

# **Tirons des leçons de la crise sanitaire avec les valeurs de solidarité, égalité et équité des personnes et des territoires**

**Avis du 19 juin 2020 de la CRSA Bretagne**

## **Synthèse des propositions de la CRSA Bretagne dans le cadre de la concertation « Ségur »**

Pendant la crise sanitaire 2020, notre Région a vu la mobilisation exemplaire des professionnels de santé et d'accompagnement ainsi que des responsables de services et d'établissements qui ont rapidement innové et réorganisé pour répondre à l'urgence sanitaire.

Compte tenu de tout ce qui s'est passé, il s'agit dorénavant de veiller à une meilleure reconnaissance des métiers de la santé et de l'accompagnement. Cela passe évidemment par les rémunérations mais aussi par les formations, les conditions de travail et leurs financements car il s'agira, pour le Ségur de la Santé de revaloriser immédiatement ces métiers que ce soit via les rémunérations ou les carrières des professionnels hospitaliers, libéraux et médico-sociaux, à la hauteur de leur utilité sociale et de leur engagement pour la santé de tous. Au-delà, il s'agira aussi de les rendre attractifs

Cette question, si elle est naturellement un enjeu de négociations avec les organisations syndicales et les fédérations représentatives, doit également être traitée en concertation avec la démocratie sociale.

A cet égard, la CRSA Bretagne revendique le fait que le système de santé doit s'appuyer sur un socle de valeurs fondamentales : la solidarité, l'égalité et l'équité des personnes et des territoires, l'accès de tous aux soins et aux prises en charge.

Après échanges avec ses membres, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne propose donc huit axes au Ségur de la Santé :

1. Un système de santé à refonder, donnant la priorité à la santé communautaire, à l'égalité, à l'action forte indispensable contre les inégalités sociales en santé, à la prévention et promotion de la santé ;
2. Refonder l'organisation, le pilotage et la gouvernance du système de santé pour instituer une organisation graduée lisible, efficace et démocratique. Cette organisation doit être axée sur une déclinaison régionale de la stratégie nationale, et une mise en œuvre ancrée dans les territoires de proximité, basée sur une approche décloisonnée, transversale avec une place renforcée des usagers dans les processus décisionnels;
3. Un système de santé refondé sur des objectifs transparents, débattus démocratiquement, issus d'une analyse rigoureuse des besoins de santé et des ressources nécessaires. Ceci doit conduire à un plan de rattrapage massif à l'hôpital et en EHPAD; et une prise en compte explicite des besoins du domicile et des personnes ayant des difficultés spécifiques ;
4. Simplifier l'organisation du système, son fonctionnement, ses procédures, ses financements soutenus par une approche démocratique et transparente, simplifications à perdurer et amplifier telles que celles mises en place lors de la COVID 19 facilitant l'accès aux droits des usagers et aux rémunérations des professionnels ;
5. Se doter d'une politique du grand âge et de l'autonomie à la hauteur des enjeux, transformer et diversifier l'offre, soutenir le renforcement des effectifs et la formation des personnels,

améliorer les conditions de vie des personnes hébergées et les conditions de vie au travail des professionnels ;

6. Se doter d'une offre de santé structurée en soins, prises en charge, accompagnements, prévention et promotion de la santé, de politiques publiques santé et favorables à la santé sur les territoires répondant aux besoins des citoyens, l'élaboration, le suivi et l'évaluation de cette offre structurée impliquant la démocratie en santé et les représentants d'usagers ;
7. Développer et soutenir les innovations organisationnelles et technologiques dont l'utilisation du numérique pour améliorer les prises en charge dans le respect des droits des usagers et des citoyens, numérique pour tous et dans tous les territoires, en veillant à compenser par l'humain toute fracture numérique.
8. L'utilisation des outils et des structurations existantes sur les territoires au profit des partenariats et des collaborations : la structuration des exercices coordonnés dont les CPTS, les groupements hospitaliers de territoires basés sur des projets médicaux territoriaux, les projets territoriaux de santé ; les projets territoriaux de santé mentale, les contrats locaux de santé, ...

## **Tirons des leçons de la crise sanitaire avec les valeurs de solidarité, égalité et équité des personnes et des territoires**

### **Propositions de la CRSA Bretagne dans le cadre de la concertation « Ségur »**

Dans le cadre du Ségur de la santé, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne souhaite contribuer à la réflexion et formuler des propositions comme elle l'a fait régulièrement depuis plusieurs années.

Le 25 mai 2020, le 1<sup>er</sup> Ministre et le Ministre de la Santé et des Solidarités exposent que « l'ambition de cette grande concertation avec les acteurs du système de santé : tirer collectivement les leçons de l'épreuve traversée et faire le lien avec les orientations de Ma Santé 2022, pour bâtir les fondations d'un système de santé encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires, avec des solutions fortes et concrètes ». Dans son allocution du 14 juin, le Président de la République a sollicité la réflexion pour « tirer toutes les leçons de la crise sanitaire ». Cela nécessite tout de même un certain temps et la prise en compte de différentes approches.

Ce Ségur de la santé est proposé après trois mois de crise sanitaire qui ont impacté fortement nos organisations et la santé de nombreux citoyens. Nos organisations en santé ont réagi en urgence. Comme ailleurs en France, notre Région a vu la mobilisation exemplaire des professionnels de santé et d'accompagnement ainsi que des responsables de services et d'établissements, les médecins et paramédicaux libéraux qui ont rapidement innové et réorganisé pour répondre à l'urgence sanitaire.

Comme toute situation de crise, elle est à saisir pour analyser les richesses, insuffisances et dysfonctionnements de notre système de santé pour élaborer des réponses adéquates et concrètes localement et professionnellement.

Une des leçons du COVID 19 est bien évidemment de travailler à une meilleure reconnaissance des métiers de la santé et de l'accompagnement, quel que soit le lieu. Cela passe par les rémunérations bien évidemment mais pas que. A cela il faut ajouter les formations, les conditions de travail et leurs

financements. Il s'agit en effet de revaloriser les métiers, les rémunérations et les carrières des professionnels hospitaliers, libéraux et médico-sociaux, à la hauteur de leur utilité sociale et de leur engagement pour la santé de tous mais aussi pour rendre attractifs ces métiers souvent en tension.

Cette question doit être traitée en concertation avec la démocratie sociale et négociée avec les partenaires sociaux.

Cependant, la CRSA Bretagne rappelle que reconnaissance des professionnels, qualité de vie au travail sont facteurs du bien-être des personnels et facteurs du bon soin ou de la bonne prise en charge.

Lors de cette crise, l'engagement et la compétence de tous les professionnels de santé, publics et privés, en établissements, en libéral ou intervenant à domicile ont permis de répondre aux enjeux de l'urgence.

Il convient dès lors pour la CRSA et ses membres de saluer tous ces professionnels mais aussi l'engagement des associations d'usagers, l'engagement des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés, qu'il s'agisse des établissements MCO, SSR ou de psychiatrie.

Néanmoins, la lutte contre la pandémie a mis en exergue une réalité majeure : notre réussite collective n'a été possible qu'en s'affranchissant de certains cadres contraints qui ont été adaptés réglementairement en urgence : tarifications – facturation – autorisations, etc...

La CRSA Bretagne rappelle quelques points qu'elle a déjà affirmés.

Dans un avis du 16 janvier 2019 à propos du projet de loi prévu, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne annonçait partager des points de l'exposé des motifs, et notamment : « *Il convient de partir des besoins des patients et des professionnels de santé, qui sont les meilleurs experts de leur situation. L'assouplissement des contraintes et l'éclosion des initiatives locales doivent inspirer la transformation profonde du système de santé. Il s'agit également de poursuivre une dynamique de décloisonnement à tous les niveaux : entre hôpital, ville et médico-social ; secteurs public et privé ; entre professionnels, de la formation initiale à l'exercice, celui-ci devant être plus ouvert, pluri-professionnel et coordonné* ».

Les contributions de la CRSA Bretagne sont les suivantes :

- l'avis du 31 janvier 2017,
- la contribution du 1er février 2018 sur la politique de santé et de solidarité envers les personnes âgées,
- l'avis du 16 janvier 2019 sur le projet de loi santé,
- l'avis du 12 avril 2018 l'avis sur le numérique et la transformation du système de santé,
- l'avis du 18 juin 2019 à propos des difficultés des urgences hospitalières,
- l'avis du 27 avril 2020 sur la préparation et pilotage du déconfinement en Bretagne.

La CRSA Bretagne rappelle que le système de santé en France doit s'appuyer sur un **socle de valeurs fondamentales : la solidarité, l'égalité et l'équité des personnes et des territoires, l'accès de tous aux soins et prises en charge.**

La CRSA Bretagne rappelle aussi que la finalité du système de santé est la prévention et le maintien en bonne santé, le bon soin et le bon accompagnement du patient, de l'utilisateur, du résident dans le respect du libre choix de celui-ci, tout en rappelant la distinction entre soin et santé.

## **1. Un système de santé à refonder, donnant la priorité à la santé communautaire<sup>1</sup>, à l'égalité, à l'action forte indispensable contre les inégalités sociales et territoriales en santé, à la prévention et promotion de la santé**

La refondation du système de santé ne peut être efficace si on reste sur la seule prégnance du paradigme du soin. Dans la situation de la Covid-19, nous savons que les inégalités sociales en santé ont été très dommageables pour certaines populations. Idem pour le confinement et ses effets.

