de diagnostic pour lesquelles le dialogue et des examens physiques sont nécessaires. Elle doit rester un outil d'amélioration de la qualité des soins et de leur accès.
- Elle exige des dispositifs informatiques hautement sécurisés. Les piratages se multiplient : le marché de l'information personnelle prospère.
- Son déploiement doit être respectueux des droits (des usagers) et de l'éthique.

L'échange d'informations personnelles est indispensable à la fluidité et à la continuité du parcours des personnes accompagnées par différents acteurs. Les données de santé peuvent être partagées dès lors qu'elles contribuent à l'accompagnement de la personne et à la prise en compte de sa situation.

Seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne doivent pouvoir l'être. La diffusion de ces informations, personnelles, doit pouvoir rester à la main de la personne concernée : le consentement de diffusion de données devra être systématiquement recueilli.

La CRSA souhaite voir se déployer pleinement l'utilisation du numérique, avec des restes à charge pour l'utilisateur quasi nuls pour en permettre le plein accès. Ce mode d'accompagnement, bien encadré et non exclusif (il ne peut être qu'un des outils parmi la palette disponible), permet d'offrir un bouquet de prestations et facilite l'exercice des professionnels. Les outils du numérique doivent être pleinement harmonisés, sécurisés, interopérables et simples d'utilisation ; ils ne peuvent être un palliatif du manque de professionnels de santé. Un financement spécifique doit être envisagé.

UN PREALABLE INCONTOURNABLE : UNE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE AMBITIEUSE

A l'échelle internationale la France se situe en bonne place en termes d'espérance de vie. En revanche elle est beaucoup moins performante quant à l'espérance de vie « en bonne santé ».

Cela résulte en particulier du manque de reconnaissance de l'intérêt et de performance du champ de la prévention en santé : la santé s'exprime essentiellement au travers de la qualité des soins.

La CRSA Auvergne-Rhône-Alpes invite les Pouvoirs publics à changer de logique et invite à se préoccuper davantage de la santé globale de la population plutôt que de la prouesse technique des soins nécessaires à apporter en l'absence de mesures de prévention. Pour cela nous faisons les propositions suivantes :

Créer les conditions d'une réelle politique de prévention

- Professionnaliser et reconnaître les acteurs de la prévention ;
- Créer un référentiel des métiers de la prévention : il est nécessaire de reconnaître les compétences des acteurs de la prévention ;
- Former massivement aux nouveaux métiers de la prévention, de la protection et de l'accompagnement des personnes et de leur parcours. La formation à la prévention doit être incluse dans le cursus des étudiants ;
- Valider les outils de prévention et les mettre de façon proactive à la disposition de tous les citoyens et en particulier les plus en difficultés (situation sociale précaire, fragilité personnelle, malades à risque...) ;
- Faire figurer un axe prévention dans tous les projets d'établissement, les projets de santé des soins primaires, les maisons de santé, les centres de santé, les CPTS etc. ;
- Intégrer systématiquement un volet prévention dans les démarches de parcours et d'accompagnement ;
- Agir dès le plus jeune âge en mobilisant, par exemple, l'Education nationale en intégrant des modules de formation à la prévention, aux règles d'hygiène et à la littératie en santé dans les programmes scolaires.

L'approche par le « parcours de santé de l'utilisateur » est essentielle et doit infuser toutes les politiques de santé mises en œuvre ; le parcours doit figurer dans le DMP sur un volet spécifique « pratiques cliniques préventives, dépistages, vaccinations, pratiques sportives prescrites... ». Il doit être adapté et individualisé pour les patients à haut risque.

