



## **Contribution pour une nouvelle Stratégie Nationale de Santé – 16 novembre 2017**

### **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne**

Adoptée par la Commission Permanente du 16/11/2017

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne a pris connaissance du projet de décret Stratégie Nationale de Santé reçu le 06 novembre 2017. Malgré le très court délai pour élaborer un point de vue, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne a tenu à émettre dès maintenant quelques remarques de fond, dans le fil de nos travaux et avis antérieurs.

Comme la réglementation le prévoit, la Conférence nationale de santé (CNS) a été saisie pour avis le 6 novembre 2017. La lettre de saisine souhaite que cet avis « puisse exprimer le point de vue des CRSA ». La CNS a prévu de rendre son avis au cours de son assemblée plénière le 23 novembre 2017. Avec le présent avis de sa Commission Permanente, la CRSA Bretagne apporte sa contribution étayée.

Le document soumis à consultation comprend 73 pages hors DOM-Corse portant sur les quatre priorités, des principes et volet additionnel consacré à un type de population (enfants, adolescents et jeunes). Pourquoi un seul type de population a-t-il été choisi ?

Sur la méthode de concertation-consultation, nous regrettons de ne pas avoir été sollicité en tant qu'organisme de démocratie en santé au cours de la concertation, même dans des délais courts. Nous estimons que dans un an, sans remettre en cause l'ensemble de la structuration Stratégie Nationale de Santé, un moment soit consacré à revisiter la Stratégie Nationale de Santé pour l'ajuster éventuellement, et ce compte tenu des évaluations réalisées et des premiers repérages effectués par les acteurs sur la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé, en cohérence avec la volonté affichée de participation citoyenne à la stratégie en santé. Le décret Stratégie Nationale de Santé doit être un document vivant permettant l'engagement de tous les acteurs, encore faut-il qu'ils puissent être régulièrement consultés, qu'ils puissent participer régulièrement à la dynamique du système de santé, participer et valoriser des expérimentations dans le respect de chaque acteur. Un état d'avancement en région doit être fait et présenté aux CRSA chaque année avec l'aide d'observatoires indépendants en région.

L'introduction du projet soumis à consultation précise que la stratégie nationale de santé est organisée autour de 4 axes, déclinés en 11 domaines prioritaires et 43 objectifs. En réalité, il existe un niveau supplémentaire, celui des encadrés, débutant toujours par la formule « Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire... ». On peut donc considérer que ces encadrés constituent la déclinaison opérationnelle des 43 objectifs. Ces encadrés comportent plus de deux cents mesures, certaines formulées de manière très générale, d'autres très précises. Cet ensemble est complété par une série de sept principes d'action.

La CRSA Bretagne se félicite que la stratégie nationale de santé soit basée sur une approche globale de la santé prenant en compte l'ensemble des facteurs déterminants de santé, dans une démarche de promotion de la santé. Cette approche implique que les professionnels de santé puissent exercer dans une relation de confiance, puissent être reconnus et valorisés. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne insiste sur l'idée de la nécessité stratégique de travailler ensemble, ensemble



entre différents professionnels, ensemble entre différents services et institutions, ensemble entre professionnels et usagers avec de meilleures coordinations. La réussite de la Stratégie Nationale de Santé est en grande partie liée aux évolutions de cette question.

L'approche stratégique doit permettre de prendre des décisions claires. Nous pensons que le document perd en lisibilité opérationnelle car comprend à la fois une dimension stratégique mais aussi des éléments de programmes et projets de santé. Nous demandons que des priorités précises en nombre restreint soient définies et soutenues financièrement sur la durée de la période de la Stratégie Nationale de Santé, et ce de manière clairement affichée. La Stratégie Nationale de Santé ne doit pas être un catalogue de mesures, ni un relevé de plans ou de programmes d'actions mais des priorités stratégiques fondées sur l'évaluation des besoins de santé. L'objectif essentiel d'un système de santé que nous souhaitons est de répondre aux besoins des citoyens et usagers, de trouver des réponses adéquates et pertinentes à tous.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne estime que la question de l'évaluation des politiques publiques en santé n'est pas suffisamment soulignée. Les CRSA doivent être confortées dans la participation à l'évaluation de certaines dimensions des politiques publiques en santé et sur l'évaluation de la qualité des prises en charge et accompagnements avec des moyens spécifiques dédiés et le soutien d'un observatoire régional indépendant.

Globalement, les organismes de démocratie en santé telles que les CRSA en région doivent être au cœur de la gouvernance du système de santé en région, avec une présence conséquente obligatoire au cœur de toutes les coordinations des politiques publiques en santé car elles sont garantes de cohérence, d'efficacité et de pertinence des politiques publiques au sens de l'intérêt général. Les CRSA doivent avoir les moyens organisationnels et fonctionnels garantissant leur fonctionnement pour mener leurs missions, élément essentiel d'une stratégie s'appuyant sur la mobilisation des acteurs des territoires.

La CRSA Bretagne partage les sept principes d'action suivis par la stratégie nationale de santé, principes qui doivent être opérationnels dans l'ensemble des projets et dispositifs financés de santé. La CRSA Bretagne partage cette volonté de mobiliser l'ensemble des politiques publiques, d'adapter les stratégies d'action à la fois aux populations concernées, notamment les plus vulnérables, et aux spécificités des territoires. La CRSA Bretagne considère que la solidarité devrait figurer parmi les principes d'action. Elle n'est pas qu'une dimension financière, mais stratégique dans une politique globale. Elle rappelle sa conviction forte de la nécessité de simplifier notre organisation du système de santé tout en associant à la décision l'ensemble des acteurs dans une vraie dynamique participative respectueuse de la place de chacun. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne fait des propositions concrètes et urgentes.

Elle partage aussi l'engagement pour une transparence des responsabilités dans les organisations et la prévention des conflits d'intérêts.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne a pris acte du communiqué de presse de la Ministre de la Santé lançant une « large concertation notamment auprès des principales organisations syndicales et professionnelles, des établissements de santé, des élus ainsi que des représentants des usagers et des aidants ». Par ailleurs, le courrier de Mme la Ministre à la Présidente de la Conférence Nationale de Santé du 17 juillet 2017 sollicite un avis de la Conférence Nationale de Santé pour fin novembre 2017, et à cette occasion exprimer le point de vue des CRSA. Ce courrier souligne également la mobilisation interministérielle dans le cadre d'une politique globale de la Stratégie Nationale de Santé.

Le communiqué de presse évoque quatre priorités pour la stratégie nationale de santé 2017-2022

- **La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux**
- **La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé**
- **La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins**
- **L'innovation.**

Comme autres documents, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne doit prendre notamment en compte le compte rendu du Conseil des ministres du 30 août 2017 relatif à la stratégie de prévention en santé, le rapport contributif du Haut Conseil de la Santé Publique de septembre 2017 relatif à la Stratégie Nationale de Santé, le dossier de presse du 13 octobre 2017 intitulé « Renforcer l'accès territorial aux soins », le communiqué de presse du 11 octobre 2017 intitulé « Soins palliatifs : des avancées concrètes au bénéfice des personnes malades, de leurs proches et de leurs aidants », le communiqué de presse du 20/09/2017 sur les mesures du plan Tabac, le communiqué de presse du 19/09/2017 sur les priorités de la politique familiale et de lutte contre la pauvreté, le communiqué de presse du 06/09/2017 sur les engagements du Plan Indépendants envers les professionnels de santé libéraux, le dossier de presse du 28/09/2017 sur le PFLSS 2018, le discours de Mme la Ministre du 5 juillet 2017 relatif à la vaccination obligatoire, le courrier « feuille de route » du Premier ministre du 9 août 2017 à Mme la Ministre des solidarités et de la santé, l'interview d'Agnès Buzyn dans le "Journal du dimanche" du 22 octobre 2017, le discours d'Agnès Buzyn le 6/10/2017 lors de la 8e édition de la Journée nationale des aidants.