En référence à Eric Breton<sup>2</sup>, toutes les politiques publiques en santé, pour être efficaces, doivent agir fortement pour réduire les inégalités sociales de santé, les réduire dans l'accès aux soins et services préventifs... Il faut surtout agir sur les déterminants sociaux de la santé (logement, emploi, travail, éducation...), agir dès la période prénatale, permettre aux acteurs territoriaux d'agir ensemble.

Il est impératif que la France se dote d'une politique de santé qui va au-delà d'une simple énumération d'objectifs en lien avec des facteurs de risque.

Pour qu'un système de santé puisse faire face aux événements exceptionnels et aussi réduire les inégalités de santé, il doit avoir un ancrage fort à l'échelon territorial.

Cet ancrage doit permettre de déployer des actions préventives et d'amélioration d'accès aux services de soins et médico-sociaux au plus près des conditions quotidiennes d'existence des habitant.es.

Cette capacité locale d'action doit être l'objet d'un financement conséquent et stable permettant de développer une véritable expertise et d'adopter une perspective stratégique à long terme. Cette capacité de santé communautaire (définie ici comme la promotion de la santé à l'échelon local) doit s'inscrire dans une vision large des déterminants sociaux de la santé (conditions de logement, d'emploi, habitudes de vie, cohésion sociales, accès aux soins). L'approche de ce que certains appellent « la responsabilité populationnelle » peut être utilement utilisée.

La CRSA note à cet égard qu'un territoire pionnier en Bretagne, la Cornouaille, expérimente ce concept de responsabilité populationnelle initiée par la Fédération Hospitalière de France mais portée par la CPTS du pays de Quimper et le Centre Hospitalier de Quimper Cornouaille, financée en cela dans le cadre de l'article 51 sur les innovations.

La crise du coronavirus a fait ressortir la difficulté pour les acteurs locaux de contribuer à la définition de solutions innovantes pour ralentir la propagation du virus et atténuer les conséquences du cloisonnement.

Les initiatives qui ont émergé des dispositifs de coordination existants dans les territoires tels contrats locaux de santé, ateliers santé ville, conseils locaux en santé mentale, CPTS, réseaux entre soignants libéraux et intervenants à domicile etc... démontrent l'importance de cette coordination mais aussi d'y investir davantage de ressource. La coordination dans toute son acception et toutes ses dimensions a montré ses atouts en dynamisant les synergies ou ses failles quand elle était absente.

---

<sup>1</sup> Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. Cette vision participative de la santé est inscrite dans la constitution de l'OMS : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations »

<sup>2</sup> Eric Breton PhD Titulaire - Chaire INPES – « Promotion de la santé » à l'EHESP Rennes

A l'échelon territorial, le dispositif le plus susceptible d'offrir une réponse rapide et efficace aux événements exceptionnels et d'améliorer l'équité en santé sera celui animant un large réseau d'acteurs hétérogènes susceptible de mobiliser une grande diversité de ressources et de faire remonter un portrait riche des besoins des populations.

Il nous faut donc revenir aux enseignements de Alma-Ata (OMS, 1978) et de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) pour créer une véritable capacité de coordination des professionnel-les et de développement et déploiement de programmes dans le champ de la prévention, promotion de la santé et de la santé environnement.

Le confinement lié à la crise sanitaire a montré en Bretagne que la qualité de l'air extérieur était toujours dégradée alors qu'il n'y avait pas de circulation automobile ; de même la qualité de l'air intérieur était dégradée par l'utilisation non utile des SHA et autres désinfectants, ... Il s'agit aussi de continuer à interroger les liens entre agriculture, élevage, entreprises... et qualité de l'air

Alors que certains sont confinés dans quelques mètres carrés, on ne parle pas de l'urbanisme favorable à la santé, une priorité d'un regard à avoir sur tous les projets d'urbanisation. Que ce soit en temps de crise ou en situation courante, la CRSA devrait être sollicitée pour avis sur les grands schémas régionaux d'organisation de la vie des habitants type SRADDET, SCoT, schémas des mobilités, ... ayant des impacts sur la santé, autant de schémas régionaux structurants qui ont des impacts sur la qualité de vie, la qualité de l'air intérieur, extérieur, la qualité de l'eau....

Dans chaque territoire de proximité, il faut construire une véritable politique territorialisée d'éducation à la santé et de prévention, portée par tous les acteurs de la santé, les collectivités territoriales, les écoles, les CAMSP, etc... à l'instar des projets territoriaux de santé mentale

C'est la raison pour laquelle la CRSA Bretagne milite pour que les conseils territoriaux de santé, avec l'aide de l'ARS Bretagne et les acteurs de santé des territoires se saisissent de ce nouvel outil instauré par la Loi du 24 juillet 2019 à savoir les projets territoriaux de santé.

Son article 22 précise : « Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. »

Un principe doit alors être affirmé et devenir contraignant : pour toutes politiques publiques, il faut systématiquement procéder à des **études d'impact de celles-ci sur la santé**.

Pour les professionnels de santé, une cotation pour l'éducation et la prévention, des actes déjà délivrés à domicile, doit permettre de les rétribuer et de les valoriser. Dans les actions de prévention et promotion de la santé, il faudrait reconnaître le rôle propre de l'infirmier en la matière, et permettre la mise en place de consultations infirmiers à l'instar de nombreux pays (tabacologie, contraception, Etp par les libéraux avec cotation à domicile ....)

## **2. Refonder l'organisation, le pilotage et la gouvernance du système de santé pour instituer une organisation lisible, efficace, démocratique, ancrée dans les territoires de proximité.**

Après les réformes successives de la Sécurité sociale, du mode de tarification des hôpitaux, des établissements de santé et les annonces gouvernementales d'un dispositif attendu depuis deux ans « Ma santé 2022 », il est temps d'engager une réflexion concertée sur la refondation de notre système de santé : se réinterroger sur les fondamentaux de son organisation et de sa gouvernance, le rôle des différents acteurs tant dans le domaine public que celui du privé avec les modalités de leur coordination, la place de la prévention, les besoins de financement et les niveaux de rémunération.

La politique du coût doit faire place à la politique de la qualité ! Les politiques de santé ne doivent pas considérer la santé comme un coût, ne pas prendre comme fondement l'économie, mais doivent viser essentiellement le bien-être de la population. Dans son avis du 31 janvier 2017, la CRSA Bretagne soulignait la nécessité de **reconsidérer la santé non plus comme une charge ou une dette, mais « comme une chance, facteur de croissance en termes économiques et de bien-être collectif »**.

La transformation du système de santé doit se faire avec les acteurs de santé, en respectant des temps d'évaluation et d'appropriation suffisants compte-tenu de leur mobilisation extraordinaire au cours des derniers mois. Ces réformes structurelles (autorisations, financements ...) doivent s'appuyer sur des études d'impact robustes et tirer pleinement les leçons d'une crise sanitaire inédite. **Globalité de l'approche, décloisonnements et transversalité** dans le système doivent être premiers. Il est nécessaire de travailler en transversalité et que les usagers soient représentés dans les organes décisionnels de tous ces secteurs. L'expérience de la crise sanitaire a largement montré que certains secteurs ont pu être oubliés du fait des cloisonnements existants.

Les rapports entre l'administratif et les personnels soignants et d'accompagnement doivent être revus pour plus de pertinence. Il faut simplifier les gouvernances globales et d'établissements sanitaires : la complexité technocratique et le contrôle normatif à outrance sont dénoncés depuis longtemps. La crise a montré que ces freins pouvaient être contournés dans les situations d'urgence grâce à des relations équilibrées et matures fondées sur une logique de « contrat » entre les acteurs et le régulateur. Ce choc de simplification doit être poursuivi.

Du côté hospitalier, dans les centres hospitaliers et leurs groupements hospitaliers de territoire, de nouvelles gouvernances doivent être développées articulant sereinement le médical, l'utilisateur, la démocratie en santé et l'administratif. Les médecins et autres soignants ont déjà un regard sur l'investissement en matériel « appelé l'investissement du quotidien ». Il y a certes, une forte attente sur un management hospitalier en co-responsabilité et celui-ci doit être trouvé dans le respect des missions de chacun.

Le management hospitalier actuel est à revisiter et **la place des usagers est à renforcer dans les processus décisionnels stratégiques**.

Cette nouvelle approche de gouvernance est à prendre en compte dans les formations EHESP. Pour fédérer opérationnellement les acteurs dans les territoires, il faut créer des métiers et fonction d'interface (infirmier de soins transitionnels, case-managers notamment). Les commissions des usagers dans les établissements ne peuvent pas être oubliées au profit de la gestion de crise ; elles doivent vivre et être une ressource d'autant plus active dans ces périodes difficiles. Il est nécessaire de faire évoluer les textes et élargir les champs d'action de ces commissions.

Dans son avis du 27 avril 2020, la CRSA Bretagne 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, doivent sans attendre être mobilisés, pour gérer cette période de crise et après, et pour préparer au mieux de l'intérêt général.

Mi-avril 2020, Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique sur le Covid-19, a demandé au gouvernement, au nom du Conseil scientifique Covid-19, la mise en place d'un « comité de liaison avec la société ». La démocratie en santé, si elle est représentative et distante des conflits d'intérêts, doit pouvoir en être au cœur.

Une refonte de la démocratie en santé lui permettant d'avoir des moyens dédiés et du personnels sous son autorité fonctionnelle doit se faire dans les territoires pour permettre le débat démocratique utile. La démocratie en santé dans les territoires doit indépendante, sans conflits d'intérêt, avec plus de pouvoirs, pas simplement consultatif, et plus proche des préoccupations des territoires et des usagers du système de santé, en lien avec un renforcement du pouvoir déconcentré régional des ARS dans leur rôle de régulateur, financeur, contrôleur : contrôle de conformité au Projet Régional de Santé.

