



Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne

Préparation et pilotage du déconfinement en Bretagne

Avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne

Adopté le 27 avril 2020 par la Commission Permanente

Synthèse de l'avis sur la préparation et le pilotage du déconfinement en Bretagne

Associée avec les CRSA Pays de Loire et Nouvelle Aquitaine, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne déjà a adopté un premier avis le 9 avril 2020. Les trois CRSA l'ont complété par un second avis le 24 avril. En complément de ces deux avis, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne précise des propositions pour tenir compte de spécificités de la région. La CRSA Bretagne rappelle que la politique de santé de crise doit rester démocratique et implique nécessairement les usagers, les professionnels et leurs représentants. Elle propose neuf points de vigilance et principes d'action pour réussir le déconfinement.

- 1- Veiller à l'acceptabilité sociale des dispositions de déconfinement qui devront être respectueuses des droits de l'humain sans discrimination, avec une communication claire et non paradoxale
- 2- Piloter le déconfinement en lien avec la démocratie en santé, représentative de l'ensemble des acteurs
- 3- Renforcer la coordination des acteurs pour mieux rompre les chaînes de contamination
- 4- Faire le pari de l'intelligence collective, des capacités d'organisation sur des territoires de santé à taille humaine et d'une démocratie en santé active avec la CRSA et les sept Conseils Territoriaux de Santé ; permettre une mise en œuvre tout en tenant compte de spécificités locales.
- 5- Renforcer les actions de prévention et promotion de la santé
- 6- Veiller à la protection de la santé des personnels et à les accompagner ainsi que les patients dans le déconfinement et l'après-crise
- 7- Organiser de manière efficace et territorialisée les dotations en matériel nécessaire pour tous les professionnels, intervenants et patients contaminés
- 8- Mettre en place avec les moyens nécessaires aux grandes politiques publiques Grand Age, personnes vivant avec un handicap, grande pauvreté et précarité ; une attention particulière doit être portée encore plus envers les personnes vulnérables et celles concernées par la rupture numérique ;
- 9- Quand cela sera possible, mais le plus tôt possible, penser dès maintenant à capitaliser en retour d'expérience pour améliorer les fonctionnements de notre système de santé, et son adaptabilité en temps de crise

Préparer le déconfinement et le réussir collectivement en Bretagne

Pour réussir collectivement en Bretagne, nous avons des atouts. Si la Bretagne est actuellement un peu moins impactée par les effets du Covid-19, elle doit cependant se montrer très vigilante collectivement pour se préparer au mieux à la période du déconfinement et aux mois qui suivront. Associée avec les CRSA Pays de Loire et Nouvelle Aquitaine, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne déjà a adopté un premier avis le 9 avril 2020. La CRSA Bretagne réaffirme sa solidarité et son soutien aux soignants, accompagnants et de toutes les personnes mobilisées, intervenant en établissements, services ou à domicile, des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'aux élus et bénévoles. Certains ont payé de leur vie de leur engagement. Malgré les difficultés inédites liées à cette épidémie, à l'impréparation et manques d'anticipation, défauts d'organisation notoires de nos politiques publiques en santé, nous avons eu de nombreuses mobilisations qui ont montré les capacités du système hospitalier à se réorganiser en urgence, la possible coopération public-privé, l'engagement fort des professionnels de santé libéraux, l'utilisation facilitée de la télémédecine, les innovations organisationnelles, la suppression de certaines complexités administratives mais aussi les très nombreuses initiatives citoyennes de solidarité. Les différences sociales, socio-économiques comme facteurs repérés de la santé, doivent être présentes comme vigilance d'action dans la stratégie de déconfinement. Souhaitons comme le Président de la République annonçant que « demain ne sera pas comme hier », que ces évolutions tant souhaitées se poursuivront et se consolideront dans l'après Covid-19. En son temps, la CRSA contribuera à l'analyse de l'avant crise et à repenser le système de santé. De toute façon, cette situation épidémique va vraisemblablement perdurer plusieurs mois en l'absence de vaccin et d'immunité collective.

Les leçons que l'on peut tirer du confinement doivent nous permettre de mieux appréhender demain, c'est-à-dire vivre avec des virus qui nuisent à notre santé. Cet avis CRSA, c'est-à-dire de la démocratie en santé, est un avis posant les principes généraux d'une réussite du déconfinement et des mois qui suivront, à charge aux autorités de l'Etat, d'en décliner l'opérationnalité en concertation constante et co-pilotage avec la CRSA. L'ensemble des préconisations et recommandations ci-dessous nécessitent un financement adéquat et prioritaire pour lequel l'Etat, gestionnaire des cotisations et impôts des citoyens, ne doit pouvoir se soustraire.

