

PROJET DE CONTRIBUTION AU SEGUR DE LA SANTE

Préambule

En préambule l'URIOPSS Hauts de France, même si elle salue une concertation bienvenue, tient à exprimer sa grande réserve sur la méthode et le contenu.

La précipitation, le délai très faible de la concertation et son caractère trop encadré, au travers de 4 piliers pré établis ne permettent pas d'apporter les conditions d'un réel échange de fond ni de produire et affiner les propositions. Ceci est d'autant plus notable que la démocratie sanitaire et ses instances ont été mises en sommeil durant toute la période de crise, ce que nous regrettons.

Ces éléments ne correspondent pas non plus à la dimension contributive qui a caractérisé la mobilisation de chacun durant cette période.

Si la crise COVID 19 a ébranlé notre système de santé, elle n'a pas seulement fait apparaître des difficultés nouvelles mais a mis en relief des problématiques connues depuis de nombreuses années. Organiser la concertation autour de retours d'expériences liés à la crise COVID 19 nous semble être de nature à ne pas considérer les choses dans leur ensemble.

Enfin la crise COVID 19 a aussi démontré que notre système de santé n'était pas composé que des acteurs sanitaires au sens strict du terme. Est ainsi trop négligée toute la dimension de prévention qui demeure le parent pauvre de ce que devait être une vraie politique de santé. Le secteur associatif social, médico-social et de santé, en établissement ou à domicile, a joué un grand rôle dans l'accompagnement des publics, en particulier les plus vulnérables.

Nous regrettons par conséquent une concertation centrée sur l'hôpital. Nous aurons vu au cours des deux dernières années 3 plans hôpital, à chaque fois sans vision globale du système de santé, de ses acteurs et des articulations qui restent à construire et à renforcer. Nous regrettons également une réflexion cloisonnée avec d'un côté le chantier Grand âge et autonomie, de l'autre le Ségur de la Santé. La crise covid19 a particulièrement révélé les cloisonnements et la nécessité de renforcer les coopérations, les articulations, pour répondre aux besoins, notamment les besoins des personnes les plus vulnérables du fait de leur âge, de leur situation socio-économique ou de leur état de santé.

Notre approche du réseau Uriopss/Uniopss s'appuie sur une mission ancrée dans les territoires et sur une approche intersectorielle avec une valeur première qui est celle de la défense de l'intérêt et des compétences des publics fragiles quelle que soit l'autorité dont relèvent les acteurs qui les accompagnent.

Enfin le projet régional de Santé adopté en 2018 a tracé une trajectoire et des objectifs pour notre région. Il nous semble pertinent de procéder en 2021 à une évaluation de la mise en œuvre du PRS à l'aune de la crise sanitaire, et en prévision du futur Projet Régional de Santé (PRS3)

PILIER N°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Une revalorisation financière indispensable des métiers du “prendre soin”

Le réseau Uriopss/Uniopss défend **une approche globale du système de santé qui englobe tous les acteurs**. Alors que l'ensemble des professionnels des secteurs social, médico-social et de la santé ont été fortement mobilisés pendant la crise, il est nécessaire **d'engager une revalorisation de l'ensemble des métiers du « care »¹**. Au-delà de la revalorisation des rémunérations et carrières hospitalières qui est nécessaire, **c'est l'ensemble des métiers des secteurs sociaux et médico-sociaux qu'il faut revaloriser, sans oublier les travailleurs sociaux au sein de l'hôpital**.

Le réseau Uriopss / Uniopss a mené à l'été 2019 une [enquête sur les difficultés en matière de recrutement dans le secteur médico-social](#) (450 établissements et services répondants), dont les résultats ont alimenté le rapport de Mme El Khomri sur l'attractivité des métiers du grand âge.

Les principaux enseignements de cette enquête ont été les suivants :

- Le salaire et le manque d'attractivité du métier est la première cause identifiée du manque de personnel pour les aides et employés à domicile
- Avec la pénurie de candidats, la rémunération et les conditions de travail arrivent largement en tête des causes du manque de personnel tous types de postes confondus (médecins, IDEC, travailleurs sociaux etc.)
- La première conséquence du manque de personnel est la diminution de la qualité de l'accompagnement

La place du domicile à concrétiser avec une première étape de revalorisation des carrières

Cette revalorisation de l'ensemble des métiers du « Prendre soin » sera la première étape de la reconnaissance du domicile au niveau des exigences qui lui sont demandées.