Si l'opérationnalisation se fait en région par les ARS, et les CPAM, le pilotage politique doit se situer dans un cadre national pour éviter d'augmenter les différences en santé entre région, il ne faut pas oublier que c'est entre les Conseils Départementaux et l'ARS que se structurent une grande partie de la relation entre Etat/Collectivité à travers les politiques publiques en faveur des Personnes âgées, des personnes en situation de handicap, de la Protection Maternelle et Infantile et plus généralement au bénéfice de tous les publics qui connaissent des fragilités ou en situation d'exclusion.

Dans l'organisation du système, il y a la question de la place, du rôle, des composantes et des moyens attribués à la démocratie en santé.

La démocratie en santé est-elle utile ? Doit-elle être réduite à du consultatif ? Doit-elle être autonome ? Ce sont des questions qui ont été posées aux membres de la CRSA en février-mars 2019. Les enseignements de cette étude montrent qu'il existe une très forte demande d'exercice de la démocratie dans le champ de la santé, une forte demande de renforcement de la démocratie en santé (près de 90%) en indépendance et financement, avec du personnel au statut de mis à disposition. Si ses atouts sont nombreux, sa plus grande faiblesse porte sur la dimension d'être uniquement consultative. Des états généraux de démocratie en santé en région seraient utiles.

Sur la démocratie en santé, il est nécessaire que les usagers du système de santé occupent une place centrale et non marginale comme semble le proposer la formulation « fédérer les acteurs de santé ... au service des usagers ». C'est au contraire l'occasion de **mettre en place une véritable démocratie en santé qui permette une réelle participation et une prise en compte concrète des usager-e-s du système de santé et des associations les représentant dans toutes les décisions qui les concernent** et dans l'élaboration des politiques stratégiques et budgétaires. Il s'agit donc de sortir des processus de consultation formelle d'instance sans réel pouvoir et de permettre aux usagers une réelle participation aux décisions qui les concerne.

Les outils de démocratie en santé et de coordination sont nombreux. Il faut les faire vivre au quotidien : contrats locaux de santé, conseils locaux en santé mentale, conseils territoriaux de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, commissions des CRSA, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, CDU, CVS.... L'ensemble des objectifs de ces outils doit agir en faveur de la démocratie, de l'association des usagers, de la concertation entre professionnels et structures d'hospitalisation. Ils peuvent être des leviers pour toutes les alternatives aux hospitalisations ; les acteurs de prévention (IREPS, Mutualité, ...), les bénévoles qui y concourent peuvent être mobilisés pour de véritables projets territoriaux de santé, adossés aux besoins des

populations qui doivent être associées aux diagnostics, à l'élaboration d'actions ainsi qu'à leur évaluation. Au-delà de ces outils et afin d'être au plus près des besoins de la population, il convient d'aller vers une entité démocratique, un parlement régional sanitaire et social qui définit la politique de prévention, de soins et de santé en adéquation avec le bassin de vie. Une instance qui ne soit pas seulement consultative mais bien représentative et souveraine.

### **3. Un système de santé refondé pour des stratégies empruntées de justice, d'équité, fondé sur des objectifs transparents, débattus démocratiquement, objectifs issus d'une analyse rigoureuse des besoins de santé et des ressources nécessaires pour y répondre.**

La préservation de la santé et l'accès aux soins sont des droits fondamentaux, basés sur des principes d'égalité et de solidarité entre les citoyens. Grâce aux financements des citoyens et des entreprises, l'Etat exerce en grande partie la responsabilité effective du pilotage du système de santé, la supervision des établissements de santé et leur répartition sur le territoire, la formation des professionnels du secteur, le financement des structures, le cadrage de la tarification et la tutelle de l'assurance maladie. La priorité absolue est que chacun puisse avoir accès aux professionnels de santé et d'accompagnement que son état requiert dans son territoire de vie, avec des soins de proximité dans un délai raisonnable.

La refondation du système de santé passe par un large débat citoyen. Cela passe d'abord par la construction d'un outil de pilotage démocratique au service de la santé des citoyens. Ce pilotage démocratique organisé se doit de prendre en compte toutes les facettes du système dont le financement et le fonctionnement démocratique du financement trop souvent capté par des administratifs. Ce **débat démocratique national mais aussi en région permettra de faire ou re-faire émerger les priorités de santé pour les citoyens et les priorités de financements des établissements, services et libéraux, sans oublier les interventions santé et accompagnement au domicile, dans un « prendre soin » qui ne se résume pas à de la technicité.** Ici, il faut soutenir que le soin ne doit pas être que curatif.

Il faut **agir en prévention primaire**, et se rappeler que chaque euro investi en préventif permet de ne pas avoir besoin de dépenser autant en curatif. Exemple de l'éducation thérapeutique du patient, qui améliore l'efficacité des soins, et qui se fonde sur l'écoute et le dialogue avec les patients, à partir de leurs réalités, et l'identification, avec eux, de solutions qui leur conviennent et soient applicables. Le système de santé doit considérer le patient comme acteur de sa santé à part entière et acteur dans la prise de décision qui le concerne.

Le 28 mars 2019 à l'Hôtel Rennes Métropole, la CRSA Bretagne avait organisé un débat public sur le système de santé dans le cadre du grand débat public voulu par le Président de la République. L'étude menée en Bretagne par la CRSA en février-mars 2019 avait montré l'attachement des citoyens au respect de différents principes, notamment :

- Le principe de solidarité : C'est une responsabilité de la société toute entière
- Le principe de fonctionnement démocratique : Sans l'écoute des populations même les experts peuvent se tromper et limiter l'efficacité du système de santé
- Le principe du centrage sur la personne des parcours de soins : ceci entraîne nécessairement le décloisonnement des différents champs de la médecine et la conception d'une médecine de groupe. Le parcours de soin du patient ne comprend pas obligatoirement la case hôpital dans tous les cas. Il faut aborder la santé dans sa globalité et créer les conditions d'une interprofessionnalité positive. Il est aussi nécessaire de créer aujourd'hui les conditions d'une bonne prise en charge à distance. Développer la santé implique nécessairement de la transversalité



Le système de santé a une longue expérience, de nombreuses qualités mais aussi des insuffisances. La crise sanitaire de la Covid-19 les a révélées. Si les critiques sont nombreuses, beaucoup d'entre elles préexistaient avant la crise qui n'a fait qu'accentuer certaines difficultés et pousser dans ses limites le système.

Elles suscitent d'autant plus d'interrogations qu'en 20 ans il a fait l'objet d'une succession de réformes dont le bénéfice direct n'a pas toujours été perçu par la population ou les acteurs du secteur.

Une solution pérenne, opérante et surtout allant dans l'intérêt de nos concitoyens ne pourra être construite qu'avec certaines conditions :

- Qu'elle repose sur une analyse objectivée de la situation qui mette à jour nos fragilités mais aussi, même si ce discours est moins accepté par la population, ses atouts. Car ils existent : la France est le 3ème pays de l'OCDE en part de PIB consacrée aux dépenses de santé, son financement reste massivement public (78% de la dépense assurée par l'assurance maladie), l'accessibilité financière du système est incontestable (le reste à charge des ménages sur les dépenses de santé reste le plus faible d'Europe), les professionnels du secteur sont hautement qualifiés ;

- Qu'elle se fonde sur partage des responsabilités entre les acteurs impliqués – Etat, Collectivités, structures, professionnels, citoyens – qui, chacun à leur niveau, devront faire le bilan de leur propre préparation et action durant la crise ;

- Qu'elle s'appuie sur des comparaisons européennes et internationales objectivées et non supposées, tenant compte des réussites et des écueils observés ailleurs ;

- Qu'elle se bâtisse en y associant toutes les parties et en premier lieu ceux qui se trouvent en 1ère ligne sur le terrain, lorsque les circonstances permettront leur association dans des conditions normales.

Un incontournable, **l'effectivité d'un plan de rattrapage massif à l'hôpital et en EHPAD avec des moyens adéquats aux enjeux.**

Il convient de **valoriser pleinement le service public hospitalier, la recherche publique et l'innovation** (réajustement du montant de l'enveloppe « MERRI » et progression dans le temps), et la pertinence des actes, des soins et des parcours. Remettre à niveau durablement l'investissement dans les hôpitaux publics (+2milliards d'euros par an), changer de méthode pour valider les grands projets en supprimant le COPERMO

Jusqu'en 2013, année où l'effort d'économie s'est encore accentué, le plus bas niveau d'investissement à l'hôpital depuis les années 2000 était d'environ 7% du budget hospitalier (données DREES 2018, recettes tous budgets confondus). Il se situait en 2018 à 4,8%. La CRSA Bretagne propose que le budget dédié à la santé soit augmenté de telle façon qu'un plancher de 7% du budget puisse être dédié à l'investissement, ce qui représente une hausse de 2 milliards d'euros par an.

Pour le financement des établissements hospitaliers, il faut sortir du tout T2A et intégrer d'autres modes de financement et notamment une tarification à la qualité.

Les démarches de certification sont à revoir car elles sont beaucoup plus administratives que médicales.

Une attention particulière doit être portée à la psychiatrie qui est en difficulté. Il s'agit de rattraper le retard en matière de financement pour la psychiatrie publique et les soins de suite et de réadaptation publics, et utiliser un mode de financement adéquat à ce secteur d'intervention. La stratégie d'organisation en santé mentale doit inclure dans sa réflexion tous les acteurs du territoire, les Conseils départementaux, les associations, services et professionnels libéraux intervenant au domicile. Dans ce champ de la santé mentale et de la psychiatrie, il est nécessaire de faire des parcours de psychiatrie et de santé mentale une priorité et un exemple pour la coordination des acteurs sur un territoire. L'offre doit être diversifiée pour respecter le libre choix et l'adhésion thérapeutique du patient. Les CMPP et les professionnels libéraux (psychiatres, psychologues) sont des acteurs maillant les territoires offrant des réponses en lien avec les CMP et le secteur public.