1- Veiller à l'acceptabilité sociale des dispositions de déconfinement qui devront être respectueuses des droits de l'humain sans discrimination, avec une communication claire et sans ambiguïté

Le confinement n'est pas une finalité en soi mais un moyen provisoire qui a permis la limitation de la circulation du virus tant que l'immunité collective et un vaccin ne sont pas accessibles. Les limitations de liberté doivent être exclusivement et explicitement associées à la lutte contre l'épidémie, à la limitation des voies de contamination, à la protection effective des personnes. C'est le cas des gestes barrières et de la distanciation physique.

Une vigilance doit être régulièrement portée sur les pathologies sur-ajoutées, dans une évaluation de la balance bénéfices-risques. La continuité des soins doit être assurée. L'offre de soins pour les non-Covid doit être adéquate et effective.

Les limitations de déplacements ou accompagnements, leurs contrôles doivent être proportionnées aux situations des personnes et aux risques réellement encourus.

Des vulnérabilités ont pu être révélées ou suscitées par le confinement. L'isolement est inévitablement problématique. Dans une visée de compensation des ruptures d'accompagnement, il s'agit de renforcer l'offre d'accompagnement, d'adaptation de l'accompagnement psychiatrique, et de permettre une meilleure articulation sanitaire / médicosocial. Il s'agit de mieux intégrer le secteur social (insertion, protection de l'enfance, etc.) dans le champ de la santé. Il faut aussi être vigilant que les moyens de communication (téléphone, Skype, visio etc...) ne compensent les liens que sur une

durée déterminée. Ensuite, il convient de réfléchir à permettre du lien « réel » avec les précautions nécessaires, l'homme étant essentiellement social. Pour ces personnes vulnérables, les élus et services communaux sont une ressource de collaboration.

Le déconfinement doit renforcer le partage du dossier patient, la concertation entre professionnels/ parcours de soin CPTS, DMP dans un territoire. Il faut que les professionnels libéraux intervenant sur le territoire disposent de toutes les informations de contamination afin de se protéger eux-mêmes et les personnes en contact avec le patient contaminé de retour de l'hôpital. Il faut un repérage de toute rupture dans le parcours de soins et intervention médicale ou sociale. Le port du masque pour toute sortie de patients encore contaminé devrait être conseillé.

L'acceptabilité sociale se fonde sur plusieurs éléments dont la cohérence des mesures proposées, leur adéquation aux problèmes posés par l'épidémie et la convergence active avec la démocratie en santé, CRSA et Conseils Territoriaux de Santé.

2- Piloter le déconfinement en lien avec la démocratie en santé

Le pilotage du déconfinement est un challenge compte tenu de la diversité des acteurs et des institutions. Il est pertinent de l'appuyer sur l'expérience acquise depuis plus d'un mois. La démocratie en santé avec la CRSA et les Conseils Territoriaux de Santé y a toute sa place. Ce pilotage associant pleinement la démocratie en santé ne peut être hospitalo-centré. L'un des défis de ce pilotage est aussi de tenir du lien entre différents niveaux, différents territoires, différents secteurs institutionnels. Un autre défi est d'anticiper et compte tenu des incertitudes, avoir toujours plusieurs scénarii. Il s'agit collectivement de mieux se préparer à d'autres épisodes épidémiques.

La CRSA souligne la nécessité de bien hiérarchiser les niveaux d'orientation, de coordination, et de mise en œuvre des politiques publiques en santé pour tenir compte de spécificités locales. La CRSA à associer au pilotage ne se situe pas dans une place d'organisateur au niveau opérationnel mais dans une contribution et un regard global permanent des acteurs représentés en son sein sur la mise en œuvre des politiques publiques en santé.

Le niveau national, en France, doit décider des orientations générales et des financements de la santé. La CRSA a demandé dans de très nombreux avis des engagements prioritaires de financements du système, ce que les derniers gouvernements n'ont pas faits. Ils en sont restés trop souvent à des déclarations de bonnes intentions, propos généraux que nous avons approuvés. Mais sans moyens.