Cette contribution à la Stratégie Nationale de Santé de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne s'appuie sur des propositions que notre organisme de démocratie représentative consultative en santé a déjà formulé et adopté au cours des années antérieures, mais aussi à l'analyse des évolutions actuelles. Propositions complétées par des travaux récents de ses Commissions spécialisées et de groupes de travail. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne a sollicité les contributions des sept Conseils Territoriaux de Santé de Bretagne.

### **Sur la méthode**

C'est bien au gouvernement, au pouvoir politique légitime de fixer les grandes orientations des politiques publiques en santé. En ce sens il est légitime que la nouvelle ministre des solidarités et de la santé souhaite engager, en début de mandature, une réflexion et des consultations sur la Stratégie Nationale de Santé. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne apprécie la sollicitation qui lui est faite comme pour toutes les CRSA d'exprimer son point de vue. La réussite de la déclinaison en région de la Stratégie Nationale de Santé est liée à l'appropriation de celle-ci par tous les acteurs, par les organismes et instances de démocratie représentative consultative en santé en région. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne apprécie la dimension interministérielle de la démarche au travers des annonces et des engagements du Premier ministre.

La réflexion sur la Stratégie Nationale de Santé ne part pas de rien. Le 8 février 2013, le Premier ministre avait fait connaître sa « Stratégie nationale de santé ». Nous avons plusieurs écrits ministériels, ainsi que la loi de santé de janvier 2016, et celle relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Nous pouvons également nous appuyer sur les rapports parlementaires, dont le dernier rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées, par MM. Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Pour poursuivre la réflexion, nous pouvons nous appuyer sur des travaux de qualités émanant des services ministériels, de rapports, de contributions des fédérations nationales, des ordres professionnels, associations et pour la Bretagne sur les travaux de l'ARS et de la CRSA. Certains éléments prioritaires annoncés dans cette Stratégie Nationale de Santé correspondent aux analyses déjà effectuées par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne.

Compte tenu des travaux antérieurs, nous pouvons comprendre que la période de concertation soit assez courte pour aboutir à des orientations et décisions ministérielles assez rapides. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne aurait apprécié être sollicitée directement, comme d'autres, à cette période de concertation de septembre-octobre 2017 avant la présentation du projet de Stratégie Nationale de Santé. Il est plus efficace de contribuer préalablement qu'en fin de parcours de consultation. Nous nous interrogeons sur les marges possibles de contribution compte tenu que nos seuls documents sont des documents de presse et que des annonces ministérielles de décision sur des composantes des quatre priorités sont régulièrement faites par voie de presse.

Les contributions pour faire évoluer la Stratégie Nationale de Santé doivent pouvoir s'appuyer sur des évaluations indépendantes des quatre années passées de la Stratégie Nationale de Santé actuelle. Elle doit également avoir une dimension prospective dans une approche rationnelle et globale. Les analyses prospectives ne nous sont pas présentées. Le rapport du 12 novembre 2010 de l'INPES intitulé « Prospective santé 2030-prévention 2010 » est riche et utile, mais le gouvernement aurait pu en demander une actualisation. L'approche prospective doit permettre de prendre des décisions claires sur des priorités précises soutenues financièrement sur la durée de la période de la Stratégie Nationale de Santé. La Stratégie Nationale de Santé ne doit pas être un catalogue de mesures, ni un relevé de plans ou de programmes d'actions mais des priorités stratégiques fondées sur l'évaluation des besoins de santé et la prise en compte des scénarios des développements à venir, des évolutions sociétales possibles.

### **La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux**

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne a une approche positive des priorités annoncées et apprécie la position de mettre en première priorité cette dimension de la prévention et promotion de la santé, comme elle l'était déjà dans la loi de santé de janvier 2016. La prévention et promotion de la santé est un axe stratégique essentiel des politiques publiques en santé.

La prévention et la promotion de la santé sont des démarches globales et doivent traverser l'ensemble des politiques publiques. Il est ainsi très appréciable que la démarche engagée soit interministérielle. Il restera à impliquer les collectivités territoriales ; leurs champs de compétences concernent la santé : exemple de l'urbanisme favorable à la santé, les mobilités, l'environnement, les espaces publics, les pollutions, le monde du travail... La démarche de prévention doit intégrer les facteurs environnementaux, notamment la pollution de l'air intérieur et extérieur, celle des eaux, les pesticides

et les perturbateurs endocriniens. Le principe d'un engagement sur des financements suffisants et suffisamment stables, et celui d'un travail concerté/coordonné sont également très importants. Les quatre principes d'action (la santé comme objectif qui mobilise toutes les politiques ; la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé ; un ancrage territorial allant des collectivités à l'Europe ; des usagers et des citoyens impliqués) évoqués par le Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP) sont pertinents et adéquats à l'approche que nous avons dans notre contribution au Projet Régional de Santé breton. Dans la démarche de prévention comme dans le parcours de soins, l'usager doit être acteur et pour cela, il faut que son entourage soit lui aussi impliqué. Créer de la santé-bien-être, c'est l'affaire de l'ensemble des acteurs de la société, pas uniquement de ceux du système sanitaire ni du système de santé. Quels moyens se donne-t-on réellement pour dédier des priorités en prévention ?

La prévention et la promotion de la santé (PPS) reste un maillon faible du système de santé et souffre d'un manque d'identification et de reconnaissance par une grande partie des acteurs de santé. Un effort de sensibilisation doit être entrepris afin de développer un « langage commun » et une « culture commune » en prévention et promotion de la santé. L'appropriation du concept devrait amener progressivement à intégrer ces principes dans les pratiques de chacun. La frontière prévention – soin doit être atténuée afin de garantir un continuum.

Les acteurs spécialisés dans le champ de la prévention et la promotion de la santé font état d'un besoin de travail en réseau pour un partage d'expériences, d'outils communs et d'harmonisation de pratiques pour davantage de cohérence et d'efficacité des actions. La coordination des acteurs doit être pour cela facilitée. Certains, et notamment les établissements scolaires, déclarent méconnaître les principes d'intervention en PPS et se retrouvent de fait en difficulté pour mener des actions en leur sein. Une démarche de vulgarisation et d'appropriation des pratiques recommandées en PPS pourrait être entreprise auprès des partenaires concernés.

S'il faut à la fois une prévention incitative et une prévention ciblée, une insistance particulière doit être apportée à la promotion de la santé dans le cadre de la globalité et de la précocité de l'approche des actions. Il ne faut pas réduire la promotion de la santé à une approche sectorielle ni par les risques mais dans une approche globale et généraliste de la santé. Cette conception globale de la santé conduit à éliminer tout clivage entre la promotion de la santé, la prévention, le soin, l'accompagnement, tout clivage entre l'action en santé et l'action sociale. La prévention et la promotion de la santé sont deux approches complémentaires, la promotion de la santé est globale et porte d'abord sur les conditions de vie, les compétences psychosociales, la prévention, plus ancienne dans sa conception, cible des problématiques particulières et s'adresse souvent plus volontiers aux comportements individuels. L'accent mis par le HSCP et de nombreux chercheurs sur les actions à entreprendre sur les facteurs déterminants de santé est essentiel. Il s'agit également de s'engager sur une offre de santé en termes de promotion et de prévention à tout âge et sur tous les territoires. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne approuve aux annonces de Mme la Ministre sur les actions en faveur des jeunes enfants, des jeunes et adolescents, ainsi que sur la prévention du vieillissement. La prévention doit s'envisager comme parcours précoce pour lutter contre les inégalités persistantes de santé, de faire en sorte que chacun soit en capacité de bénéficier des « bonnes pratiques », favorables à la santé, avant que n'arrivent les difficultés. Il faut mettre l'accent sur l'amélioration des milieux de vie, l'accent sur la concertation et la coordination des acteurs. Il faut œuvrer à un renforcement des compétences psychosociales chez les enfants et les parents, renforcer l'éducation et l'accompagnement thérapeutique, l'empowerment, la capacité d'agir du citoyen ; la co-éducation tout au long de la vie, et cela en associant la population à la résolution des difficultés dès la conception des actions, l'intervention dès avant l'école. La spécificité de la triade enfants-parents-soignants est nécessairement à envisager.