Problèmes d'approvisionnements en matériel et en médicaments, capacité restreinte de notre offre d'accueil, querelles sur les thérapies, manque de coopération entre le secteur public et le secteur privé, entre l'hôpital et la ville, le secteur médicosocial...autant de dysfonctionnements révélés par cette crise dans un contexte sanitaire aux conséquences dramatiques. La période récente a montré la nécessité incontournable de matériels, de personnels, de dispositions pour répondre en cas d'urgence sanitaire, mais aussi de manière pérenne aux aléas de santé et de soins de la population. Les dotations en équipements sanitaires doivent être transparentes et ne donner lieu qu'au meilleur soin ou prise en charge au bon moment à l'utilisateur, dans le respect de son libre choix. Ces dotations en gros équipements, en nombre de lits hospitaliers, en éventuelle répartition de produits médicamenteux dont les produits nécessaires aux anesthésies, en financements doivent être transparentes et faire l'objet d'information et avis de la CSOS de la CRSA. Il est nécessaire de **viser la sécurisation de la production et l'accès pour tous aux produits de santé.**

Quelques exemples

- Celui de l'équipement en lits hospitaliers, en lits de réanimation

La dotation en lits de réanimation a été au cœur des dispositions de gestion de la crise sanitaire, et un critère dans le déconfinement. La pénurie en lits armés pour la réanimation a été un élément non seulement décisif au plan sanitaire mais également dans la décision d'imposer un confinement généralisé. Le bénéfice du confinement en termes de santé publique et de préservation des populations est évident. En Bretagne, la crise sanitaire a imposé une approche pragmatique adoptée dans le contexte de l'urgence de la situation et des risques encourus. Les autorisations de lits de réanimation refusées en temps normal ont finalement été mises en œuvre à titre dérogatoire à la demande de l'ARS qui s'est rendue compte de la nécessité de disposer de davantage de lits en sollicitant le Privé. Les autorisations dérogatoires délivrées aux quatre hôpitaux privés bretons parce que jugées indispensables doivent pouvoir être pérennisées.

- Exemple de la situation des urgences hospitalières

Dans un avis adopté le 18 juin 2019 à propos des difficultés des urgences hospitalières, la CRSA Bretagne soulignait que « Ces difficultés dans les services d'urgences s'accroissent également du fait d'un système qui ne permet pas de bien fluidifier l'aval : une politique de réductions de lits ou de places dans les structures d'aval (hôpitaux – HAD - SSR – EHPAD...) liée à une pénurie de tous professionnels de santé dans ces structures mais également au domicile.

Fort de ce constat unanime, la CRSA Bretagne :

- Soutient les professionnels de santé qui s'investissent dans la prise en charge optimale de la population bretonne dans leur ensemble
- Demande au gouvernement de prendre des mesures à court terme mais également à plus long terme afin de pouvoir mieux appréhender les dysfonctionnements reconnus de tous et partagés de tous

- Demande à promouvoir l'éducation, la prévention et la promotion de la santé dès la grossesse et le plus jeune âge, dans les écoles, de façon répétée ; Proposer des formations aux enseignants ou dans leur formation initiale sur l'éducation à la santé, et prévoir dans les programmes scolaires cet item

- Rappelle la nécessité de nos concitoyens à consulter le premier recours ou à appeler le 15 avant de se rendre dans les urgences

- Propose aux autorités de tutelle de pouvoir expérimenter de nouvelles organisations mettant le patient au cœur de la prise en charge en :

- encourageant les initiatives visant à améliorer la fonction d'accueil et d'information des soignants ;

- en portant une attention particulière aux conditions d'attente des patients et des accompagnants ;

- en rendant les protocoles de soins plus propices aux échanges entre patients et soignants

- Encourage toutes les initiatives visant à orienter le patient vers l'offre de soin la plus appropriée à son besoin de soin, en amont, et/ ou à l'entrée des services d'urgences. »

Dans une approche nécessairement plus globale, cette question des urgences hospitalières ne doit-elle pas conduire à repenser les organisations territoriales du système de santé ?

La crise sanitaire a montré la capacité de la médecine de premier recours à se mobiliser et s'organiser très rapidement, en lien étroit avec les centres hospitaliers. Cela a donné lieu à la création de nombreux centres Covid-19 en Bretagne. Cela montre les volontés et capacités à travailler ensemble sur un même territoire dans une réponse la plus proche de l'utilisateur. Les collectivités territoriales locales ont soutenu cette approche en étant facilitant avec des moyens et des locaux mis à disposition. Ceci montre également la nécessité de prendre toujours et d'emblée l'ensemble des acteurs territoriaux (professionnels de santé libéraux, collectivités territoriales, démocratie en santé, centres hospitaliers, laboratoires d'analyse, pharmacies, transporteurs sanitaires et d'urgence, professionnels intervenant à domicile, usagers...) dans la conception de tout dispositif de santé, même en situation d'urgence sanitaire. Elle doit aussi s'appuyer sur les expériences très fournies déjà là des plateformes territoriales d'appui, des réseaux, des CPTS et de l'ensemble des libéraux.

La stratégie de santé doit **prendre en compte de façon explicite les personnes ayant des difficultés spécifiques** (handicap, maladie invalidante, etc.). La crise sanitaire récente a en effet mis en évidence que la réflexion sur cette question n'est pas suffisamment avancée : méconnaissance des difficultés spécifiques, questions éthiques, question de l'accompagnement des personnes, rupture dans les parcours de soins... Plusieurs points exigent une vigilance constante:

- sur l'accessibilité et l'accès aux soins :
  - accessibilité de l'offre de soins en ville ou à l'hôpital, accessibilité aux équipements de soin ;
  - information claire sur l'accessibilité de l'offre de soin ;
  - accès à la prévention, en lien avec le secteur médico-social ;
  - accès sans rupture aux transports sanitaires et aux produits de santé ;
  - Réponses à apporter aux cas de refus de soin et solutions pour résoudre le renoncement aux soins ;

- Sur l'accompagnement des personnes en situation fragile de santé, de handicap, d'avancée en âge, de précarité, il est nécessaire de **développer les services d'accompagnement de proximité pour garantir l'accès aux services de droit commun**. Cela peut nécessiter de l'accompagnement humain spécifique pour aider les personnes fragiles ou isolées dans la réintégration du parcours de soin ;

- Sur la place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et de l'accompagnement thérapeutique : cette démarche, qui concerne en premier lieu les personnes atteintes de maladie chronique, pourrait être proposée aux personnes en situation de handicap. Pour aider les patients à maintenir et améliorer leur qualité de vie, cette démarche favorise chez eux la compréhension de leur maladie et de leur traitement et les accompagne vers l'autonomie dans leur propre prise en charge. Elle s'appuie pour cela sur des activités organisées promouvant l'acquisition de compétences psychosociales d'adaptation.

Tout dispositif de santé ou service mis en place ne doit-il pas prendre en compte, dès le début de sa conception, l'accès des personnes vivant avec un handicap, l'accès des personnes vulnérables, l'accès des personnes éloignées du système, l'accès des personnes pauvres, précaires, vulnérables.

#### **4. Simplifier l'organisation globale du système, son fonctionnement, les procédures, les financements soutenus par une approche démocratique et transparente**

La gestion du Covid-19 a montré que des simplifications nécessaires aux bonnes réponses d'organisation du système étaient possibles et pouvaient être rapidement mises en place.

Dès son avis CRSA du 16 novembre 2017 sur la Stratégie Nationale de Santé, rappelées dans celui du 16 janvier 2019, les nécessaires simplifications administratives et réglementaires sont dites urgentes. Une demande avait été faite d'un calendrier précis des simplifications à réaliser doit être produit par le Ministère.

Sur le financement du système de santé, du financement des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, il faut en finir sur la multiplicité des caisses, en finir sur la double tarification avec deux interlocuteurs : l'ARS et le Conseil Départemental. Les gestionnaires d'établissements et de services ainsi que les usagers font les frais de ce doublon.

La simplification des modes de financements, de tarification, est aussi une économie gestionnaire, économie en temps, en faisabilité.

La CRSA rappelle que l'administration est au service des acteurs pour œuvrer dans le cadre des politiques publiques et non être entravée à l'initiative, au développement.

La simplification est indispensable ; il est bon de le rappeler pour le système de santé qui a eu tendance à se complexifier durant les dernières années et à se fragmenter (création des GHT d'un côté, des CPTS de l'autre, des DAC... etc...). Il faut simplifier les organisations, arrêter les « coordinations de coordinations » et les mille-feuilles consultatifs et représentatifs : PTA, DAC, CLS, CPTS, CTS, CLIC au sein desquels on retrouve toujours les mêmes acteurs, avec des travaux qui peuvent être parfois redondants mais riches d'expériences qu'il faut capitaliser. La simplification est porteuse de meilleure visibilité et meilleure lisibilité et des acteurs et de la population. Il faut simplifier la gouvernance à un seul niveau de prise de décision pour l'hôpital, la ville et le secteur de la perte d'indépendance.

L'organisation globale et le type de gouvernance des établissements publics concernent les citoyens, les usagers, les professionnels d'un territoire, c'est-à-dire tous les acteurs d'un territoire. Il est légitime d'en avoir un débat démocratique.