Le niveau régional permet d'adapter le cadre aux spécificités et les niveaux territoriaux (Conseils Territoriaux de Santé, territoires de GHT, de CLS, de CPTS) sont pertinents pour engager sous la présidence du Conseil Territorial de Santé les politiques coordonnées d'acteurs selon les besoins repérés. A l'ARS d'en donner les moyens. Les semaines qui viennent de se passer montrent clairement la nécessité de coordination préalablement pensée. Les cellules de crise sont dans l'opérationnel. Elle doit être globale mais aussi déclinée tout en étant articulée en sanitaire, médico-sociale, sociale et territorialisées. Cependant il faut veiller à leur champ d'intervention, et à leur lisibilité. C'est pourquoi elles doivent être placées sous l'autorité politique du représentant de l'Etat et du représentant de la démocratie en santé qui co-pilotent. Les coordinations se sont faites par des initiatives fortes de professionnels mais aussi de façon très diverse, parfois avec le lien des autorités administratives, parfois sans. Certains remarquent des initiatives un peu anarchiques (on se retrouve par exemple avec une multiplicité de cellules de soutien psychologique mais pas de réel service psychiatrique de soutien). La période de déconfinement doit permettre de poursuivre ces cellules de crise et d'éviter la multiplicité des dispositifs de coordination qui, s'ils sont trop nombreux et désordonnés, provoqueront lassitude et inefficacité.

Sur la communication des autorités sanitaires et la communication grand public, qui pour les semaines passées se sont montrées très erratiques provoquant des défiances et manques d'adhésion de la part

de la population, il s'agit de veiller à l'absence de contradictions dans les messages nationaux (ex : port du masque, arrêts de travail pour personnels soignants en ALD, femmes enceintes...), d'éviter ainsi la multiplicité de sources avec des redondances qui entraînent de la confusion), de penser une classification et hiérarchisation de l'information selon les publics visés (entre circulaire, information, demande de documents en retour, dossier à remplir...), de veiller à une harmonisation des informations. En région, il faudrait au moins que ARS / départements / éducation nationale, /préfecture / Dirrecte/CPAM s'entendent sur les messages apportés. Ces coordinations autour de la communication doivent être régulièrement copilotées en région par ARS et CRSA. Toute communication grand public doit être soumise préalablement à l'avis de la démocratie en santé.

Les élus locaux, les maires des communes et présidents d'EPCI sont fortement sollicités par la population mais aussi à s'organiser en lien avec les préfets. Les maires sont particulièrement préoccupés par les moyens et l'organisation du déconfinement dont l'accompagnement des personnes âgées et vulnérables, l'accueil de la petite enfance et des enfants en milieu scolaire, les transports.... La CRSA propose aux maires et présidents d'EPCI de lui remonter directement, en même temps qu'ils le font ou non aux préfets, toutes les propositions, initiatives, difficultés sur l'organisation de notre système de santé sur leur territoire, sur les mesures de protection sanitaire pendant cette période de déconfinement et dans les mois qui suivront. La CRSA souhaite être régulièrement informée par les Préfets ou l'ARS de la diversité des dispositions spécifiques prises dans les communes pour contribuer à rompre les chaînes de contamination, et d'une première évaluation de ces dispositions.

3- Renforcer la coordination des acteurs pour mieux rompre les chaînes de contamination

Le confinement a montré son intérêt. Parmi d'autres, il a permis de lisser les hospitalisations, de limiter le nombre de décès par une meilleure prise en charge, de diminuer le taux R⁰ de reproduction. Mais le taux d'immunité de la population reste faible. L'épidémie peut donc reprendre. Le déconfinement doit être organisé afin que les chaînes de contamination soient rompues ou très affaiblies. Nous devons nous appuyer sur les expériences des autres pays y compris européens (ex Allemagne) et les études menées. Le confinement et la politique de maintien à domicile des cas et des contacts semble avoir ses limites. La fin du confinement strict ne signifie pas la fin de l'épidémie. La CRSA préconise vigilance sociale, distanciation physique, gestes barrières et renforcement des coordinations. Pour le déconfinement, les enquêtes de séroprévalence sont, selon de nombreux épidémiologues, capitales surtout en Bretagne où l'immunité collective est la plus faible. C'est à l'ARS, à l'Etat d'y mettre les moyens nécessaires.