Mettre en œuvre une politique de prévention innovante et massive

- Développer l'éducation en santé et favoriser les compétences psycho sociales nécessaires aux changements de comportements. Celle-ci doit comporter l'éducation au dépistage ;
- Favoriser la coordination des acteurs du soin, de l'éducation, les acteurs de la vie économique, les associations ;

- Réfléchir à l'organisation politique ainsi qu'à l'échelon administratif ou politique qui permettront une mise en œuvre adaptée aux populations et au contexte local ;
- Mettre en place une prévention personnalisée lors d'une hospitalisation et/ou d'une consultation afin de proposer une prise en charge préventive spécifique en orientant le patient vers des structures spécialisées (addictologie, psychologie, APA etc...)
- Faciliter l'accompagnement des personnes elles-mêmes afin qu'elles acquièrent une autonomie à agir pour améliorer leur parcours de santé ;
- Appuyer et favoriser les initiatives associatives en étant partenaire proactif au cours des campagnes de communication de santé publique qu'elles initient : moi(s) sans tabac, semaine de la vaccination, octobre rose, mars bleu...
- Mettre en place un dispositif d'information des citoyens sur les questions de prévention et de risques en santé régulièrement actualisé.

Par un financement adapté à la hauteur de l'ambition nécessaire

La crise sanitaire a démontré que les réductions budgétaires réalisées sur les activités et les programmes de prévention avaient finalement un coût financier élevé, bien supérieur aux économies réalisées ainsi qu'un coût en vies humaines ou en séquelles, lourdes et parfois irréversibles, qui auraient pu être évitées.

L'augmentation massive des financements alloués à la prévention est capitale pour améliorer l'état de santé de la population et prévenir et anticiper la survenue de crises sanitaires ultérieures : il est indispensable d'établir un véritable budget pour financer les activités de prévention dans le cadre d'un plan de déploiement ambitieux ainsi que la création de filières d'enseignements dévolus.

La prévention en santé doit être intégrée dans toutes les politiques publiques (logement, aménagement du territoire, organisation du médico-social, politique du maintien à domicile choisi...). Des études d'impact en santé devront permettre de guider la mise en place et le suivi de mesures de prévention efficaces. Enfin, leur évaluation doit être systématiquement réalisée.

Annexe : liste des contributions écrites (consultables sur le Sharepoint de la CRSA)

Association de défense et de représentation des usagers :

- AFM Téléthon
- AIDES
- APF France Handicap
- Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH)
- Collectif des associations du Plan Maladies Neurodégénératives
- France Alzheimer
- France Assos Santé (FAS) Auvergne-Rhône-Alpes
- France Parkinson
- Ligue Nationale Contre le Cancer
- Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (U NAFAM)

Organisations représentant les professionnels de santé et organismes gestionnaires :

- AppuiSanté 43
- Collectif Centre Hospitalier de Valence
- Collectif Inter-hospitalier (CIH)
- Confédération Générale du Travail (CGT) Auvergne-Rhône-Alpes
- Mutualité Française
- Union Régionale des Professionnels de Santé – Infirmiers Libéraux (URPS-IDEL)
- Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS-ML)
- Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officines (USPO)
- Uriopss Auvergne-Rhône-Alpes

Autres :

- Association des Etudiants en Médecine de Grenoble (AEMG) ;
- Confédération des Petites et Moyennes Entreprises (CPME)
- Conseil Territorial de Santé 01
- Conseil Territorial de Santé 07-26
- Conseil Territorial de Santé 69
- Conseil Territorial de Santé 73
- Conseil Territorial de Santé 74
- Fédération Addiction
- Formation Spécifique Organisant l'Expression des Usagers (FSOEU) du Conseil Territorial de Santé 38 ;
- Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) Auvergne-Rhône-Alpes
- Mutualité Française Loire Haute-Loire Puy-de-Dôme
- Nexem
- Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap (RSBDH)
- Union départementale des CCAS du Puy-de-Dôme
- Santé Environnement Auvergne-Rhône-Alpes (SERA)

Contributions CRSA Auvergne-Rhône-Alpes :

- Contribution à la CNS sur la démocratie en santé en temps de crise
Contribution au groupe de travail permanent sur les droits des usagers de la CNS sur l'effectivité des droits des usagers en temps de crise