Il faut aussi éviter des phénomènes de concurrence entre les différents sites d'un GHT, regrouper certains soins mais pas pour diviser l'offre de soin, rendre une autonomie de décision de chaque centre hospitalier.

A l'interne, après débat démocratique, des décisions pourraient être remises à l'échelle d'un pôle médical et paramédical avec une certaine autonomie organisationnelle. Le débat territorial doit être

possible sur le nombre de lits de manière à avoir en MCO un taux d'occupation moyen à 85% maximum, pour moins d'attente aux urgences et des plages de bloc chirurgical libres pour prendre en charge les urgences sans annuler la chirurgie programmée. Les hôpitaux et cliniques doivent être impliqués dans le parcours du patient après l'hospitalisation, et en rendre compte.

Dans tout le système, il faut s'orienter vers une **diminution de la charge administrative en réduisant à l'administratif utile** – les statistiques d'évaluation de l'efficacité générée par les visites de certification sont suffisantes par exemple. Les simplifications indispensables dans le système, la diminution de la charge administrative et la simplification des procédures permettent de redonner du temps aux cliniciens. Les lourdeurs administratives trop importantes, la redondance des documents à remplir régulièrement, prennent du temps que les cliniciens ne passent pas auprès des patients ou de la population. Il faut alléger notamment les demandes de rapport d'activités venant de toute part. Sans oublier que le temps administratif a un coût.

Il faut **faire perdurer et amplifier la simplification mise en place lors de l'épisode COVID 19 pour l'accès aux droits** (ouverture de droit, renouvellement, téléconsultation/télésoin) ; maintenir et généraliser le tiers-payant à l'instar de ce qui s'est fait pour la télémédecine et le télésoin ; capitaliser sur l'assouplissement des règles pour le financement des soins complémentaires des personnes accueillies en ESMS (article R314-122 du CASF) et de l'accès à l'HAD ; capitaliser et approfondir les simplifications administratives permettant aux ESMS de proposer des accompagnements plus décloisonnés (assouplissements capacitaires, d'âges, etc.) et des modalités de fonctionnement/organisation plus souple, notamment sur les aspects financiers (CPOM, EPRD). La crise sanitaire a été l'occasion de **simplifier l'articulation entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire sur deux aspects : l'accès à la HAD et aux soins complémentaires en ville**. Ce second point notamment est un point de crispation régulier sur les territoires, véritable obstacle à un parcours de santé mixte médico-social sanitaire et une perte de chance pour les personnes en situation de handicap.

## **5. Se doter d'une politique du grand âge et de l'autonomie à la hauteur des enjeux, transformer et diversifier l'offre, soutenir le renforcement des effectifs et de la formation des personnels pour des compétences et une qualité d'accueil respectueuse de l'humain**

Pour rappel : Après une alerte évoquée lors de la session plénière du 13 décembre 2017, la CRSA Bretagne, dans une contribution du 1er février 2018, pose la politique de santé et de solidarité envers les personnes âgées comme une véritable et urgente question de société. C'est une question sociétale de solidarité, une question éthique, une question de politique globale. Il nous apparaît essentiel pour une société de prendre en charge ses anciens, de prendre en charge dignement ceux qui ont été les acteurs de notre société. C'est une exigence éthique de solidarité. Cette question sociétale sur la place et les traitements de nos personnes âgées et plus particulièrement celles dépendantes mobilise l'ensemble de notre société quel que soient les catégories d'âge, quel que soit la place du citoyen dans la société et concerne tout le monde, familles, personnes dépendantes, personnes malades, soignants, citoyens, élus, responsables de services et d'établissements... Les politiques publiques doivent accompagner de manière responsable les évolutions sociétales.

L'une des priorités est celle de la **prévention des incapacités et dépendances chez les personnes âgées**. Il y a urgence à mettre en place des dispositifs pour les dépistages, mettre également en place un observatoire traitant de l'évolution de l'état des personnes vieillissantes, d'avoir une approche prospective. La prévention doit y tenir une place essentielle pour opérationnaliser la promotion des activités physiques adaptées, la lutte contre la dénutrition, la prévention des chutes qui provoquent

9 000 décès par an, la mobilisation contre l'isolement social, la prévention des troubles dépressifs, la vaccination antigrippale...

Du côté du financement d'un 5e risque, il faut rendre les financements de la santé et ceux de la perte d'indépendance inter-reliés. Si on crée un mécanisme de financement pour la perte d'indépendance non relié à l'assurance maladie, on risque de ne pas créer les conditions favorables de l'inter-professionnalité. Le système EHPAD pendant la crise a eu besoin de son partenaire hôpital notamment autour des équipes mobiles de Gériatrie, est-ce que l'on veut voir ce type de collaboration prospérer ou se terminer ? Le domicile reste le parent pauvre du financement du système de soins et d'aide. Les professionnels du domicile ont été fournis en dernier en équipement de protection individuelle c'est un signe manifeste qu'ils n'ont pas été considérés comme prioritaire dans un système qui reste extrêmement hospitalo-centré. Dans de nombreuses régions, la surmortalité à domicile a dépassé la surmortalité hospitalière. Il va falloir aussi **revaloriser le secteur EHPAD et le secteur du domicile** au moins au même niveau que celui des hôpitaux.

La CRSA Bretagne soutient la création d'une 5<sup>ème</sup> branche dès 2021. C'est une urgence sociétale !

Les politiques publiques en santé doivent pouvoir **garantir aux personnes une accessibilité financière aux différents modes d'accompagnement de qualité**, en réduisant les restes à charge et en les rendant cohérents en fonction de l'évolution de leurs besoins de santé, garantir à tous une accessibilité territoriale, en assurant un maillage territorial de réponses sociales, médico-sociales et de santé, graduées et de qualité, respectueuses de l'humain. La perte d'autonomie peut générer des restes à charge importants. Il convient de réfléchir sur des pistes pour les réduire, notamment l'instauration de tarifs différenciés dans les EHPAD en fonction des ressources et le plafonnement des tarifs en EHPAD. La qualité est nécessairement liée à la qualité de vie, de reconnaissance et des conditions de travail des professionnels. Les exercices professionnels auprès des personnes âgées dépendantes, qu'elles soient à domicile ou en établissement, nécessitent de fortes compétences. Ne pas oublier qu'à domicile le même soin technique auprès d'une personne âgée, handicapée ou dépendante ne prendra pas forcément le même temps donc devrait avoir une cotation différente. Une action volontariste de l'Etat doit être engagée urgemment. **L'accompagnement et les soins pour les personnes âgées comme pour tous les usagers du système de santé doivent être organisés à partir d'elles-mêmes, en fonction de leur projet de vie.** Il faut lancer un grand plan d'investissements fléchés. Le suivi médical doit être à la hauteur des enjeux de santé des résidents en EHPAD : soit on permet au médecin coordinateur d'assurer la prise en charge des résidents soit on y ouvre un poste de médecin formé en gériatrie, en poste partagé avec un hôpital ou non et la médecine de ville.

La politique publique grand âge doit avoir une **approche prospective** pour prendre en compte une transition démographique caractérisée par un vieillissement accru entre 2030 et 2050. Elle nécessite un pilotage pluriannuel de ce 5<sup>e</sup> risque qui s'inscrit dans le temps long et qui garantisse un financement sur l'ensemble du territoire, avec socle commun et solidaire pour la prise en charge de la perte d'autonomie.

Les personnes âgées sont à considérer fondamentalement comme une ressource humaine. La promotion de la santé dans notre société commence dès le plus jeune âge mais aussi en apprenant à prendre soin de nos anciens. Pour la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne, il est urgent de construire une offre globale, cohérente, pertinente, réactive, structurée de l'ensemble du secteur social, médico-social et sanitaire afin de pouvoir proposer aux personnes âgées, aux personnes dépendantes un accompagnement adéquat et des prises en charges de qualité permettant l'intervention graduée, rapide et coordonnée des équipes de tous les secteurs, du domicile jusqu'aux établissements.

Il faut très rapidement **améliorer les conditions de vie des personnes hébergées et les conditions de vie au travail des professionnels**. Il faut un ratio résident/professionnels plus important et que les secrétaires et autre comptable soient exclu du calcul du ratio!

Avec une vraie équipe d'animation même si elle inclut des bénévoles, avec des postes d'ergothérapeutes, peut-être partagés entre deux structures, car il faut avoir des connaissances pour adapter le matériel : déambulateur, rollator et différents types de fauteuils / fauteuil roulant. Le lien ville /ehpad doit être renforcé pour que ces animations ou autres soient proposées aux PA à domicile.

L'épidémie COVID a montré une nouvelle fois comment le système de santé devait faire face au défi du vieillissement de la population, il faut travailler à la fois la formation des médecins et personnels non médicaux à la gérontologie. Pour cela, il faut que la discipline gériatrique soit suffisamment dotée en poste à l'ECN car ce seront les enseignants nécessaires à cette vaste politique de formation (qui ne peut reposer que sur les seuls universitaires trop peu nombreux en Gériatrie). Il faut aussi créer des centres de formation gérontologique et valoriser l'image du travail en gérontologie (notamment par la remise à niveau des bâtiments et des équipements des services de gériatrie qu'ils soient de court, de moyen ou de long séjour, et par le soutien à la recherche académique en Gériatrie). Il faut également développer des compétences nouvelles là où il y a des manques. Les infirmiers de pratiques avancées en gériatrie et aux urgences auraient été d'une grande aide pour la gestion de la crise.