La CRSA prend en compte les premières propositions d'isolement des personnes infectées et contagieuses faites par le 1er Ministre lors de sa conférence de presse du 19 avril. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne estime qu'il faut aussi pouvoir s'organiser territorialement pour éviter que les personnes contagieuses puissent contaminer les proches familiaux, professionnels, voisinage, transports publics, lieux de regroupements comme les écoles, les entreprises, afin de tenir compte des spécificités et faisabilités locales. Les établissements médico-sociaux, sociaux et hospitaliers ont déjà cette expérience dans leur propre territoire d'établissements avec trajets différenciés, gestes barrières, ... Les circuits à domicile de thérapeutes sont parfois organisés en patients Covid/ patients non Covid. Dans le respect des droits humains et de l'utilisateur, l'idée de pouvoir créer des "sas de convalescence" est à rendre possible au cas par cas pour des personnes sortantes de soins intensifs à l'hôpital, leur durée de séjours étant ajustée à leur degré de transmissibilité et avec leur accord. Des expériences de lieux ou circuits dédiés ont déjà été menées par des entreprises et commencent en France par l'APHP, type lieux dédiés actuellement vide et de taille humaine avec professionnels de santé adéquats. Ce sont les territoires de proximité qui peuvent mieux connaître les pratiques sociales, et donc mieux réagir et proposer des réponses socialement acceptables. Le volontariat des personnes doit être un principe majeur. Pour réussir, les mesures

nationales doivent donner lieu à une application intelligente, compréhensive, fondée uniquement sur la visée de rompre la circulation du virus, et non appliquée de manière aveugle sous forme d'une seule visée du respect du droit. Avec le développement de l'utilisation de nouveaux outils numériques, la protection des données individuelles et l'éthique sont premiers dans les dispositifs. Avec cette attention, le « contact tracing » est un outil utile à la rupture de chaîne de contamination. Cet outil nécessite beaucoup de pédagogie pour une bonne compréhension de la population avec un cadrage légal, méthodologique très transparent. La CRSA doit être informée des modalités de sa mise en œuvre ainsi que du suivi opérationnel.

La CRSA rappelle la nécessité d'une meilleure prise en compte des problématiques des interventions à domicile et des intervenants à domicile avec l'objectif d'une reprise à terme complète et sécurisée des soutiens, accompagnements, prises en charge thérapeutiques. Cela pose la question du statut sanitaire des proches vis à vis du covid 19, des intervenants des SSIAD, HAD, UNA-ADMR... ainsi que des professionnels médico-sociaux du secteur du handicap amenés à faire des visites à domicile (professionnels d'IME, de SESSAD, de SAMSAH ou de SAVS) Les services du domicile ont eu le sentiment de ne pas exister et la période que nous venons de traverser a montré, si nécessaire, la méconnaissance par les services de l'Etat des spécificités de l'intervention au domicile de l'utilisateur.

Le déconfinement et la vie sociale à venir sans une immunité collective suffisante et sans vaccin sont complexes et dotées d'incertitudes. Cependant, en région, les mesures prises en coordination avec les acteurs et co-pilotés par l'ARS et la CRSA, doivent avancer sur les questions suivantes :

- . bien définir les personnes à risques avec une approche validée ; Bien définir les « niveaux de risques » et les obligations de confinement, de prises de distanciation physique nécessaires qui s'y rattachent.
- . prendre en compte les risques psychologiques liés au confinement, la santé psychique des citoyens et penser à des mesures de « pouvoir souffler » sans remettre en cause les nécessités du confinement (ex : type de sortie en voiture dans un lieu plus éloigné... mais pas que pour les autistes)
- . Penser aux temps de « rupture de l'isolement » au-delà des soins indispensables
- . Revoir avec les Conseils Départementaux un engagement réel sur la prise en compte et budgétaire de l'activité différente (prendre en compte les interventions directes, mais aussi coup de téléphone, faire des courses etc...). Renforcer le soutien aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance.
- . Revoir la question de l'accès aux soins pour les personnes qui resteront confinées : matériel nécessaire pour la téléconsultation, temps de consultation privilégiés
- . prendre réellement en compte la problématique des populations précaires, des populations dites « fragiles », les différences sociales et le soin : conserver le contact avec ces populations / assistante sociale, Ccas , mairies , bénévoles, associations, ceci demandant une forte coordination et concertation avec tous les acteurs de terrain, les Conseils Territoriaux de Santé pouvant être l'animateur aux côtés de l'ARS de ces concertations dans les territoires de santé de proximité. Il faut conserver à tout prix un lien, même distant, avec les personnes précaires fragiles accueillies en établissement ou accompagnées. L'Etat et l'ARS devront doter de moyens nécessaires à ce qui est révélé dans ces territoires.
- . prendre en compte la rupture numérique de certaines populations, renforçant leur isolement pendant le confinement : il faut inclure dans l'accompagnement social une éducation et un équipement numériques, en s'appuyant sur des associations existantes de reconditionnement des matériels informatiques, les associations qui favorisent l'inclusion numérique ; proposer un tarif très social pour un abonnement à Internet, voire un chèque spécifique sur le modèle du chèque énergie
- . soutenir et construire un véritable esprit de solidarité et de bienveillance, pour encore mieux travailler ensemble hospitaliers-libéraux-intervenants du domicile- intervenants médico-sociaux au service d'une même mission et au bénéfice des populations. Ces coordinations pensées sur de petits

territoires avec les centres hospitaliers pivots et les Cpts, il est judicieux de penser au co-pilotage ARS-acteur local tiers qui doit pouvoir être un représentant de la démocratie en santé.