La notion de responsabilisation du citoyen de son capital santé et de la confiance entre soignants soignés est un point important, ainsi que de responsabiliser les parents sur leur rôle de préventeur. De manière stratégique, les politiques publiques en santé doivent s'appuyer sur des approches locales, territoriales, prenant en compte l'ensemble des besoins et enjeux de santé, bien-être, qualité de vie, sans se focaliser sur l'offre, qu'elle soit de soin, médico-sociale, sociale... ; prendre en compte l'intérêt de développer les collaborations, les synergies entre les différents acteurs de santé, valorisant les compétences de chacun (celles qu'exige le soin ne sont pas similaires à celles que demande la mise en place d'actions de promotion de la santé et de prévention, toutes deux devant être sous-tendues par des connaissances probantes, mais d'ordre différent) ; soutenir des démarches d'éducation pour la santé appuyées sur des processus participatifs. Si parmi les priorités stratégiques retenues pour la future SNS figure en premier alinéa "la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique", l'énoncé plus pertinent serait "la promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de l'activité physique". Sur le Programme national nutrition santé (PNNS), il faudrait que le ministère reprenne son soutien à la signature de la charte du "réseau des villes actives" du PNNS pour que puisse continuer à se développer une diffusion territoriale plus complète du programme national nutrition santé. Sur la promotion de l'activité physique, il est prévu la création de 500 "maisons du sport santé". C'est une démarche à soutenir en y adjoignant une démarche qualité avec label "salle sport santé", démarche qui vise à sécuriser les salles de remise en forme, avec formation de leurs éducateurs sportifs au sport santé, de façon à leur permettre d'accueillir de nouveaux publics porteurs de pathologies chroniques.

Concernant les actions de prévention et de promotion à la santé ciblées, il faut souligner la nécessité de développer et renforcer les actions en direction des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Les actions menées en direction des personnes en situation de handicap sont peu nombreuses. Pour autant, ce public présente un état de santé globalement moins bon par rapport à la population générale, avec une surconsommation de tabac, d'alcool, une activité physique moindre, des situations de surpoids, une souffrance psychique élevée... Sur la prévention de la perte d'autonomie, nous rappelons les quatre priorités du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, sur les causes majeures d'hospitalisation des personnes âgées, à savoir : les chutes, la dépression, la iatrogénie médicamenteuse et la dénutrition. Des actions notamment en termes de formation existent dans les territoires. Leur accès doit être facilité. (ex : Le coût des formations est souvent trop onéreux pour les établissements. Elles ne sont donc pas priorisées).

Pour qu'il y ait prévention, il faut que chacun puisse être « acteur de sa santé » tout au long de la vie. Le but est d'acquérir peu à peu une « culture » de la prévention. Ne serait-ce que pour résister aux diverses injonctions venant de personnes proches ou de divers médias ou de la publicité, ... qui poussent à adopter des comportements néfastes pour la santé. Pour devenir et être « acteur de sa santé », enjeu des politiques publiques en santé, il faut disposer de ressources suffisantes pour pouvoir vivre correctement au quotidien et payer ce qui reste à charge quand des soins sont devenus nécessaires ; disposer d'un milieu de vie porteur, capable d'accompagner, d'être en veille ou en soutien quand cela est nécessaire, d'être « aidant » quand la perte d'autonomie survient ; disposer d'un accès facile ou facilité aux services ou aux structures de soins ou d'accompagnement social ou médico-social.

Dans la stratégie de prévention, nous pouvons estimer qu'une personne qui s'estime dépossédée de la capacité et du droit qu'elle a de choisir son itinéraire et son mode de vie ; qui, là où elle vit, se voit bloquée dans sa volonté de participer à l'activité économique ; qui de ce fait se voit privée de ressources suffisantes pour vivre correctement et s'impliquer dans la vie sociale ou culturelle de son village ou de sa ville ; qui se sent non respectée, méprisée, mise à l'écart, exclue, est plus en risque de voir sa santé se dégrader qu'une personne qui se sent bien intégrée. Travailler sur la prévention, c'est, à partir de ce constat, travailler prioritairement sur la qualité des relations entre chaque personne et ce qui constitue

son monde : relation de la personne avec elle-même – estime de soi ; relation de la personne avec les autres – inclusion économique, sociale et culturelle ; relation de la personne avec les deux grands volets de son environnement, l'espace et le temps : l'espace naturel et l'espace construit, aménagé ou cultivé par l'homme ; le temps qui est rythmé par la suite des jours et des saisons et le temps qui est rythmé, haché par les horaires - du lever et du coucher, des repas, des transports, de l'école, du travail, des courses, des activités du « temps libre », ... - ou qui est brouillé par les « non-horaires » comme celui du flux continu des informations. Ces éléments peuvent concerner tous les adolescents et adultes. Il s'agit de travailler résolument sur la qualité des relations entre chaque personne et ce qui constitue son monde. Même marquée par l'âge et la maladie, la personne âgée est d'abord à considérer comme « une personne », avec ses souhaits, ses choix, ses potentiels, sa dignité et sa responsabilité, un entourage ressource - de l'aidant familial aux « pairs », une histoire dans un parcours de vie avec une préoccupation majeure : éviter les obstacles et les ruptures dans les prises en charge et accompagnements.

Pour cet axe stratégique de notre système de santé portant sur la prévention et promotion de la santé, il ne suffit pas que la politique de santé comporte un volet sur ce sujet, il faut que chaque politique publique soit en capacité de mesurer l'impact qu'elle a sur la santé et le bien-être de la population. Pour évaluer les résultats des politiques publiques, parmi les indicateurs retenus, il doit y avoir des indicateurs concernant la santé et le bien-être des personnes concernées par ces politiques. Des politiques publiques qui ont comme effet « collatéral » la marginalisation de certaines personnes, la dégradation des liens sociaux ou la pollution de l'environnement ne vont évidemment pas dans le sens de la prévention. Les CRSA doivent être renforcées dans leur mission d'évaluation.