La vie dans les EHPAD doit avoir une ouverture sur la ville ou le village d'implantation : exemple d'une rue couverte qui permet aux écoliers de passer, de s'arrêter avec des aménagements bancs, table et autre babyfoot comme cela fut un temps à Montauban de Bretagne. Il existe déjà de nombreuses initiatives locales qu'il s'agit de faire connaître. Il faut que les résidents puissent vivre dans la ville pas en marge comme c'est le cas maintenant Cette structuration urgente et financée doit privilégier les réponses de qualité de proximité, de maintien du lien social, des réponses efficaces de soutien aux initiatives des professionnels libéraux et des établissements et services.

L'avis CRSA Bretagne du 16 janvier 2019 soutient trois axes essentiels d'une politique forte en matière de grand âge.

1/ Faire de la prévention une priorité envers les personnes âgées ou vieillissantes (la cible est les 50-60 ans), prévention dans toutes ses dimensions sanitaires, médico-sociales, évaluatives, sociales, culturelles, d'aménagement du territoire, habitat

2/ Garantir l'accès à une santé, à des prises en charge et accompagnements de qualité pour tous quel que soit l'âge, dans tous les territoires avec le renforcement des contours de la solidarité nationale, dans le respect du contrat social, en soutien de valeurs éthiques

3/ Assurer une gouvernance simplifiée à la hauteur des enjeux de demain. Les politiques publiques envers les personnes âgées dépendantes doivent bénéficier en urgence de plans de financement qui ne viennent pas altérer les dispositifs déjà insuffisants dans d'autres secteurs de la santé (exemple du déficit en soignants...).

Comme dans l'ensemble du secteur santé, il faut poursuivre le développement du numérique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Ce développement doit veiller à être un plus pour les résidents, un plus pour les organisations des établissements et services tout en respectant les droits des usagers et de leurs familles.

Au moment où certains s'attachent à promouvoir le concept de l'EHPAD à domicile, la période que nous venons de traverser a montré les limites d'un tel concept. Le concept mérite d'être précisé. Il

convient de trouver des réponses pour respecter le choix des personnes. Des limites sont apparues lorsque qu'une des premières décisions prise par les pouvoirs publics a été de suspendre les prestations dites de confort pouvant ainsi contribuer au sentiment d'isolement ressenti ou vécu par les bénéficiaires et leur famille. Une réflexion doit être conduite pour étudier la diversification de l'offre d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre d'un véritable parcours domiciliaire, en redéfinissant notamment la place et le rôle de l'EHPAD dans le territoire de santé.

#### **6. Se doter d'une offre globale de santé structurée en soins, prises en charge, accompagnements, prévention et promotion de la santé, de politiques publiques santé et favorables à la santé sur les territoires répondant aux besoins des citoyens.**

Dans le respect des principes d'un système national de santé garantissant l'égalité des citoyens, l'offre globale de santé sur chaque territoire y compris infra-départemental doit garantir fondamentalement l'accès de tous au système de santé, système pris dans la diversité de ses composantes dont le premier recours, les dispositifs de prévention et promotion de la santé et les associations d'usagers en santé. Une régionalisation trop forte de la santé porte le risque d'entraîner des inégalités d'accès et de qualité de la prise en charge entre les régions les plus riches et les plus pauvres. Elle risquerait de profiter aux régions qui disposent de plus de ressources à y consacrer, comme en témoignent les exemples internationaux en Italie, en Espagne, en Allemagne ou aux Etats-Unis. Quid en ce cas des déserts médicaux ? Démocratie et sécurité des patients, des personnels et de la population doivent être les conditions incontournables de toute offre sur un territoire.

**L'élaboration, le suivi et l'évaluation de cette offre structurée doivent impliquer la démocratie en santé, représentative et indépendante de conflits d'intérêt. Les Conseils Territoriaux de Santé, les professionnels de santé et d'accompagnement aux travers de leurs organisations territoriales, les établissements et services y compris sociaux, les collectivités territoriales et les associations œuvrant au lien social et à la qualité de l'environnement y sont nécessairement associés.**

Cette offre est à penser comme inévitablement évolutive pour répondre aux évolutions des besoins de santé de la population, des événements de crise sanitaire, environnementale. Elle doit veiller à ne pas permettre de territoire en déficit d'offres, en déficit de professionnels, en dispositifs compte tenu des besoins repérés de la population.

Pendant la crise sanitaire, il y a eu un gros travail sur le terrain de la part des **dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour soutenir les professionnels de santé**. Elles ont été le ciment entre de multiples organisations sanitaires, sociales, médicosociales, une aide à la structuration de filière COVID, un soutien aux ESMS. Ils ont favorisé le maintien du lien auprès de plus vulnérables et servi souvent d'interface ARS/Conseils Départementaux.

La santé n'étant pas uniquement du soin, la crise a montré la richesse et la diversité des initiatives, des coopérations possibles impliquant, outre des structures, les collectivités territoriales, les usagers, les bénévoles et citoyens, puisque mises en œuvre allant au-delà des cadrages ou modèles administratifs. Affirmée depuis de nombreuses années, l'interface ville-hôpital-domicile est essentielle.

Il faut absolument **continuer à améliorer la coordination en santé et la lisibilité du système** en le simplifiant, faciliter la coordination des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) fondées sur l'initiative des professionnels, et soutenir les plateformes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes. Il ne faut pas oublier qu'au sein de chaque territoire il peut y avoir des différences d'organisations. On ne peut pas mettre les mêmes actions en place en agglomération et en milieu rural. Associée aux coordinations nécessaires et renforcées pendant la



Covid-19, il faut favoriser une régulation territoriale organisée en filières de soins, de la prévention à la prise en charge aigüe spécialisée. Ce travail suppose un engagement de tous les acteurs sur le territoire (hospitalier, ville, domicile, médico-social) autour d'un projet territorial de santé.

Quels sont les territoires pertinents pour l'action, les coordinations, l'établissement de projets, la régulation de l'offre ? Ils peuvent éventuellement être pluriels selon l'objet d'intérêt. En Bretagne, le territoire du Conseil Territorial de Santé est souvent un territoire à taille humaine permettant des échanges professionnels et entre acteurs, usagers.

En Bretagne nous avons 8 territoires GHT, 6 territoires CPTS (décembre 2019) couvrant une petite partie de la Bretagne et 7 Conseils Territoriaux de Santé, lieux privilégiés de la concertation entre les acteurs du système de santé au sein du territoire, favorisant le décloisonnement des secteurs et les transversalités, la coopération entre ses membres et ceux qu'ils représentent. Les acteurs du territoire doivent soumettre toute décision d'organisation impactant l'organisation territoriale en santé à l'avis du Conseil Territorial de Santé.

Le **domicile est le premier lieu de vie**, de soins, d'accompagnement, de santé du citoyen. L'offre globale de santé envisage différentes gradations d'interventions et différents lieux de mise en œuvre. Les interventions au domicile sont une donnée importante du parcours de santé. La crise sanitaire 2020 a montré que les missions du domicile n'étaient pas suffisamment connues et de ce fait généraient des réponses parfois inadaptées telles que : appliquer les gestes barrières ce qui est totalement impossible lorsqu'il s'agit de prestations d'hygiène ou d'accompagnement au repas. Les protocoles préventifs élaborés n'ont pas toujours donné lieu à vérification pour veiller à la mise en cohérence des protocoles entre eux, ceci ayant pu entraîner des contrôles des services de la Direccte auprès de structures qui n'avaient pas les moyens matériels de mettre en application les dits protocoles, du fait de la non disponibilité des équipements requis sur le marché.

Les services du domicile ont souffert de leur manque de visibilité à tous les niveaux. Ils font le constat que les organisations mises en place pour répondre aux problématiques de prélèvement et de test correspondaient le plus souvent au mode de fonctionnement des établissements sans intégrer la dimension particulière du domicile que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural.

La santé des citoyens est d'abord à domicile ; les dispositions pour les prises en charge soin et accompagnement ne doivent pas être strictement calquées sur le fonctionnement en institution mais tenir compte des spécificités du domicile dans sa diversité. Les préconisations des acteurs du domicile sont essentielles pour le meilleur parcours du patient et de leurs aidants. Les services du domicile ne peuvent pas être les parents pauvres et les exclus des futures dispositions. Il faut une effectivité du parcours individuel de santé coordonné en proximité entre le domicile, l'hôpital, la ville, le médico-social et le social dans son ensemble au service des patients et usagers en général avec une prise en compte effective des attentes, besoins afin d'améliorer l'expérience patient et de leurs aidants. Tout en veillant à la sécurité des patients, le maintien des lits de médecine dans les hôpitaux de proximité, avec un exercice ville-hôpital facilité en accompagnant par la formation les libéraux, permet une offre de proximité dans ce parcours hospitalier.

La **continuité des soins** pour les personnes concernées par des maladies chroniques doit être permanente et effective. La crise de la Covid-19 s'est traduite par une rupture des soins aux personnes concernées par des maladies chroniques, faute notamment d'équipements des professionnels de santé mais également d'organisation de soins à domicile. Si certains patients ont été appelés régulièrement par les professionnels de santé qui les suivent pour tenter de trouver des alternatives, de nombreux patients se sont trouvés sans solutions ni interlocuteurs. La rupture dans les soins chroniques et traitements sur une telle durée a pu avoir des répercussions dramatiques en

termes de santé, répercussions parfois durables chez les personnes. Elle a aussi des effets en coût global pour le système de santé.

Dans le cadre d'une offre globale structurée et élaborée démocratiquement, **les GHT doivent être consolidés** ; ayant prouvé leur capacité opérationnelle (gestion des lits sur des territoires entiers, organisation des filières) dans la gestion de la crise de la Covid, leur capacité d'action sera reconnue par un renforcement de leur capacité décisionnelle.