4- Faire le pari de l'intelligence collective, des capacités d'organisation sur des territoires de santé à taille humaine et d'une démocratie en santé active

Compte tenu des incertitudes actuelles sur le Covid-19, de la complexité de nos organisations, tout en ayant un centralisme dans la mise en œuvre de nos politiques publiques santé, le repérage de nombreux dysfonctionnements, erreurs, défaillance a déjà été fait en après-coup. En Bretagne, les responsables de l'ARS ont fait le maximum pour la meilleure organisation possible des dispositifs, de bonnes coordinations, une information régulière. Elle l'a fait avec les moyens dont elle dispose, et ne pas oublier la suppression régulière de personnels depuis plusieurs années, et suppression de moyens et personnels dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La CRSA demande à changer fondamentalement nos modes d'élaboration, de pilotage de la santé en France et en région. Cela ne peut plus se faire par des décisions émanant d'une seule personne ou d'un seul bureau décentralisé. Fonctionnant dans le cadre d'un pays démocratique, il s'agit de mettre résolument les instances légales de démocratie en santé en co-pilotage régional et dans les territoires de santé. Celles-ci sont des tiers favorisant le dialogue et très liées aux problématiques du territoire, donc facteur d'efficacité. Une autre gouvernance est à envisager. Nous constatons que dans cette période de tension et de crise aiguë, le politique et son administration, sous couvert d'une légitimité sanitaire désignée par ses propres soins, organisent, arbitrent, en délaissant, la composante majeure de la démocratie en santé, ses intelligences et ses composantes. Sous sa pleine autorité, un financement adéquat est légitime. Les crises ont pour vertu de mettre en lumière les fragilités des systèmes et de ses vieux démons.

Les propositions de la CRSA qu'elle demande ici d'adopter sont :

- Se saisir de la crise sanitaire comme opportunité pendant la période de déconfinement pour favoriser l'agilité, la souplesse durable du système de santé

Cette crise sanitaire a contraint au renforcement des coopérations, à innover, à réduire des lourdeurs administratives. Ce qu'il est possible de faire en situation d'urgence doit être possible de manière durable pour rendre notre système de santé plus efficace et pertinent globalement.

- . Faire perdurer les coopérations territoriales qui se sont progressivement mises en place, et préserver l'accélération des processus de décision constatés (des projets ont abouti en une seule semaine, là où d'autres, similaires, demandaient jusqu'alors parfois des mois de travail en commun).

- . Confirmer la capacité à rechercher et trouver en partenariat des solutions territorialement adaptées ;

- . maintenir pendant le déconfinement et les mois suivants la possibilité de remettre en place très rapidement toutes les dispositions élaborées lors du confinement, à savoir déprogrammation d'opérations non urgentes, mobilisation de lits en cliniques, centres Covid-19... Les reprogrammations doivent se faire en harmonie entre hôpitaux publics-établissements privés et avec une information précise à la démocratie en santé, aux associations d'usagers, aux médecins libéraux et intervenants au domicile ;

- . Capitaliser sur les expériences de décroisement (social, médico-social, sanitaire) des activités mises en œuvre par nos adhérents durant la crise afin de privilégier les besoins de l'utilisateur.

- . renforcer et clarifier la place de chacun, de chaque organisation ou dispositif, simplifier et clarifier (MAIA, PTA, CLIC, GHT, etc.) pour mieux s'appuyer sur leur expérience et expertise -les PTA aux côtés des CPTS effectuent un gros travail de coordination-, impliquer les centres de consultation ambulatoire

type CMPP, CMP, impliquer les personnels médicaux et para-médicaux de l'Education nationale, du travail, des PMI et Conseils départementaux dans l'action territoriale ;