### **Une amélioration de la gouvernance et le renforcement réel de la démocratie représentative consultative en santé**

Nous partageons collectivement les valeurs fondatrices d'une protection sociale, d'un système de santé issues du Conseil National de la Résistance de 1945. Ces valeurs portent notamment sur la solidarité et l'égalité, valeurs de notre république. Cependant, notre société a bien changé : notre démographie avec un vieillissement de la population, nos liens sociaux, les progrès de la science et des technologies, l'espérance de vie, la libre circulation des personnes et des idées, nos institutions démocratiques, nos organisations territoriales, nos organisations sociales, nos pratiques sociales... Une réflexion globale est incontournable aujourd'hui pour tenir compte des évolutions et repérer les enjeux majeurs auxquels est confronté notre système de santé, avec l'évolution de ses organisations, de sa gouvernance, de ses modes de financements. Gouvernance de notre système de santé et renforcement de la démocratie représentative consultative en santé sont des dimensions stratégiques essentielles. Les CRSA et Conseils Territoriaux de Santé doivent nécessairement avoir des financements assurés permettant leur indépendance, des personnels mis à disposition pérenne avec une autorité fonctionnelle, et non être comme simple variable d'ajustement dans les budgets ARS. Les CRSA et Conseils Territoriaux de Santé étant pérennes par la loi, il y a lieu de procéder à des simplifications administratives dans la gestion de leurs financements et engagements sous la responsabilité de leurs présidents. Les évolutions contextuelles ainsi que celles de nos organisations sociales et politiques amènent nécessairement à mettre en perspective une organisation opérationnelle adaptée et clarifiée de notre système de santé. Dans cette organisation, compte tenu de la forte demande de démocratie de la part des citoyens, les organismes légaux actuels de la démocratie représentative consultative en santé doivent tenir une place centrale dans l'organisation des débats, le suivi, l'évaluation des politiques publiques en santé, les tarifications et les financements, c'est-à-dire l'ensemble de la politique publique en santé, la CRSA pour ce qui est de l'espace régional, les Conseils Territoriaux de Santé pour les territoires de santé de proximité.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de repenser au cours des dix prochaines années, le système de prise en charge de l'offre de soins associée à l'idée plus globale de santé, avec l'utilisateur et aussi plus largement la population, pleinement acteur de son bien-être. Un nouveau modèle est à penser. Le parcours de santé va du "Domicile au Domicile" dès le plus jeune âge avec pour prescripteur le médecin de ville ou les autres médecins intervenant sur les territoires, le spécialiste et/ou son équipe en cas de maladie de longue durée. La médecine libérale doit pleinement recouvrer son attractivité et la médecine hospitalière doit être consolidée dans ses missions de recours ; l'organisation sociale et médico-sociale devient indissociable de la problématique du vieillissement, en particulier les personnes en situation de handicap. Les efforts de tous, administration de la santé, directions des établissements, chefs de service, soignants, associations d'utilisateurs, doivent converger pour inscrire l'esprit de la loi dans les pratiques, sur l'ensemble du territoire. Les représentants d'utilisateurs et des citoyens ont toute leur place dans les établissements de santé et médico-sociaux, aux côtés des patients, des usagers, des aidants et aux côtés des équipes de soins, pour contribuer à l'amélioration d'un système de santé à la fois efficace et humain. D'autre part, il s'agira de reconsidérer la santé, aujourd'hui strictement envisagée comme une charge ou une dette, pour demain la considérer comme une chance distinctive du modèle français, facteur de croissance en termes économiques et de bien-être collectif contribuant à la cohésion de notre société. Ce renversement de perspective rend plus indispensable la couverture sociale qu'il faut préserver, en adaptant son financement avec notamment le vieillissement de la population. Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de septembre 2017 évoque l'amélioration à faire de la gouvernance en santé, et un plan national de santé publique. Nous ne pouvons qu'y souscrire. Cependant, cela passe nécessairement par l'implication, dans toutes les instances de gouvernance et groupes de travail mis en place par l'administration, des organismes et instances de démocratie en santé dont les CRSA en tant que telles. La coordination des politiques publiques en région et la mobilisation de tous les acteurs, sous l'autorité de l'ARS et de la CRSA Bretagne, seul organisme régional de démocratie en santé, sont indispensables. La gouvernance est un choix qui repose sur des équilibres entre le pouvoir centralisateur de décision et l'association des acteurs locaux permettant au décideur de prendre les meilleures décisions adaptées à la réalité territoriale et en proximité de la population. La démocratie représentative consultative en santé, représentative des citoyens, des acteurs, des usagers, doit donc être au cœur de la gouvernance. La gouvernance doit garantir l'équilibre des forces entre financements, orientations politiques et priorités des territoires, la démographie médicale, le secteur médico-social, l'ambulatoire, la proximité des soins. Sans oublier l'équilibre des territoires. Les CRSA doivent être informées et sollicitées pour tous les projets de contractualisation de territoire en santé. Au travers de la diversité de sa composition, de sa représentativité, la démocratie représentative consultative en santé, les CRSA et les Conseils Territoriaux de Santé sont facteurs de cohérence, d'efficacité, de pertinence, de pérennité des politiques publiques en santé. Les représentants des usagers et des professionnels y ont un rôle important.

Des simplifications et des clarifications sont à effectuer rapidement dans les fonctionnements administratifs, la gouvernance et le rapport des usagers et citoyens avec le système de santé. Un document complémentaire sur les simplifications est proposé par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne. Simplifications et clarifications des procédures, des fonctionnements administratifs ont une dimension stratégique et sont favorable à la réduction des coûts, à l'égalité de l'égalité d'accès aux soins, prises en charge et accompagnements.

### **La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé**

C'est un principe fort : aucune politique publique en santé n'est pertinente si elle ne s'attache pas à réduire ces inégalités. Au-delà des discours et des bonnes intentions, cela ne reste trop souvent qu'un



vœu. Le Pr. Denis Zmirou souligne que « *malgré un allongement continu de l'espérance de vie et une amélioration générale de l'état de santé de la population, les inégalités sociales devant la maladie et la mort ne se sont pas amendées mais, au contraire, ont eu tendance à s'accroître au cours des deux dernières décennies*<sup>1</sup> ». La lutte contre les inégalités est un axe stratégique essentiel des politiques publiques en santé. Une autre citation : « *La politique de santé doit prendre en compte tous les déterminants de la santé et réduire les inégalités de santé. Elle doit trouver un équilibre entre amélioration de l'état de santé de la population et régulation économique tout en préservant la cohésion sociale et la solidarité*<sup>2</sup> ». Une priorisation d'actions doit se porter sur les inégalités d'accès à la santé, à l'accès aux dispositifs de prévention, de soins, d'accompagnements des personnes en situation de handicap, des personnes précaires avec la mise en place d'évaluations précoces, de diagnostics précoces pour des offres adaptées.

Il s'agit d'avoir des objectifs opérationnels précis, évaluables, s'appuyant sur des données socio-économiques, environnementales et sanitaires correspondant à des échelles pertinentes. L'objectif affiché d'une approche centrée sur les besoins des patients avec des parcours organisés au niveau du territoire apparaît comme une évidence. Quels sont les moyens réels affectés pour les évolutions des gouvernances ? Quelle volonté a-t-on réellement de permettre aux professionnels de santé d'exercer avec plaisir dans les zones « désertes » ?

### **La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins**

Mme la Ministre avance deux leviers : une réflexion sur l'évolution de la tarification à l'activité, et la formation des professionnels. Est-ce suffisant ? Il ne faut pas que les actions prévention et celles sur la pertinence des soins passent par plus de moyens pour des structures déjà lourdes et « administratives ». Un système de santé performant est un système qui, tout en recherchant l'efficacité (les bons moyens au bon endroit et au bon moment), n'a pas pour guide principal la seule vision de la performance économique, celle de rechercher coûte que coûte l'équilibre des comptes annuels. C'est un système reconnaissant la place spécifique de chacun, pensé à la fois pour les soignés, les soignants et les proches, un système qui sait équilibrer la programmation de nouvelles avancées technologiques par de bons investissements, par une bonne anticipation des emplois et des compétences, et donc par une programmation adaptée des recrutements et des formations professionnelles, un système qui développe la coopération et la mutualisation entre les acteurs divers qui interviennent en son sein afin de faciliter le parcours des usagers.

Pour la pertinence des soins, il s'agit de l'acte le plus adapté, le plus efficace. C'est une notion variable. La pertinence, c'est aussi être en adéquation avec les besoins de la personne. Il est important de se poser la question à la fois de la pertinence des soins mais aussi de son rapport aux patients. Le patient doit pouvoir prendre une décision éclairée. Cela suppose la qualité de l'information et pose aussi la question de la communication avec le patient et de la nécessité d'une formation à la communication avec les patients.

Les évolutions démographiques et les nouveaux besoins de la population requièrent d'initier une démarche de rationalisation de l'existant. Certains dispositifs sont utilisés par défaut sans véritablement respect de leur vocation première. C'est notamment le cas des patients maintenus en SSR dans l'attente de place en EHPAD. Il conviendrait d'engager des réflexions de fonds sur l'ensemble de la filière de prise en charge des personnes âgées et veiller à ce que chacun considère le champ d'actions pour lequel il est dédié. « Le résident au bon endroit ». Il y aurait vraisemblablement des mutualisations entre acteurs à développer.

<sup>1</sup> Denis Zmirou-Navier (2010) Expositions environnementales et inégalités sociales de santé, in adsp n° 73, déc.2010.

<sup>2</sup> P-H. Bréchat et al., (2012) Innover contre les inégalités de santé, Rennes : Presses de l'EHESP.

Les problématiques de la capacité du patient à décider notamment pour toutes les questions d'handicap, de maladie sont régulièrement posées... La situation d'urgence, par contre, ne permet pas toujours aux patients de décider. Il faut également prendre en compte la capacité du patient à comprendre et l'importance de la personne de confiance. Cela peut être un dispositif à généraliser pour favoriser les prises de décisions. Un système de santé performant met le parcours de soins et/ou de prise en charge dans un parcours de santé individualisé, prenant en compte l'histoire de la personne, de son environnement physique et social, de ses besoins. Le parcours de santé se construit avec les patients, impliquant pour les soignants et autres professionnels, de travailler sur la compréhension par le patient ou l'utilisateur, et son implication dans les décisions le concernant, avec une reconnaissance des aidants. L'utilisation d'un vocabulaire et d'une pédagogie adaptés est la condition première de l'élaboration du parcours de santé individualisé, avec un travail de littératie pour comprendre et utiliser l'information écrite.