Il est primordial de partir des territoires pour avoir une connaissance fine des besoins de santé et mettre en place l'organisation sanitaire pour y répondre : premier recours pour lequel nous souhaitons voir se multiplier les centres de santé, hôpitaux de proximité qui conservent les services utiles à la population de leur territoire, centres Périnatalité de Proximité et Pédiatrie, urgences, petite chirurgie, médecine, consultations de spécialités, radiologie avec scanner et laboratoire avec si nécessaire relais vers un établissement avec un niveau d'équipements et de services plus importants. Il est aussi nécessaire d'améliorer la coopération entre CHU et CHG. Il s'agit de viser à la mise en place d'un système plus souple, plus simple, plus en proximité, en revalorisant le collectif, le sens de l'équipe et l'initiative des professionnels, en recentrant les établissements hospitaliers sur les besoins de son territoire, en privilégiant des GHT à taille humaine plus aptes à répondre aux spécificités territoriales, sans dispersion des forces médicales à des tarifs exorbitants pour être attractifs, moins impliquées car contraintes aux déplacements.

Pour les hôpitaux publics, il est donc nécessaire de maintenir ou d'augmenter les moyens techniques mais de façon parallèle les moyens humains. Cela passe par une amélioration de l'attractivité pour le personnel et dans un premier temps des augmentations de salaires promises avant le Ségur. Exemple concret : peu d'inscription à l'école d'aide-soignant (AS), et sur le terrain il est demandé aux personnels une flexibilité (remplacement dans des services voisins pour les IDE sans formation adéquate, remplacement des AS par des ASH, voire des IDE) pour gérer la pénurie).

Pour attirer les étudiants il faut leur proposer un salaire décent, une formation pertinente. Pour que les élèves et internes soient bien pris en charge en périphérie il faut réfléchir à une valence universitaire pour le PH hors CHU (de même que les paramédicaux), impliquer les chefs de service, et mettre en place des conditions propices à l'enseignement (salles de réunions...) et encourager la recherche. Pour les jeunes professionnels il faut proposer des possibilités d'évolution de carrière.

Une **réflexion sur des évolutions des gouvernances** des centres hospitaliers et GHT doit pouvoir aboutir rapidement pour prendre en compte les demandes de démocratie, pour une plus grande opérationnalité et viser une adhésion forte des acteurs de santé.

Quelle démocratie en santé dans les établissements sanitaires peut-on avoir ? La CRSA appuie une démarche qui serait d'amener les questions de santé au cœur des territoires, au cœur de toutes les politiques publiques de chaque territoire, le niveau national donnant les grandes lignes d'action. Les territoires devraient pouvoir les adapter en fonction des besoins de la population et surtout des « compétences » sanitaires locales.

Pour cela, il est nécessaire de constituer, **dans chaque territoire de proximité un observatoire local**, déclinaison d'un observatoire régional type ORS Bretagne et pouvant s'appuyer sur un observatoire régional du parcours en santé.

Nous avons tous les éléments pour faire fonctionner la démocratie en santé ( instances où usagers, ensemble des professionnels et politiques siègent ) comment se peut-il qu'une co-construction ne soit pas possible en tenant compte des besoins ( profils démographiques et pathologiques disponibles ) et souhaits des usagers, des réalités scientifiques et médicales ( qualité des soins , par ex la GO : données précises régionales et nationales de cancérologie, données nationales Inserm (

morbi mortalité maternelle et infantile ) et données comparatives européennes, démographie médicale( CNG ) et para médicale... Pour rappel dans son avis du 27 avril 2020 à propos d'un projet de grand observatoire régional du parcours de santé, la CRSA a souligné que « 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,... ».

Dans une approche territoriale de la santé, il est nécessaire de distinguer ce qui est de l'ordre des lieux politiques et démocratiques de pilotage, des lieux d'opérationnalisation et de mise en œuvre.

Dans le premier cas, les Conseils Territoriaux de Santé ont une place en lien avec les collectivités territoriales. Nous pourrions avoir une « **Cellule permanente territoriale de réponses aux urgences sanitaires et de l'organisation en santé** », pouvant être portée par les **Conseils Territoriaux de Santé**, sa composition son rôle et ses missions, nécessitent une réflexion élargie. Les élus locaux sont directement exposés aux conséquences de la pandémie, conséquences sanitaires inattendues et brutales, conséquences économiques, sociales et environnementales durables.

Leur présence de proximité, font des élus et des acteurs locaux, des veilleurs sensibles immergés dans le "vivant", à l'écoute de l'impact des mesures prises sur le "corpus" environnemental dans son ensemble. L'habitat, l'urbanisme, la mobilité, l'environnement de vie, devront désormais, plus que jamais, être appréhendés au croisement des préoccupations sanitaires, sociales, économiques et environnementales, nationales mais aussi locales, seuls les acteurs de proximité, en concertation avec les élus locaux, peuvent donner du sens à ces composantes complexes intimement croisées dans le tissu local. Les décisions ne peuvent pas s'appliquer uniquement dans l'injonction, elles doivent être l'aboutissement d'une construction délibérative à l'écoute des intelligences territoriales et de leur capacité de réflexivité, un croisement d'avis et d'analyses, qui devraient faire sauter les œillères du dogmatisme, des experts et de certains politiques. Les questions auxquelles nous sommes confrontés, nécessitent de créer un espace de médiation adapté, pour coordonner le dialogue entre le monde scientifique, la société civile dans sa pluralité et enfin le monde politique, un espace qui concilie les impératifs sanitaires, les exigences sociales et démocratiques. Le statut des Maires, Présidents d'EPCI, Présidents de Conseil Territorial de Santé, en font des acteurs de proximité privilégiés, capable d'anticiper et de produire des mesures préventives qui ne soient pas "hors sols", de suivre et d'évaluer la pertinence des mesures mises en œuvre mais aussi de nuancer leurs applications.

Pour ce qui est de l'ordre opérationnel, différentes solutions peuvent être proposées. Dans l'espace territorial des GHT et CPTS, nous avons une organisation possible de l'opérationnel en y associant les ESMS et les acteurs du domicile. Il serait pertinent de concevoir une **instance de pilotage et de concertation territoriale des acteurs sanitaires et médico-sociaux y compris ceux intervenant à domicile** en lien avec les conseils territoriaux de santé

La bonne échelle est à décider par les acteurs eux-mêmes compte tenu de leurs habitudes professionnelles, leur inter-connaissance et l'avis des usagers. Leur échelle doit être un territoire de proximité, une dynamique territoriale à taille humaine, type anciens territoires des conférences de territoire, permettant par exemple au Centre Bretagne de s'appuyer sur ses propres dynamiques et d'être bien reconnu pour ses spécificités.

Il s'agit de mener cette régulation dans les territoires en se basant sur des objectifs de qualité et sécurité des soins, intégrés de manière plus forte à la stratégie des établissements et à leur financement. Les filières de soins définies doivent être le fondement stratégique de l'action

hospitalière et l'amélioration continue des pratiques de soins sa déclinaison opérationnelle. La place de la pertinence doit être repensée afin de mieux correspondre aux besoins du patient et d'éviter des actes non pertinents. Il s'agit de repenser politique de soins en alliant effectivement : sécurité - qualité - pertinence - financement : garantie du meilleur soin au meilleur coût et en toute sécurité. Cela entend une coordination hôpital/ville, une organisation effective des retours à domicile avec les libéraux, et une reconnaissance de certains actes tels que l'éducation thérapeutique des patients lors des soins à domicile (rôle propre des infirmiers).

La place de la **médecine de 1<sup>er</sup> recours est d'être au cœur du système** ; médecine de ville, des pharmaciens et des paramédicaux de ville sont comme première ligne de l'offre de soins, ce qui implique la constitution en CPTS, ou de manière plus élargie de communautés professionnelles de tous les professionnels libéraux par territoire, elles-mêmes fédérées à un niveau territoire de Conseil Territorial de Santé. La médecine libérale s'est mobilisée fortement dans la crise Covid-19 en créant avec les autres acteurs des centres de consultations dédiés à l'épidémie. Leur participation au projet territorial de santé prévoit notamment le rôle de chaque acteur de santé et d'accompagnement dans le parcours, construisant ainsi les chemins cliniques possibles pour les pathologies chroniques ou certaines catégories de population, et favorisant la connaissance et la coopération entre les professionnels. Les relations patient.e-/ soignant.e ou accompagnants sont fondées sur le respect, le partage et la prise en considération du projet de vie de la personne pour des propositions de soins et prises en charge adaptées. Un soutien financier important doit être apporté à la médecine de ville et autres intervenants paramédicaux libéraux.

Les CPTS doivent avoir la responsabilité d'organiser **des plages dédiées de consultations non programmées avec l'ensemble des professionnels libéraux sur le territoire** et d'organiser la permanence des soins ambulatoires. Renforcer la ligne de la ville doit permettre d'assurer son accessibilité dans le temps en établissant une régulation et orientation téléphoniques via un numéro unique santé. Il est nécessaire d'avoir un seul point d'entrée santé via un numéro unique et régulateur médical, constituant la plateforme santé centrée sur l'orientation vers la bonne offre de soins.