. exercer une vigilance accrue sur le lien ville ville-hôpital, son organisation, la continuité des soins doivent pouvoir y être mis au travail collectivement avec des réponses très simples, pragmatiques dont les outils numériques ; globalement il y a nécessité de poursuivre les adaptations des établissements de santé, de trouver les moyens pour protéger et prendre en charge les personnes dans les établissements médico-sociaux et renforcer l'interaction avec l'ambulatoire ; la vigilance est de mise pour le suivi des grossesses et jeunes enfants, de leurs vaccinations en lien avec les pédiatres, médecins traitants, médecins PMI, l'accompagnement des accouchements avec notamment la place du père ;

. exercer un repérage quotidien de toute rupture dans le parcours de soins et intervention médicale ou sociale en s'appuyant sur les ressources existantes de coordination et d'appui à la coordination pour agir le plus rapidement possible

. Mettre en place et développer une culture de la simplicité, de la réactivité. On a vu les lourdeurs de l'administration et les gros problèmes de logistiques au nom de logiques administrative et de respect de procédures qui n'ont pas/plus lieu d'être ;

- Une vigilance constante doit être assurée sur la question de l'accès aux soins pour tous et dans tous les territoires. Sous l'égide de la démocratie en santé, partant de travaux effectués dès maintenant par les Conseils Territoriaux de Santé, il s'agit de faire un point régulier sur les effets de l'épidémie dans les territoires, des renoncements et refus de soin entre autres du fait de la peur des usagers de se retrouver en contact avec le virus dans des lieux de consultation à l'hôpital, la clinique, dans les cabinets médicaux, laboratoires d'analyses. Au niveau régional, la CRSA avec les représentants des usagers et des professionnels doit pouvoir faire le recueil de ces écueils dans l'accès aux soins.

- Placer la démocratie en santé au cœur de l'action

La CRSA estime important de favoriser l'expression citoyenne, en y associant toutes les parties prenantes et à tous les niveaux territoriaux, de renforcer les liens entre démocratie en santé et élus locaux qui auront inévitablement à agir dans le cadre du déconfinement

La CRSA rappelle que la politique de santé de crise doit rester démocratique et implique nécessairement les usagers et leurs représentants. Il faut préserver, même plus, renforcer la place de la démocratie en santé en période de crise car garante des vigilances éthiques, morales, républicaines. La richesse du maillage que nous avons construit ces dernières années dans les territoires et en région, la mutualisation de l'intelligence et de l'expertise, tout ce qui interroge la composante riche mais complexe d'un individu sur son territoire de vie, doit sans attendre être mobilisé, pour gérer cette période, et pour préparer au mieux de l'intérêt général,

5- Renforcer les actions de prévention et promotion de la santé

Le développement des pandémies est à penser de manière globale dans notre monde. Ce développement est lié à différents facteurs et renferme des incertitudes. Le déconfinement interroge les balances bénéfiques-risques dans la vie au quotidien et dans les mesures publiques prises par les autorités. La population n'est pas familière avec cette notion de réduction des risques, en tout cas sur le plan conceptuel. Il va probablement falloir renforcer l'information et les formations. La réforme récente des programmes scolaires ne va pas dans le bon sens en supprimant ou restreignant les formations en « Sciences de la vie et de la terre », les formations en santé environnementale, en biodiversité.

Le développement des épidémies a des liens avec l'évolution de l'environnement, la biodiversité, les modes de relations de l'humain avec la nature. La santé-environnement est un axe sensible d'action à ne pas négliger. Ce séisme de quelques mois, à l'échelle planétaire, passé le moment où le Covid 19,

nous aura attaqué dans nos fonctions organiques, dans notre chair ou celle de nos proches, restera l'empreinte plus profonde du traumatisme collectif, qui d'une façon plus ou moins perceptible, fera naître un nouvel usage de la planète, où chacun portera en lui cette expérience, qui viendra alimenter la fabrique du monde de demain.

L'Etat en région doit, tous les six mois, faire un état rendu public de toutes ses actions menées pour protéger la santé des populations, pour préserver ou améliorer les qualités de l'environnement favorable à la santé.

Vigilance et attention particulières doivent être faites pour toutes les actions sanitaires et de prévention auprès des jeunes enfants, de leurs familles, des lieux et des professionnels qui les accueillent. Il faut renforcer, en cette période, les coopérations PMI Education nationale pour les bilans de santé en école maternelle, et avec la médecine de ville pour renforcer les actions de prévention. Ce sont aussi des temps forts de rencontre avec les familles. L'action auprès des modes d'accueil des enfants sont un réel sujet avec le suivi sanitaire des structures, l'explication et le respect des mesures barrières surtout avec de très jeunes enfants, les circuits de protocole de recours au soin, d'hygiène... les peurs des professionnels de la petite enfance et de l'enfance face aux risques que représentent les enfants de soignants et leurs parents.