La mise en place de recours à des soins et d'accompagnements de proximité ne doit pas donner lieu à des dispositifs compliqués ou illisibles pour les usagers et les professionnels, au risque de multiplier les avis, les examens complémentaires, les prises en charges multiples éventuellement inutiles au détriment d'une approche individuelle ciblée, personnelle, dans le respect du choix de l'utilisateur. La réflexion sur la pertinence et la qualité des soins doit se poursuivre en inter-collégialité. Par exemple, ne faut-il pas considérer la préparation des doses à administrer (PDA) par les pharmaciens, pour certains publics bien définis (personnes âgées, malades chroniques ou polymédicamentés) comme l'indiquait un rapport de l'Académie nationale de pharmacie de juin 2013, car contribuant à des améliorations des prises en charge et accompagnements avec des bénéfices en termes d'observance, de lutte contre la iatrogénie mais aussi contre le gâchis ? De la même manière, le Dossier pharmaceutique (DP) associé à l'utilisation réelle du DMP généralisé et avec l'accès au DP à tous les médecins des établissements de santé et médico-sociaux serait un vecteur d'amélioration de notre système de santé, de qualité des soins et prises en charge, de limitation des erreurs médicamenteuses.

Les référentiels de bonnes pratiques sont utiles afin de mettre en place des actions qui soient ressenties comme pertinentes. Comment prendre en compte le facteur temps lorsqu'il faut être en mesure de prendre des décisions rapidement ? La pertinence n'est-elle pas le consensus entre le professionnel et la personne concernée avec la relation de confiance qu'il arrive à mettre en place ensemble ? Les chartes, et notamment la charte Romain Jacob, doivent être des références du quotidien dans tous les services. Toute instance régionale ou lieu de concertation ayant pour objet l'amélioration de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions ou la diffusion de la culture de la pertinence des soins ne peut être valablement instaurée qu'avec la présence majoritaire de représentants des professionnels et des usagers, des représentants des ordres professionnels concernés et la présence forte de membres de la CRSA Bretagne afin d'œuvrer à la meilleure appropriation de cette question de pertinence les personnes concernées au quotidien et à leur meilleur engagement possible dans une relation de confiance.

Dans le cadre de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, un état des lieux menés en 2015 dans le cadre de deux conférences de territoire de Bretagne ont mis en exergue des difficultés tenant à l'offre de soins, aux pratiques professionnelles, à l'appréhension des soins par les personnes ou leur entourage ainsi qu'à des raisons financières. Ces constats ont été corroborés par différents rapports. Pour répondre à certaines situations, des organisations spécifiques peuvent être instaurées pour la prise en charge des soins courants somatiques, non liés à un handicap. Ces organisations doivent intégrer une prise en charge globale et continue des patients et des usagers, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Elles nécessitent pour cela un renforcement de l'articulation des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, afin de permettre des parcours facilités, plus fluides et continus entre des phases de soins, d'accompagnement et le retour au domicile ou substitut du domicile. Cette coordination améliorée doit s'accompagner d'un effort d'acculturation et de

connaissance réciproque des acteurs. Une grande partie méconnaît le champ du handicap ce qui impacte directement l'appréhension des besoins spécifiques de certaines personnes. Plus particulièrement dans les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, l'absence de dispositif de coordination des soins, sur le modèle du médecin coordonnateur en EHPAD, fait défaut. Les équipes partagent le besoin de pouvoir recourir à un professionnel qui serait chargé de la qualité de la prise en charge des résidents en favorisant la coordination générale des soins entre les différents professionnels santé (salariés ou libéraux) intervenant dans l'établissement.

La pertinence dépend également du contexte social et culturel. La question des ressources en santé se pose. Faut-il des structures partout ? Quelle nature de structure ? La question de la pertinence des mesures de prévention se pose. Dans les notions de pertinence, l'éthique et la nécessité de la collégialité dans les comités d'éthique sont importantes. Le parcours de soins doit être adapté, pertinent. Il doit permettre aux patients d'avoir les meilleurs soins possibles. Soulever la question de la pertinence, c'est aussi savoir se remettre en cause pour les équipes soignantes. Le manque de pertinence peut être cause de mal être au travail pour ces équipes. Les personnes intervenant au domicile peuvent avoir des démarches de repérage, des démarches de dépistage de certaines pathologies. Les pertes de pertinence peuvent aussi s'expliquer par des nouvelles organisations mises en place pour répondre à des problématiques de moyens. La formation est un enjeu stratégique incontournable pour tous les professionnels pour rester pertinent. Cette formation de haut niveau se fait en lien avec les secteurs de la recherche. Elle doit contribuer aux échanges sur les bonnes pratiques, favoriser les apprentissages communautaires mais aussi favoriser les décloisonnements.

### **L'innovation**

Les évolutions, qu'elles soient liées au développement de l'ambulatoire ou de l'HAD, au développement des technologies nouvelles comme la télémédecine ou la e-santé, à l'innovation dans les organisations ou aux évolutions du contexte de vie et d'habitat des citoyens, doivent se faire au bénéfice des patients dans un cadre professionnalisé de soins et d'accompagnement et dans une démarche concertée avec les professionnels. Une innovation dans le système de santé doit nécessairement générer un progrès pour le patient, l'utilisateur et ses proches et/ou aidants familiaux. Comment organiser et soutenir les développements innovant en savoirs et technologie. Il faut d'abord souligner que les professionnels de santé s'engagent depuis longtemps dans un exercice de qualité, dans la performance et l'innovation. Le niveau des financements n'est pas toujours à la hauteur des attentes des professionnels et des usagers. Pour la CRSA Bretagne, la vision de l'innovation ne doit pas être d'être pilotée de manière technocratique par quelques-uns au niveau central de l'Etat, car il n'y a de réelles innovations que celles ancrées dans les pratiques quotidiennes et dans un espace de liberté rendant possible leurs émergences. L'innovation est un axe stratégique important des politiques publiques en santé, traversant l'ensemble des projets et programmes en santé y compris la prévention et promotion de la santé, mais celle-ci doit être un élément régulier de débat pour avis dans les organismes de démocratie représentative consultative en santé.

Si les évolutions technologiques nourrissent l'innovation d'organisation, la C.R.S.A. Bretagne souligne qu'il ne doit pas y avoir d'outil sans projet, ni sans projet médical quand nous nous situons dans le champ sanitaire, sinon l'innovation est vouée à l'échec. Pour la CRSA Bretagne, le développement de la télémédecine ne doit se réaliser que dans la visée des bénéfices pour les patients et de leurs proches et/ou aidants familiaux : amélioration des diagnostics, des suivis, des délais de prises en charge, de la qualité de prise en charge, améliorer l'égalité dans les prises en charge. La télémédecine est un outil au service de la prise en charge des patients ; c'est un moyen et non une finalité. La télémédecine ne doit pas simplement viser à palier un problème de démographie médicale. La télémédecine est à utiliser

comme assistance, complément, solution d'entraide pour les équipes et non comme mode d'organisation du système de santé, non dans une visée uniquement d'économie. Elle doit donner lieu à une meilleure reconnaissance des engagements du corps médical : temps, évolutions technologiques, évolution des exercices vers une plus grande collégialité. Un système de santé innovant, pour être performant, ne doit pas oublier combien le contact direct avec le patient, la connaissance de son environnement (lieu d'habitation, situation économique, environnement social...) constituent des éléments importants à évaluer régulièrement pour faire le choix des moyens thérapeutiques et/ou d'accompagnement les mieux adaptés à telle personne vivant dans tel contexte.