Il s'agit de **penser à un développement raisonné des soins ambulatoires** car tout ne peut pas être géré en ambulatoire. La prise en charge ambulatoire nécessite un investissement en temps médical et paramédical important qui n'est pas toujours correctement quantifié et rémunéré. Ce développement nécessite un réel travail de concertation et d'engagement sur un réel lien hôpital/ville, que ce lien soit fait avec l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire non seulement le médecin mais aussi l'infirmier. Ce dernier est souvent le premier et principal intervenant, il peut être le socle du retour à domicile. La coordination s'exerce déjà par l'infirmier alors qu'il n'est souvent pas destinataire des informations concernant le patient.

Une réflexion globale pour les patients polypathologiques en perte d'autonomie qu'ils soient âgés ou non doit être engagée dans chaque territoire dans les Conseils Territoriaux de Santé. L'hôpital ne doit pas être un lieu d'attente d'une solution pérenne (certains patients attendent plusieurs mois en court séjour une place en EPHAD). Il faut développer les structures de SSR et l'hébergement temporaire (avec un mieux-être pour les patients et une grande efficacité en termes d'économie). Pourquoi ne pas développer des services d'hébergement temporaire publics (coût 10 fois inférieur au lit de MCO).

**Selon les territoires, il y a une « situation d'urgence en libéral ».** Actuellement après le confinement, des médecins disent ne pas avoir renoué contact avec tous leurs patients et notamment ceux qui ont besoin de soins suivis et qui ne consultent toujours pas. Lors de RCP, il ressort de nombreuses situations complexes, dont certaines mettant clairement en danger la vie d'autrui, par exemple :

- l'interdiction pour les médecins et paramédicaux d'aller dans les Ehpad, certains responsables d'Ehpad n'ayant pas les moyens d'évaluer de manière objective la situation médicale des résidents ( pas de médecin coordinateur ), trop de pressions sur la direction empêchant tout dialogue et une analyse objective de la situation.

- de gros soucis au niveau des centres ou dispositifs d'aide à domicile par l'arrêt du passage du jour au lendemain. Il s'agit de réfléchir sur le rôle de ces directions très administratives sans une analyse bénéfique/ risque adaptée pour être au service des personnes les plus fragiles.

▪ Donner une **véritable place aux hôpitaux de proximité** (centres de périnatalité ; antennes de médecine d'urgence ; soins de support en appui des établissements de recours en oncologie, dans une logique de projet territorial fonction des besoins de la population ; projets de santé publique et d'éducation thérapeutique - prévention et maîtrise du diabète de l'insuffisance cardiaque, alcoologie et tabacologie projets d'appui au acteurs de ville et du médico-social : appui et hébergement de maisons de santé pluridisciplinaires, déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, partage de moyens logistiques - blanchisserie restauration services techniques- et humains avec les EHPAD et les ESMS handicap - équipe mutualisée d'IDE de nuit, médecins coordonnateurs ou prescripteurs partagés). Ces établissements de proximité peuvent être des vecteurs forts d'innovations dans les territoires.

**Il s'agit d'organiser une véritable place aux infirmiers et à tous les paramédicaux dans l'organisation territoriale en santé.**

Par son nombre, la profession infirmière est devenue officieusement l'élément pivot de la prise en soins du patient à l'hôpital comme en structure d'hébergement ou à domicile. Elle en est le principal support. Sans la profession infirmière nombre de soins ne seraient possibles. La reconnaissance législative est devenue impérieuse et doit permettre un développement officiel et naturel du champ de compétence des infirmiers. Déjà la profession infirmière accompagne, aiguille la prise en soins du patient. Nous pourrions éventuellement aller vers la possibilité de prescriptions sous supervision par médecin et éventuellement délégation au cas par cas après échange sur un patient donné, de bilans sanguins et examens radiologiques de base. Les constatations de décès doivent pouvoir être rédigés et signés par les infirmiers puisque durant l'épisode de la Covid, il leur a été proposé de faire ces constatations mais sans reconnaissance de leur rôle.

Les acteurs d'un territoire doivent également réfléchir à la pertinence et faisabilité de mettre en place des dispositifs collectifs, communautaires, de manière innovante et partenariale, pour œuvrer à des consultations de prévention, des vaccinations, des conseils en santé, des consultations de premier recours quand il existe un déficit en médecins sur un territoire, dispositifs soucieux de l'accès de tous, et principalement des plus éloignés, au système de santé. En ce sens, les acteurs d'un territoire peuvent s'appuyer sur l'expertise de la Protection Maternelle Infantile PMI, de centres de santé... qui travaillent en articulation avec les pédiatres, médecins de 1<sup>er</sup> recours, médecins et infirmiers scolaires. L'un de ces acteurs pourrait piloter le renforcement des coopérations dans ce champ de la prévention et de celui de la petite enfance.

Dans l'offre structurée sur un territoire, les professionnels de santé de la PMI ont été au cœur des tensions entre la double équation de maintenir le cordon sanitaire et limiter au maximum les interactions sociales et les besoins de maintien d'activités essentielles en santé, en protection de l'enfance et pour les publics en situation de vulnérabilité. Chacun diminuant son périmètre d'activité a créé des ruptures ou des diminutions dans les offres de soins qu'il n'a pas toujours été aisé d'anticiper, de compenser. L'absence d'accompagnement par les conjoints lors des accouchements a impacté le suivi péri et post natal par exemple. Les manques de professionnels de santé dans les modes d'accueil petite enfance ont impacté les services de PMI qui ont dû faire face aux

interrogations des professionnels des familles et gérer les situations de risque sanitaire ou de suspicion de Covid. Les attentes des professionnels, des familles étaient très fortes en tension avec le temps nécessaire aux élaborations de procédures et de conduites à tenir et articulations entre les acteurs. L'expérience de l'épidémie Covid-19 en PMI a montré des complémentarités entre acteurs en réseau pour garder le fil avec les plus démunis, avec des élans de solidarités, a montré une grande adaptabilité et un fort engagement des professionnels de santé. Les professionnels de santé de la PMI peuvent contribuer avec expertise au carrefour des acteurs de la petite enfance, un espace de coopérations professionnelles à renforcer.

## **7. Développer et soutenir les innovations organisationnelles et technologiques dont l'utilisation du numérique pour améliorer les prises en charge dans le respect des droits des usagers et des citoyens**

La crise Covid-19 a montré de très nombreuses initiatives innovantes portant sur de nouvelles organisations de services, sur de nouvelles coopérations ou de renforcement de coopérations existantes, sur des mises en réseaux plus réactifs, sur des partages de réflexions à propos des pratiques professionnelles, sur l'utilisation renforcée des outils du numérique. Le numérique est une révolution intellectuelle en cours, révolutions de pratiques, de parcours, de suivi. Le virage a été pris dans cette crise absolument inédite. L'accompagnement sur ce sujet doit être majeur. Qu'on le veuille ou non la e-médecine est et sera la médecine de demain. La dématérialisation des prises en charge peut-être un atout pour l'accès aux soins, en complémentarité avec le contact physique et un vrai parcours de soins. Les outils numériques nécessaires au développement des prises en charge dématérialisées, des logiques de parcours et de l'accessibilité aux soins des patients, doivent être déployés. Il faut cependant noter que le télésoin est difficile avec beaucoup de personnes âgées sur le territoire, remarque qui doit conduire à réfléchir sur une possibilité d'apprentissage de cette nouvelle clinique.

- Poursuivre le développement de la télémédecine

Dans ses avis du 16/11/2017 et du 12 avril 2018, la CRSA a souligné l'incontournable du développement du numérique en santé dont celui de la télémédecine, mais aussi des big data, des inter-connexions, du dossier médical numérisé DMP. Ces avis insistaient sur les vigilances essentielles à avoir sur les bénéfices pour les usagers et les professionnels dans leur exercice. Le numérique en santé doit être facilitateur pour tous les professionnels de santé et d'accompagnement, et facilitateur de leurs relations interprofessionnelles, au service des usagers, et respectueux de leurs droits. Le numérique en santé doit être facilitateur des évolutions des organisations du système de santé, et un outil important pour les parcours de santé de tout citoyen y compris la prévention, lui permettant à tout moment d'exercer son libre choix.

Il faut activer des services existants entre ville et hôpital mais qui ne sont pas encore mis en place systématiquement, notamment la messagerie sécurisée pour l'envoi des comptes-rendus, résultats d'examens. La messagerie sécurisée fonctionne plutôt bien entre professions libérales, et le téléphone est aussi un outil efficace et rapide pour des prises en charges délicates!

- Viser rapidement une conception universelle des environnements numériques

Si les équipements ou objets connectés, les solutions numériques, ne sont pas élaborés en conception universelle (Universal Design), un certain nombre de personnes en situation de handicap ou autres situations particulières risquent d'être exclues par manque d'accessibilité. Afin de diminuer les coûts, favoriser l'interopérabilité, et l'efficacité globale, il s'agit de développer des référentiels relatifs aux démarches de conception universelle des environnements, produits, communications, technologies

de l'information et services numériques en santé et les rendre opposables en cas de financements publics ou lorsqu'ils sont destinés à la gestion des droits (ex. site ameli).

- Veiller à ce que le numérique puisse bénéficier à tous et dans tous les territoires

Non seulement il faut éviter de creuser les fractures numériques, mais le numérique en santé, doit être un outil pour soutenir la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, facteurs d'inégalités en santé. Un bilan annuel des dispositifs numériques mis en œuvre sur un territoire doit présenter une évaluation des évolutions de ces fractures numériques. Il faut être résolument engagé à faire de la lutte contre la fracture numérique un chantier prioritaire en matière d'équipements des territoires et des foyers précaires, d'aides techniques d'accès au numérique et d'accompagnement inconditionnel par le service public (à tous les échelons) des personnes à l'usage du numérique. Le développement de la brique médico-sociale de l'Espace Numérique en Santé doit être soutenu.