La CRSA demande un renforcement des recherches scientifiques en région

La Bretagne est riche de ses chercheurs de haut niveau dans les universités bretonnes, l'Ecole de Santé Publique à dimension nationale, les CHU et écoles d'enseignement supérieures. Ils doivent pouvoir être soutenus dans leur volonté d'apporter leurs contributions. Cela est vrai pour les personnes âgées, les personnes en EHPAD et plus globalement tout le secteur médicosocial. Il faut renforcer la recherche action, associant la recherche et le terrain. Plusieurs champs disciplinaires sont concernés ; outre la santé publique, l'épidémiologie, la virologie, l'infectiologie, il y a les sciences humaines et sociales. Sous un co-pilotage CRSA-ARS, l'Observatoire Régional de Santé devrait être dès maintenant sollicité pour une première étude d'observation de la période Covid-19 sur le fonctionnement du système régional de santé, sur quelques éléments épidémiologiques en lien avec les territoires de santé, sur les vécus des patients et de leurs proches, sur l'approche des professionnels de santé de premier recours.

La CRSA repère la nécessité de

- . Rappeler pendant la période de déconfinement, le sens des règles de confinement, de gestes barrières, de la distanciation physique, des matériels à utiliser de précaution, d'une discipline exigeante individuelle

- . de se saisir de la diminution actuelle des publicités commerciales pour occuper partiellement ce terrain devenu en partie vacant dans les médias et panneaux d'affichage de rue pour soutenir des actions régionalisées de communication prévention et promotion de la santé sous l'autorité des acteurs reconnus et déjà existant en région notamment au travers du pôle régional ressource en promotion de la santé...

Sur la question du risque zéro, il s'agit d'intégrer à notre mode de pensée, et à nos pratiques, le principe pragmatique de réduction des risques, qui a fait la preuve de son efficacité, d'abord dans la lutte contre le VIH/sida, ainsi que dans la politique relative aux addictions. A titre d'exemple, les « gestes-barrières » sont des modes de réduction des risques, et non l'annulation de ceux-ci. Le port d'équipement de protection est aussi un mode de réduction des risques.

6- Veiller à la protection de la santé des personnels et à les accompagner ainsi que les patients dans le déconfinement et l'après-crise

La protection de la santé des personnels de santé, des accompagnants doit être une priorité absolue qu'ils soient en établissements, intervenants à domicile ou autres lieux. La responsabilité de l'Etat, garante de la santé comme droit pour tous, est engagée.

La CRSA estime qu'il faut :

- disposer d'une offre territorialisée aux personnels et aux patients, à leurs aidants d'un accompagnement psychologique disponible à la demande et de repos ; renforcer les capacités d'intervention, d'accompagnement de dispositifs déjà appréciées en Bretagne comme le GCS CAPPs associé à France Assos Santé Bretagne et la Maison Associative de la Santé ;

- Disposer des matériels nécessaires de protection des personnels et des patients pour permettre la continuité du service ;

- Vigilance et exigences sur les conditions de travail et tirer les conséquences d'une valorisation pour les personnels ;

- veiller à maintenir en permanence des équipes en nombre suffisant avec les qualifications nécessaires ;

- maintenir pendant le déconfinement le respect des normes de sécurité sanitaire pour tous

- soutenir en urgence la formation des personnels en lien avec la gestion de l'épidémie

- informer régulièrement les instances représentatives du personnel et les représentants d'usagers sur les mesures prises pour la protection de la santé des personnes.

7- Organiser de manière efficace et territorialisée les dotations en matériel nécessaire pour tous les professionnels, intervenants et patients contaminés

- Outre le manque de matériel, la distribution a été erratique. Celle-ci ne peut être organisée par une seule personne en région. L'ARS n'est pas spécialiste de la logistique. Il faut donc organiser cette distribution différemment avec les professionnels qui ont déjà l'expérience, et décentraliser la distribution dans des territoires de santé de proximité. Il faut également organiser une permanence de disponibilité des stocks nécessaires. Les difficultés vont vraisemblablement augmenter avec le déconfinement, l'ouverture de lieux professionnels, d'enseignement, de transport... qui nécessitent encore une plus forte logistique. Un état au minimum hebdomadaire des besoins, des stocks, des circuits de répartition doit être communiqué par l'ARS à tous les acteurs et à la démocratie en santé. Un véritable travail de logisticien !