L'innovation organisationnelle, en tant que dimension stratégique, est à envisager comme dynamique positive, et en premier lieu bénéfique aux patients, aux usagers et aux professionnels. Elle ne doit pas susciter des inquiétudes néfastes au bien-être des professionnels de santé ni déréguler les services aux usagers. Cette innovation organisationnelle doit prendre en compte les conditions globales d'organisation du travail ; en ce sens il s'agit de développer des indicateurs pertinents permettant d'apprécier les mesures développées pour favoriser la qualité de vie au travail, indicateurs devant entrer dans les éléments de la certification ainsi que la mise en place des dispositions et instances respectant une véritable place aux représentants d'usagers. Compte tenu des insatisfactions actuelles en matière de parcours, l'innovation est un axe de réflexion incontournable. Si le parcours est ce trajet que l'usager en santé effectue dans un dédale de dispositifs en partie illisible et en partie inconnu des acteurs eux-mêmes, ce parcours usager interroge la cohérence et l'efficacité du système de santé. Du côté des organisations, l'innovation est souvent entendue comme visant l'optimisation, par exemple par meilleure coordination, favorisant la fluidité trop souvent pensée comme maillage technocratique ! Selon Francis Pisani, expert en innovation, innover est un processus qui convoque les acteurs sur plusieurs mécanismes, ceux de l'observation, du maillage, des principes d'expérimentation et de l'acceptation de remise en question. Les meilleures innovations sont celles que les professionnels et les citoyens s'approprient. Pour la CRSA Bretagne, la vision de l'innovation n'est pas celle d'un pilotage technocratique par quelques-uns à un niveau central de l'Etat ou central au niveau régional, car il n'y a de réelles innovations que celles ancrées dans les pratiques quotidiennes et dans un espace de liberté rendant possible leurs émergences. L'amélioration par le service rendu au plus proche du lieu de vie se réalise par le "service patient" qu'il s'agit de définir opérationnellement ; par l'amélioration de la qualité de vie et d'exercice du professionnel de santé et de l'accompagnant ou l'aidant. L'innovation par le service et l'organisation dans la régulation pourra se faire via des dispositifs territoriaux originaux, à la taille des pôles et / ou des Maisons de santé, ou des coordinations CPTS selon l'organisation territoriale existante ou en construction, dans l'attention portée aux initiatives d'acteurs. L'innovation n'est progrès que si elle apporte du plus à tous.

Les acteurs des territoires affirment régulièrement leur volonté d'être moteurs dans la recherche de solutions à l'équation « la meilleure place », « au bon moment », selon la situation de la personne, en expérimentant des actions innovantes et notamment :

- Développer l'hébergement temporaire et donner aux établissements porteurs des moyens leur permettant de répondre aux besoins de prise en charge spécialisée des personnes désorientées : promouvoir des unités dédiées à ce mode d'accueil et renforcer la formation des personnels pour l'accompagnement de ce public,
- Envisager des dispositifs à géométrie variable avec la création de places d'hébergement d'urgences,
- Rechercher des complémentarités entre le domicile et l'institution via le développement d'EHPAD au domicile,
- Organiser une offre d'accueil de nuit en articulation avec les accueils de jour,

- Expérimenter des délégations de tâches d'infirmiers aux aides-soignants, en l'absence d'infirmier de nuit en EHPAD,
- Développer une unité destinée à l'accueil des handicapés psychiques dans certains EHPAD,
- Répartir des places dédiées au handicap mental dans un certain nombre d'EHPAD du territoire afin de répondre aux besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap et vieillissantes,
- Promouvoir les solutions de type baluchonnage au profit notamment de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Sur cette dimension stratégique de l'innovation, il faut réaffirmer la place des usagers dans le système de santé. Bien que les notions de « patient expert », « patient partenaire », « représentant des usagers » et « citoyen avec de sa santé » émergent, les usagers et leurs représentants souffrent d'un manque de reconnaissance par les acteurs de santé. Certaines initiatives dans les territoires font leur preuve : la paire-aidance, l'association de représentants des usagers dans des formations en EHPAD dédiées à la prise en charge de personnes désorientées, .... Il convient d'en faire la promotion, de les enrichir et de les dupliquer.

Les aidants sont également des acteurs majeurs dans le soutien des personnes en situation de handicap, des personnes malades ou des personnes en perte d'autonomie. Compte-tenu de la répétition des tâches, des gestes et de la vigilance quasi permanente que requiert la situation d'aide, l'aidant peut être très rapidement confronté à un épuisement physique et psychique ; une situation qui peut de surcroît isoler socialement. Plusieurs dispositifs leur permettant de bénéficier de temps de pause et de soutien coexistent sur nos territoires. Même si l'offre demeure perfectible, les acteurs reconnaissent une sous-utilisation de l'existant ; très probablement par méconnaissance de cette offre mais également la persistance d'une tendance de « non demande d'aide » de la part des aidants pour des raisons culturelles (sens du devoir familial notamment) voire économiques. Il est donc nécessaire d'une part d'accorder davantage de reconnaissance et de soutien aux aidants, ce qui a été réaffirmé par la CNSA et d'autre part faciliter l'accès aux droits et aux aides existantes dans les territoires.

D'autre part, le développement du numérique, des big data, des inter-connexions entre bases de données nécessite une vigilance citoyenne sur la protection des données des usagers et des praticiens, sur les effets de ces développements technologiques, la démocratie représentative consultative en santé, y compris en région, doit en être obligatoirement et régulièrement informée et saisie pour avis de ces évolutions. Les développements du numérique et des nouvelles technologies doivent aussi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux dispositifs de soins de qualité et d'accompagnement. Des évaluations régulières de ces développements doivent mesurer les améliorations en matière d'accès pour tous.



## Préconisations de simplifications dans notre système de santé

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne 16/11/17

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne est soucieuse de l'amélioration du système de santé en région. Elle poursuit ses réflexions pour des propositions concrètes. Celles-ci s'appuient sur des propositions validées en plénière ou en Commission Permanente et sur les éléments d'une enquête sur les simplifications à opérer, enquête menée en septembre-octobre 2017 menée auprès de ses membres. Les propositions concernent notre système global de santé, et pourraient-devraient être actées au niveau national assez rapidement au niveau réglementaire dans une démarche positive permettant un gain pour tous. Le système de santé d'aujourd'hui est issu d'une déjà longue histoire ayant produit un empilement de dispositifs, de tarifications compliquées, de lieux de gouvernance. Certaines propositions suivantes sont déjà proposées de longue date par de nombreux acteurs. Ce document n'est sans doute pas exhaustif des simplifications possibles.

Les simplifications sont à concevoir comme nécessaires et indispensables à l'amélioration de notre système de santé. Elles doivent produire un meilleur service aux patients, usagers et aidants, une plus grande lisibilité du système, une facilitation des relations entre les personnes et entre les institutions, une plus grande efficacité, des économies budgétaires, une amélioration dans l'accès de tous aux dispositifs, une marche pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, une amélioration des coordinations indispensables au sein du système de santé et avec les partenaires. Les simplifications devraient être un engagement fort des responsables administratifs de l'Etat ; les trop nombreuses réticences administratives à la simplification sont autant d'entraves à l'amélioration du système et au déploiement des politiques publiques en santé voulues par le législateur. Il s'agit d'avoir une politique nationale et régionale en santé publique claire dans son organisation et ses attendus, efficace et coordonnée, répondant aux besoins de santé de la population, et permettant un parcours de santé coordonné et de qualité.

### PRECONISATIONS DE SIMPLIFICATIONS CONCRETES QUI DEVRAIENT ETRE MISES EN PLACE RAPIDEMENT ET ASSEZ FACILES A REALISER.