En effet, les institutions n'ont cessé de rappeler l'importance de l'échelon domiciliaire dans les politiques sociales liées à l'Autonomie.

Cette importance est, selon toutes les projections, vouée à être amplifiée dans les années à venir avec le doublement prévu du nombre de personnes âgées dépendantes prévu à horizon 2050. Elle est également impactée par le virage domiciliaire débuté depuis plusieurs années et fortement accéléré ces derniers mois.

A ce jour, les moyens ne sont pas donnés aux acteurs du domicile de pouvoir travailler le plus sereinement possible.

¹ Les métiers du « care » intègrent outre les professionnels de santé, les aides-soignants, les travailleurs sociaux, acteurs de la prévention etc.

Cette première étape de revalorisation des salaires du privé non lucratif, au même moment que le public, devra être suivie d'une seconde étape consistant en une analyse des tarifs horaires pratiqués sur le territoire français et sur l'adéquation avec un prix de revient.

Un risque de fuite des secteurs social et médico-social

La revalorisation du seul pan sanitaire, en oubliant l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux pourra accentuer le sentiment de faible reconnaissance des professionnels et les pousser vers des carrières hospitalières.

Il en irait de même en faisant évoluer les carrières, les rémunérations, la formation du secteur public en oubliant de revaloriser et surtout financer les évolutions du secteur privé non lucratif qui, comme il intervient sur des publics fragiles, ne peut pas actionner les leviers de participation au financement par les usagers.

La revalorisation des rémunérations doit également s'accompagner de chantiers et réflexions autour des **conditions de travail et de la qualité de vie au travail.**

Des enjeux de formation et d'évolutions des pratiques

L'évolution de notre système de santé vers un virage ambulatoire, l'accroissement de l'accompagnement à domicile, et l'objectif de « société inclusive » imposent **d'accompagner la transformation des métiers par un plan de formation adapté à ces changements.**

Si de nouveaux métiers apparaissent (ex : coordonnateur de parcours de santé), les métiers et professionnels existants ont besoin de formations pour accompagner la transformation du système de santé, notamment des formations sur la prévention-promotion de la santé, sur la médiation numérique en santé et sur la prise en charge des personnes en difficultés spécifiques, avec des besoins spécifiques (personnes en situation de précarité, addiction, ou en situation de handicap par exemple).

Le réseau Uriopss/Uniopss identifie d'autres enjeux en matière de ressources humaines, accrues par la crise sanitaire. L'explosion des besoins et le manque de personnel (malade, ou absent pour garde d'enfant) pendant la crise a donné lieu à **des initiatives multiples de plateformes de mutualisations et renforts en ressources humaines.**

Ces dispositifs très utiles ont également subi le cloisonnement des acteurs et des secteurs. Ces dispositifs méritent d'être repensées et pérennisées pour faire face aux régulières périodes de tensions hors crise sanitaire (notamment la période estivale).

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°1 :

1. Une revalorisation des rémunérations des métiers des secteurs social et médico-social qui doit se faire dans le même temps que le secteur hospitalier, et sans augmentation des restes à charge en santé pour les usagers
2. Intégrer les ESPIC, qui concourent aux missions de service public, dans le chantier de la revalorisation et rémunérations des carrières hospitalières
3. Renforcer et faciliter la pratique mixte et l'exercice partagé hôpital/ville/social/médico-social, notamment en levant les risques de requalification des interventions des professionnels libéraux en ESMS
4. Développer les formations croisées sanitaire/social/médico-social en formation initiale et continue
5. Faire un bilan des plateformes de mutualisation et de soutien RH mises en place pendant la crise et envisager leur pérennisation

PILIER N°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement aux services des soins

Définir les moyens à partir des besoins, et ne pas tout définir sur la seule base de la maîtrise des dépenses

La crise a permis d'entrevoir ou de confirmer certains dysfonctionnements et il semble indispensable pour la suite de :

- Renforcer les modalités de financement pluriannuelles des associations pour soutenir sur le long terme leurs activités et le recrutement de professionnels qualifiés et compétents
- Renforcer les moyens des établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires
- Eviter une logique de réduction des coûts à tout prix
- Repenser les modèles de tarification et prévoir une meilleure fongibilité entre les dispositifs

L'ensemble des dimensions de l'accompagnement et de la prise en charge sont à prendre en compte (pilier N°1 et pilier n°2)

Si on entend la santé au sens de l'OMS en incluant le bien être, l'ensemble des dimensions de l'accompagnement et de la prise en charge doivent être reconnus et pas seulement l'acte de soins ou l'acte d'accompagnement.