- Si les consignes sont données nationalement et déclinées par l'ARS, l'opérationnel ne peut être l'ARS. Penser à une organisation logistique en parallèle à la question sanitaire ! Attention aux effets d'annonce et aux réalités (ex : « une commande de 20 000 a été lancée » sauf qu'en fait, elle ne sera livrée que quinze jours plus tard, mais les gens ont lu l'article et attendent donc les masques dès le lendemain !

- Poursuivre la régulation globale par l'Etat des EPI et médicaments en tension afin d'assurer la juste répartition des stocks en fonction des besoins. La sécurité des approvisionnements de santé en France (médicaments, tests, autres matériels médicaux) doit être une priorité de politiques publiques santé. Il faut structurer une filière médicale indépendante à l'égard de pays tiers. La Bretagne doit pouvoir être active compte tenu de ses capacités industrielles passées et actuelles dans la recherche.

8- Mettre en place avec les moyens nécessaires aux grandes politiques publiques Grand Age, personnes vivant avec un handicap, grande pauvreté et précarité

Pour rappel, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne avait adopté un avis le 6 janvier 2019 sur l'urgence d'une politique grand âge et vieillissement et la priorité à un financement d'urgence. Cet avis n'a donné lieu à aucun retour. La responsabilité des décideurs est à interroger. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne demande la prise en compte de ses recommandations, et ce en urgence avec les financements adéquats.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne a commencé à travailler sur un projet de grand observatoire régional du parcours de santé. Si celui-ci devient de plus en plus pertinent dans une approche globale de notre système de santé et dans sa mise en œuvre, il s'agit de s'engager dès le déconfinement, sous l'autorité politique reconnue de la CRSA, de commencer à se doter d'une organisation en région afin de recenser les données fiables, les observations individuelles et des fonctionnements organisationnels, des observations de cas et de situations, des indicateurs,...

9- Quand cela sera possible, mais le plus tôt possible, penser dès maintenant à capitaliser en retour d'expérience

La CRSA estime qu'il faut tirer au plus tôt les leçons de notre situation actuelle pour pouvoir agir. Ces leçons doivent porter entre autres sur les organisations de travail, les pratiques de soins et d'accompagnement facilitantes mises en œuvre durant le confinement (télétravail, téléconsultations, télé-rééducation...). L'organisation nécessaire d'un retour d'expérience sur les débuts de la crise qui ont vu parfois un manque de coordination des acteurs d'un même territoire est aussi à faire. L'organisation des filières de prise en charge a été pensée dans un premier temps et logiquement par les GHT. Une association en amont des acteurs privés solidaires, et économiques aurait été bienvenue.

Les actions lors de cette épidémie ont donné lieu à de nombreuses initiatives, coopérations, innovations dans les organisations, innovations dans les financements notamment Sécurité sociale, relations nouvelles entre partenaires. En cela la période a été riche. Certaines innovations et facilitations administratives étaient sollicitées depuis plusieurs années par la démocratie en santé. L'expertise de la démocratie en santé vient notamment de la diversité de ses membres bien ancrés dans l'action de terrain, bien informés des différents enjeux et débats y compris scientifiques. C'est ce qui en fait la pertinence et gage d'efficacité des propositions convergentes faites par la démocratie en santé, à l'écoute de la population, des usagers, des citoyens, des professionnels et des élus. Malheureusement, le développement de cette épidémie montre que les responsables politiques de l'Etat ont tort quand ils ne prennent pas en compte les recommandations de la démocratie en santé.

Il s'agit de capitaliser sur la bonne circulation de l'information des fédérations mise en place par l'ARS, mais en même temps mieux faire circuler l'information entre les différents secteurs de la santé globale, de mieux structurer la coordination des informations/relations vis-à-vis des Conseils départementaux. Il existe des améliorations à faire dans l'articulation des actions des départements et des services de l'état. Il faut aussi mieux structurer les relations champ de la santé / secteurs économiques. Tout cela vise à élaborer des conduites partagées au service de la santé des populations.

Avec les plans de continuité d'activité et les préconisations/ recommandations adressées par l'Etat, des mutualisations informelles se sont faites et méritent être répertoriées et partagées localement, régionalement et nationalement, partagées entre les personnels de différentes institutions. Dès maintenant, il faut penser à une formation accrue à la gestion de crise Il sera important que les instances de la démocratie en santé puissent, en après coup, s'approprier l'ensemble des évaluations et études qui auront été menées sur notre système de santé confronté à cette épidémie.