#### **a) Simplifications dans les rapports des usagers, familles au système et aux professionnels de santé et d'accompagnement**

- **généraliser la mise en place du dossier médical partagé ou personnel (DMP)**, et systématiser le renseignement du dossier médical personnel (DMP) par les professionnels autorisés en lien avec le dossier pharmaceutique : l'évolution des technologies numériques sécurisées devant faciliter les tâches, inscription systématique des ordonnances sur le DMP... ; un regroupement des informations patients et des principaux suivis devrait se trouver dans le DMP, cette généralisation du DMP est facteur d'économies, de coordination, d'efficacité, d'amélioration des services aux usagers ; articuler DMP et Dossier Pharmaceutique ; pour rappel, la Cour des Comptes, dans son dernier rapport 2017 sur la Sécurité Sociale, relève que « La Cour avait constaté en 2012 l'échec coûteux du DMP. Depuis lors, la situation n'a que peu évolué : à la mi-juillet 2016, seuls 584 532 dossiers étaient actifs. » La Cour ajoute que « *l'incidence effective du dossier médical partagé sur le fonctionnement de notre système de santé est tributaire de son alimentation exhaustive et en temps réel par l'ensemble des professionnels de santé. En dépit des dispositions légales qui les fondent, des délais d'appropriation de leurs obligations par les professionnels de santé sont à prévoir* » ;



- **mettre en place des outils simples et les moyens opérationnels indispensables pour la coordination de soins** (exemple du carnet de maternité, carnet de santé enfant...) avec une vraie réflexion de la difficulté de recueil de données entre les différents outils utilisés par les professionnels pour éviter les recopieries ou impressions de feuilles volantes données aux patients (l'utilisation du numérique pouvant être une aide) ; engager une vraie réflexion sur qui est destinataire des comptes rendus courriers entre patients et professionnels de santé entre professionnels de santé... Quelle place de l'enfant/ ses parents dans les décisions courriers et avis le concernant ? Mieux organiser la sortie hospitalière pour un meilleur parcours de santé en respectant le choix des patients et usagers de leurs professionnels de santé et d'accompagnement, développer les messageries sécurisées entre tous les professionnels de santé afin que l'utilisateur soit bien au cœur des prises en charges et accompagnements ;
- **mettre en place un accès facilitant le recours aux professionnels de santé en cas d'urgence**, de spécialités etc... Y a-t-il vraiment un libre choix du patient ? Rendre facilement accessible par des plaquettes et sites web une information territorialisée sur l'offre médicale 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours à destination des usagers et services ;
- **avoir une meilleure identification du coût réel des soins** pour que les patients mesurent et anticipent les frais, pour une meilleure responsabilisation ;
- **engager une réelle simplification du langage** tant oral qu'écrit utilisé par les administrations et les professionnels pour les échanges avec les usagers. Nécessaire travail de littératie, de prise en compte des spécificités des autres, de l'utilisateur, des aidants pour une bonne appropriation, une bonne compréhension des protocoles, des dispositifs. Il ne suffit pas de dire pour que l'autre comprenne. Pour un bon accompagnement, pour une bonne observance, pour qu'il y ait un consentement éclairé du patient ou encore mieux pour permettre une coopération du patient par rapport aux soins envisagés, un langage trop technique, trop spécialisé est un obstacle, voire facteur de mise en échec.
- **généraliser, par la simplification des procédures, l'accès de tous les bénéficiaires potentiels à l'ACS** (plus des deux tiers ne font pas la démarche malgré les campagnes coûteuses de la SS et des organismes complémentaires pour faire adhérer au dispositif) : l'accès à l'ACS devrait être automatique par la SS compte tenu des croisements des fichiers SS et Services fiscaux, avec possibilité de refus éventuel a posteriori par l'utilisateur. Que l'accès à l'aide à la complémentaire santé ACS soit grandement simplifiée et profite enfin à tous ceux qui y ont droit. Nous sommes dans une situation de carence de mise en œuvre d'une disposition législative. Les procédures de demandes sont très complexes, inefficaces, inutiles puisque n'atteint aucunement son objectif de généralisation de l'ACS aux personnes y ayant droit. Les obstacles posés par l'administration de l'accès à l'ACS sont contraires à la politique de réduction des inégalités d'accès au système de santé. Il convient d'adopter une procédure simple et pérenne d'inscription automatique des bénéficiaires potentiels. L'administration (fiscale ou autre) doit avoir l'obligation d'adresser automatiquement et annuellement une attestation de droit à l'aide à la complémentaire santé à toutes les personnes dont le revenu déclaré est compris à l'intérieur des seuils de revenus fixés, avec inscription automatique du bénéficiaire aux droits de l'ACS.
- **maintien systématique de l'ACS pour personnes retraitées par période de trois ans** sous réserve de contrôle a posteriori des revenus de la personne âgée, ou de demande de suppression à l'initiative du bénéficiaire ;
- **facilitation de la procédure des vaccinations** ou actions de prévention et promotion de la santé conseillées par la SS (vaccin grippe...) : le document actuel n'est pas facilitateur : la SS devrait donner au patient un bon pour retirer directement en pharmacie les produits pour ensuite aller chez le médecin et non les allers-retours coûteux et compliqués ; s'appuyer sur les disponibilités des professionnels de santé, y compris les pharmaciens formés spécifiquement ;
- **simplifier, pour mieux informer et agir, les actions d'informations, de débats publics**, de communications de prévention et promotion de la santé, de soutien aux aidants, d'informations sur les

risques environnementaux, du monde du travail, actions très nombreuses, organisées par des acteurs très divers qui se coordonnent peu ou pas du tout sur les territoires ou en région ; la CRSA pouvant être l'organisme de coordination des informations ;

- **en santé mentale, éviter des ruptures de parcours** par des simplifications réclamées par des directeurs d'établissements et autres acteurs : les ruptures, les incertitudes de poursuites de prises en charge sont très dommageables pour l'efficacité de celles-ci et irrespectueuses de la personne. La problématique en psychiatrie est la césure qui existe entre pédo psychiatrie jusqu'à 16 ans et psychiatrie adulte à partir de 16 ans ...jusqu'à 99 ans. La transition est une phase de rupture pour différentes raisons : majorité 18 ans obligation scolaire 16 ans certains droits ouverts à partir de 20 ans ... D'autres à partir uniquement à 25 ans ... L'idée serait déjà de mettre la pédo psychiatrie jusqu'à 18 ans (psychiatrie des mineurs) ; il faudrait créer des unités ou centre de soins pour jeunes 18-25 ans, et promouvoir une certaine cohérence dans les dispositifs partenariaux.

- **renforcer le décloisonnement entre secteur sanitaire et éducation nationale**, décloisonnement fondamental dans la prévention et l'accès précoce aux soins

- **simplifier les maillages territoriaux de professionnels de santé** et équiper les pharmacies en territoires fragiles d'outils de télé-santé pour sécuriser les patients qui y habitent en se servant de la pharmacie comme poste avancé du système de santé, en lien avec les médecins de proximité et autres professionnels de santé dans une meilleure coordination pour un meilleur service auprès des usagers.

#### **b) simplifications administratives**

- **simplifications du système de tarifications** : tarifications compliquées, inadéquates mettant en difficultés les professionnels, les services, et les patients ; simplification des procédures administratives et de financements ; arrêter la suspicion a priori des professionnels de santé et des services sur les actes et dépenses engagées et n'avoir que du contrôle a posteriori (ce qui est le cas dans d'autres fonctionnements institutionnels). La rupture des prises en charge devant être systématiquement évitée, à charge aux financeurs d'assumer auprès des usagers.

- **Assurer et favoriser une meilleure coordination des soins avec le médecin traitant comme pivot du système**, avec des aides efficaces de l'Etat à cette coordination (à l'appui entre autres de la télé-médecine et des technologies numériques..., télé-médecine, e-santé étant des outils au service des patients, usagers, professionnels et non une fin en soi) ;

- **Assurer et favoriser plus de mobilité entre la médecine de territoire, de « ville » et l'hôpital** ; favoriser les initiatives d'exercice dans les mêmes lieux en supprimant toute entrave dans les financements et montages administratifs ou de financements (l'Etat apparaît parfois comme entrave au bon fonctionnement du système) ; (quelques propositions : utilisation des plateaux techniques par les médecins libéraux, possibilité aux hospitaliers d'assurer des remplacements sur les territoires en concertation avec les libéraux) ;

- **sur la délivrance des médicaments** : la rendre plus adéquate aux prescriptions médicales ; éviter que des boîtes de médicaments restent inutilisées dans un placard chez l'utilisateur au risque d'être périmés ; il ne doit y avoir aucune délivrance de médicaments au-delà de la période prévue dans la prescription médicale ; impliquer les pharmaciens sur la question de l'observance ;