Le temps de présence auprès de la personne accompagnée et le temps d'échanges et de dialogue, est nécessaire quel que soit l'âge, la pathologie ou la situation. Le temps accordé à la prévention doit aussi être intégré et rémunéré.

Ces différents temps et équilibre entre les aspects médicaux, sociaux et de prévention doivent être pris en compte dans les rémunérations et revalorisations des professionnels ainsi que dans les financements (pilier N°2).

Les acteurs sociaux et médicosociaux disposent aujourd'hui des compétences et de la proximité avec les publics nécessaires pour mener des actions de prévention adaptées. L'inclusion de ces actions dans leurs missions assortie d'un financement de la prévention permettrait de sortir d'un modèle curatif pour tendre vers un modèle élargi plus efficace à notre sens.

Des investissements nécessaires en matière de numérique :

La crise sanitaire a révélé le **besoin de partage d'informations, et de systèmes d'information performants tant pour le suivi épidémiologique, que pour poursuivre les prises en charge et accompagnements** (souvent à distance).

Pour accompagner le plan ESMS numérique un investissement financier et en compétences est nécessaire. [L'enquête menée par le réseau Uniopss-Uriopss autour du Plan ESMS numérique](#) (Sept 2019) a montré l'ampleur des besoins (près de 50% n'ont pas de fonction SI dédiée) et aussi leur intérêt pour les outils SI et numériques.

Nous demandons un véritable plan ambitieux dans l'après crise pour outiller l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, et former et accompagner les professionnels à cet usage. Le secteur doit être intégré dans l'ensemble des actions de la feuille de route et les travaux doivent se poursuivre.

Le dossier de coordination prévu dans PREDICE, le DMP au niveau national et la messagerie sécurisée de santé sont des outils qui vont dans le sens de la coordination. Ils sont toutefois réservés à ce stade aux professionnels relevant des fichiers ADELI et RPPS. Même si un élargissement des professionnels est prévu au niveau du RPPS, il reste beaucoup de professionnels qui en sont exclus. Dans une approche large de la santé il est donc nécessaire de permettre l'accès à plus de professionnels.

Le développement des outils numériques ne doit pas se faire au détriment de l'accès aux droits des personnes (dématérialisation des guichets et des procédures d'accès aux droits). Des moyens massifs doivent être mis en place pour lutter contre la fracture numérique et rendre les outils numériques accessibles.

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°2 :

1. Repenser la logique du pilotage des coûts en partant des besoins et non des moyens
2. Reconnaître les acteurs sociaux et médicosociaux comme de vrais acteurs de prévention et prévoir des moyens adaptés
3. Accompagner le virage numérique par la formation mais aussi l'ouverture des outils à l'ensemble des professionnels

PILIER N°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

Des cloisonnements administratifs qui ont freiné la réactivité de la réponse à la crise

La crise a mis en relief les cloisonnements entre les acteurs dû à leur rattachement à différentes autorités de tarification et de contrôle. Un des exemples emblématiques étant celui de la logistique des masques de protection.

Les liens ville-hôpital-médico-social doivent être renforcés alors que les cloisonnements financiers et administratifs ne permettent pas une fluidité de l'accompagnement, de la prise en charge et du parcours des usagers du système de santé.

Une réflexion doit être menée pour **lever les cloisonnements entre pilotage national et gouvernance locale**, entre sanitaire et médico-social, entre domicile et établissements.

Simplifier l'accès aux droits et aux soins

Certaines mesures de prolongations des droits prises pendant la crise sont à saluer. Elles doivent amener à une réflexion sur la simplification de l'accès aux droits et aux soins (octroi et renouvellement automatiques...).

Le réseau Uriopss/Uniopss demande **un choc de simplification du dispositif d'accès à la couverture maladie**, et permettre ainsi une protection maladie vraiment inclusive pour les personnes en précarité.