- **Urgence d'une refonte de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) et simplification de procédures par accès direct à l'infirmier pour tous les actes infirmiers inscrits à la NGAP relevant du rôle propre infirmier** ; s'ils ne sont pas encore inscrits à la NGAP, tous les actes infirmiers prescrits dans le cadre de la chirurgie ambulatoire doivent être pris en charge sur la base d'un forfait décent ; l'Assurance Maladie impose des contraintes qui limitent l'exercice quotidien des infirmiers, les dispositions générales de la NGAP imposent une prescription médicale pour tous les actes effectués par des auxiliaires médicaux, même pour les actes qui relèvent du rôle propre des infirmiers ; les contrôles

a posteriori, souvent sur deux ans, peuvent amener à réclamer des sommes faramineuses pour des soins que l'Assurance Maladie sait avoir été effectués pour l'intérêt du patient, réclamations pour défaut de libellé dans la prescription médicale ;

- **Simplifications dans les rapports des médecins aux administrations** : Pour tous les médecins, il faut veiller à ne pas remplir leur exercice de tâches administratives. Pour la Médecine libérale, la complexité des modes de rémunérations forfaitaires prévus dans la convention médicale : la rémunération sur objectifs de santé publique mobilise de la part de la sécurité sociale de nombreux contrôles, calculs et fournitures par les praticiens d'éléments de preuve de leur activité. Le résultat risque d'aller, du fait de la complexité, contre les intentions louables d'amélioration des prises en charges. Les médecins exerçant en lieu multiple, recourant à un adjoint ou à un assistant, modes d'exercices destinés à améliorer la couverture médicale des territoires sous dotés, devraient pouvoir disposer de plusieurs cartes CPE en complément de leur carte CPS comme les médecins directeurs de laboratoires de biologie médicale.

Pour la Médecine Hospitalière, le temps passé au fonctionnement de l'assurance qualité peut aller à l'encontre des objectifs vertueux en réduisant le temps médical ce qui pourrait être grandement amélioré par la diminution du nombre de documents et d'indicateurs pas toujours pertinents. Le Médecin fait partie d'une équipe soignante, pas une équipe administrative.

Un exemple de la complexité est le caractère trop figé du zonage des bassins de vie pour bénéficier des aides conventionnelles et de l'état ; le zonage aura duré presque un an, mobilisant de nombreux acteurs ; certes il sera revu périodiquement et double le nombre de possibilités d'aide mais il peut être remis localement en cause par le départ ou le décès brutal d'un médecin.

Globalement, nous sommes dans un système dans lequel on ne fait pas confiance aux professionnels de santé, d'où le développement de procédures complexes à vocation universelle, générant des contrôles chronophages et coûteux. Un exemple de simplification ayant réussi a été la fin du contrôle a priori des protocoles de mise en place de l'ALD comme l'a signalé Mr Nicolas REVEL. Il faut un changement des relations des professionnels de santé avec l'administration basé sur la confiance où un engagement implique son respect absolu quitte à ce que les rares manquements soient plus sévèrement sanctionnés ;

- **la mise en place d'une plateforme unique de gestion des places d'hébergement temporaire** avec guichet unique d'entrée. Le guichet unique d'entrée permet le lien direct et immédiat entre le prescripteur (notamment les établissements de santé) et la plateforme qui gère un nombre suffisamment important de places pour répondre efficacement et rapidement à la demande d'hébergement temporaire.

- **simplification de nombreux formulaires** dont la complexité et la redondance font obstacle à une bonne et saine gestion des finances publiques et du fonctionnement administratif. Le contrôle a posteriori, comme celui en vigueur dans certaines collectivités publiques, devrait être la règle, à charge pour l'Etat de prouver l'erreur dans un délai opposable. Un exemple l'émargement de présence à une réunion régulièrement convoquée devrait entraîner automatiquement l'indemnisation.

- **mettre en place un groupe de travail sur la simplification des procédures MDPH**, veiller notamment à un dossier simplifié pour les renouvellements ; désengorger les MDPH en tenant compte des bilans SSR effectués en amont de la demande d'orientation afin de respecter des délais raisonnables de réponses aux usagers et à leurs proches ;

- **Simplification des procédures d'autorisations et de leur renouvellement** tout en maintenant les visites de conformités. Créer des dossiers types simplifiés homogènes quel que soit les régions et rendre automatique les renouvellements d'équipements lourds s'il n'y a pas de modifications à la baisse du nombre d'implantations dans le SROS ;

### **c) simplification des gouvernances pour une réelle politique de santé en France**

- **revisiter la gouvernance globale de notre système de santé en clarifiant les responsabilités et missions** des structures : organismes d'évaluation et de mise en prospective des politiques publiques de santé ; organismes de collecte des financements ; organismes de régulation de la mise en œuvre des politiques publiques en santé ; organismes consultatifs ; organismes de gestion régionale des actions des politiques publiques en santé, ... La gouvernance globale doit être portée par un gouvernement qui dirige (non piloté par les lobbys) et impose des règles équitables d'intérêt général (exemple : contraintes d'installation des médecins comme pour les autres professionnels de santé, les pharmaciens, infirmiers libéraux...) ; le dernier rapport 2017 de la Cour des Comptes relatif à la Sécurité Sociale évoque « une simplification de l'organisation de la sécurité sociale » ;
- **diminuer le nombre d'instances trop nombreuses**, de groupes de travail, leur multiplicité est chronophage, assez inefficace, pouvant démobiliser certains acteurs ;
- **améliorer la gouvernance des politiques publiques en matière de prévention et promotion de la santé** : Renforcer la promotion de la santé et la prévention au cœur de toutes les politiques publiques en santé en créant des équipes mobiles de prévention, et avec le soutien actif de l'ensemble des professionnels de santé ;
  - . La prévention dès avant l'école, mais aussi à l'école pour une bonne éducation à l'hygiène et la santé, dès le primaire ;
  - . Une égale répartition de l'accès aux soins sur le territoire en fonction des besoins des populations (respecter et renforcer les missions des Conseils territoriaux de santé) ;
- **simplifier le nombre et les appellations de dispositifs qui ne cessent de s'empiler** (ex MAIA CLIC AZALEE CTA PTA CHT GHT PSI PPCH PPS PSAD PPAC RPS...) ; stabiliser les appellations : la multiplicité et certaines variations dans la signification d'acronymes sont des obstacles à la bonne compréhension, à la bonne gestion du système, ainsi qu'à l'égalité d'accès ; autant d'obstacles aux parcours de santé ;
- **réformer l'accès aux études médicales et leur contenu** : (exemple entretien de motivation pour accéder à la formation en médecine ; intégrer les nouvelles dimensions de l'exercice médical : travail en équipe, gestion de son exercice, démocratie en santé, instances dans les établissements...) ; réformer les contenus des formations en introduisant une formation aux ressources humaines, à la démocratie en santé, à l'éthique...
- **avoir une gouvernance des politiques publiques en santé véritablement décloisonnée** en partant des besoins de l'utilisateur et ne plus raisonner en silo (dans le sanitaire, comme dans le social, comme dans le médico-social), l'utilisateur ne devant pouvoir se découper ni entre administrations, ni entre dits financeurs puisque ce sont les citoyens qui financent au travers de leurs impôts ; prendre en compte la personne dans son environnement (écologie, aidants et proches) ;
- **simplifier et clarifier le lien de gouvernance entre responsables CRSA et personnels ARS affectés** à la démocratie en santé : que ces personnels soient sous l'autorité fonctionnelle directe du Président CRSA et des Vice-Présidents chacun dans leurs champs, comme dans une position de mis à disposition auprès de la CRSA comme organisme public ;
- **Simplification dans le fonctionnement des instances de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie** Bretagne et de la démocratie représentative consultative en santé en général : exemple avis CSOS, procédure simplifiée d'examen des remplacements d'équipement lourd approuvée par la CSOS du 21 septembre 2017 avec la possibilité d'un renouvellement tacite après dépôt d'un dossier d'évaluation et instruction s'avérant positive. Chaque remplacement d'équipement lourd doit faire l'objet d'une procédure complète d'autorisation. La CSOS a déterminé des critères permettant de catégoriser les demandes de remplacement d'équipement en : celles pouvant être exonérées d'une présentation explicite et pouvant se prévaloir d'un avis « tacite » des membres de la CSOS ; celles devant faire l'objet d'un examen et d'un vote explicites.