Le réseau Uriopss/Uniopss souhaite la reprise de l'ensemble des travaux et le renforcement de dispositif visant à faciliter l'accès aux droits et aux soins, tels que :

- Les travaux de P. Denormandie sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, et notamment les soins en ESMS
- Le renforcement des PASS et de l'interprétariat
- La généralisation du tiers payant
-

Prévenir et préparer l'ensemble des acteurs de santé aux crises sanitaires futures

Le réseau Uriopss/Uniopss regrette que des travaux engagés en mars 2019 (réunions des organisations et fédérations avec l'ensemble des directions du Ministère des Solidarités et de la Santé), autour de **la préparation des ESMS aux crises – notamment sanitaires**, en adaptant ce qui est mis en place dans le sanitaire, aient été interrompus (à notre connaissance).

Le réseau Uriopss/Uniopss **demande la reprise de ces travaux, et que l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux et acteurs de santé soient concernés.**

Préparer les ESMS aux crises sanitaires futures, c'est aussi tirer les leçons de la crise Covid19 et repenser l'équilibre entre protection sanitaire et préservation des droits fondamentaux.

Simplification du pilotage et de la gestion administrative

Le réseau Uriopss/Uniopss demande une simplification des procédures budgétaires (CPOM simplifiés avec des indicateurs limités) permettant de remettre le dialogue de gestion sur la dimension stratégique.

Une articulation plus forte entre les différentes institutions et une harmonisation des outils de pilotage est souhaitable.

Enfin des **souplesse administratives ont été observées pendant la crise qui ont simplifié la vie des acteurs de terrain.**

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°3 :

4. Repenser l'articulation entre la gouvernance nationale et le pilotage régional et local des acteurs du système de santé, et renforcer les coordinations inter-institutions départementales et régionales
5. Simplifier l'accès aux droits et aux soins, notamment via la généralisation du tiers payant, l'intégration de l'AME dans la Puma
6. Simplifier le pilotage et la gestion administrative
7. Préparer l'ensemble des acteurs de santé, notamment les ESSMS aux crises sanitaires futures en reprenant les travaux autour des plans de situation sanitaire exceptionnelle, en y associant les familles et usagers pour préserver les droits fondamentaux

PILIER N° 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Renforcer et simplifier les coopérations territoriales pour faciliter les parcours de santé

Des coordinations opérationnelles se sont mises en place dans les différents territoires entre les acteurs, de façon spontanée ou accompagnée par les têtes de réseaux. Ces coopérations ont permis de l'échange d'informations, des retours d'expérience mais aussi de la coordination dans l'orientation et l'accompagnement des personnes.

Ces coopérations ont le plus souvent pris des formes souples et agiles pour assurer une plus grande réactivité. Les GHT, s'ils sont des outils pertinents dans l'organisation territoriale ne peuvent être un canal unique.

Les coopérations demandent néanmoins des temps dédiés pour les professionnels, ainsi que des pilotes identifiés.

Nous proposons donc que soient intégrés dans les financements des crédits spécifiques fléchés pour les temps de coordination entre acteurs, ainsi que la mise en place de ces coopérations sous la forme la plus souple et la plus agile possible, ne se superposant pas et à des échelles territoriales adaptées.

Il est en effet, et en parallèle nécessaire de veiller à ce que l'empilement des "territoires de santé" et des dispositifs de coordination ne nuisent pas à la lisibilité.

L'offre et les politiques de santé se définissent en fonction d'une multitude de territoires, peu lisibles pour les acteurs eux-mêmes et les usagers :

- À l'échelle locale via les CLS et les CLSM ou les PTSM
- Les territoires à géométrie très variable des CPTS
- Les territoires des secteurs de psychiatrie
- Les territoires des GHT
- Les territoires des conseils territoriaux de santé

Nous proposons donc pour renforcer les coopérations territoriales et faciliter les parcours de santé de :

- Inclure l'ensemble des acteurs de santé dans les projets de santé des CPTS
- Veiller à la bonne prise en compte des acteurs investis dans les territoires dans la mise en œuvre des DAC en Hauts de France
- Renforcer les coopérations entre les établissements publics de santé et les ESPIC

Si à ce stade les DAC ne sont pas déployés en Hauts de France et qu'il existe des interrogations légitimes sur la résultante des fusions et de la mise en place des nouvelles gouvernances ; **les acteurs investis en territoire ont déjà des habitudes de travail et de collaborations qui permettront un déploiement adapté de ces dispositifs en respect des particularismes locaux.**

Prendre appui sur les instances de la démocratie en santé, condition essentielle du décloisonnement et de la préservation des droits fondamentaux

Les instances de démocratie en santé tant nationales (Conférence nationale de santé) que locales (CRSA, CTS, CDU/CVS.) ont été largement oubliées dans la gestion de la crise Covid19², alors que leurs mobilisations auraient permis des réflexions décloisonnées entre les secteurs et d'associer les usagers et leurs représentants.

Des temps de concertation, que nous saluons, ont eu lieu avec les fédérations. Ils ont consisté en grande partie en des temps d'information, de réponses aux questions opérationnelles et de redescende des protocoles nationaux.

L'animation de la démocratie en santé aurait permis des débats complémentaires à ces temps d'information.

La crise du Covid-19 a mis à mal les libertés fondamentales par de fortes restrictions et interrogé l'équilibre entre protection et liberté. La logique sécuritaire a semblé l'emporter parfois sur la logique sanitaire.

Les restrictions aux libertés fondamentales ont touché d'autant plus les personnes les plus vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité.).

Il convient de placer les droits fondamentaux au cœur des politiques de santé publique en :

- **Renforçant les moyens de la démocratie en santé et à lui accorder toute sa place dans l'organisation du système de santé**
- **Impliquant les usagers, les personnes concernées dans la définition des politiques publiques de santé, et dans les décisions sur leurs parcours de vie et de santé.**

Améliorer l'articulation institutionnelle

Comme évoqué précédemment, dans une approche de la santé au sens large, les acteurs du champ médicosocial et social ont toute leur place. Ceux-ci relèvent d'autorités de contrôle et de tarification différentes (Conseil Départemental, DDCS etc...) et souvent multiples.

Le fonctionnement en tuyaux d'orgue des différentes autorités a été évoqué à plusieurs reprises avant et pendant la période de crise. Durant cette période chacun (ARS - Préfecture – Région – Départements - Municipalités) a déployé une énergie sans pouvoir l'optimiser par un réel processus de partage entre la santé et le social.

Les adhérents ont par ailleurs évoqué le manque de soutien regrettable de certains acteurs institutionnels au plus fort de la crise.

Il a pu être constaté que lorsque les institutions ont travaillé de manière territorialisée, cela a permis d'être plus efficace que lorsqu'elles travaillent de manière uniforme sur l'ensemble de leur territoire.

La mise en place de cellule inter institutionnelle par territoires nous paraît nécessaire afin de faire face aux situations de crise. Par ailleurs une plus forte territorialisation des Agences Régionales de Santé serait de nature à favoriser **des réponses au plus près des territoires et de prendre en compte les particularismes locaux.**

L'enjeu de coordination se retrouve également sur la dimension financière. Les associations relevant de multiples financeurs sont, par exemple sur le sujet de la prime, confrontées à la nécessité de devoir gérer des dispositifs trop disparates pour des salariés d'un même employeur.

Renforcer l'offre de santé de proximité avec une attention particulière aux populations les plus vulnérables et renforcer la prévention

Lutter contre les inégalités sociales de santé passe aussi par **le renforcement des politiques de prévention. La prévention doit avoir toute sa place dans l'offre de santé de proximité et la crise a notamment mis en lumière :**

- L'impact sur la santé de l'isolement social (exemple des personnes âgées en EHPAD)
 - Le besoin d'accompagnement et de soutien psycho-social face aux problématiques de santé mentale, accrues par les crises sanitaire, sociales et économiques
 - Le besoin d'éducation aux gestes d'hygiène et de politique globale de prévention
- **Certaines approches gagneraient à être élargies et généralisées sur les territoires pour davantage d'efficacité du système de santé**
 - Développer et s'appuyer sur les approches communautaires
 - L'accompagnement par les pairs
 - La médiation en santé
 - Renforcer le « aller vers »

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°4 :

1. Renforcer la démocratie en santé et prévoir les modalités d'association des instances de démocratie en santé à la gestion de crise

2. Prévoir les financements nécessaires aux temps de coordination dans les territoires et entre les acteurs.

3. Renforcer la coordination entre les différents acteurs institutionnels et favoriser le décloisonnement des politiques publiques

4. Développer des approches telles que la santé communautaire, la médiation en santé, l'accompagnement par les pairs, la réduction des risques et l'aller vers