

Avis de la CRSA Grand Est sur l'avant-projet du Cadre d'Orientation Stratégique du PRS 2018-2027

La CRSA a pris connaissance des orientations stratégiques présentées par l'ARS en mars 2017.

Si elle souscrit globalement à ces orientations, elle a néanmoins élaboré un certains nombres de remarques formulées ou de propositions dans le cadre du travail de ses commissions qui constituent la proposition d'avis de la CRSA sur le texte proposé.

Pour éviter la fracture numérique en santé la CRSA souhaite qu'une attention particulière soit portée aux personnes les plus fragiles (personnes âgées, personnes socialement défavorisées, personnes handicapées, personnes porteurs de maladie chronique ...) dans l'approche et la manipulation des nouvelles technologies et des objets connectés.

De même, si le plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins vise à améliorer les pratiques professionnelles et les organisations, notamment éviter les actes redondants ou inadéquats, poursuivre le développement des prises en charge en ambulatoire, optimiser le recours à l'hébergement hospitalier, nous devons être vigilants afin que les possibilités de prise en charge à l'hôpital ou à domicile soient proposées aux patients dans le respect de la qualité des soins. Le reste à charge est un sujet majeur pour l'accès à la santé.

Enfin, même si le Cadre d'Orientation Stratégique repose principalement sur les questions relevant directement de la compétence de l'ARS, il ne peut cependant ignorer les autres politiques publiques. C'est déjà le cas pour l'approche santé-environnement, cela ne l'est pas pour la santé au travail qui est pourtant essentielle pour la santé des travailleurs, qu'ils soient en activité ou retraités. La CRSA formule donc le vœu que le prochain schéma régional de santé prenne en compte toutes les coordinations nécessaires.

Orientation stratégique n°1 : Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours

L'objectif stratégique n°1 : « Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées et accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap » répond aux attentes de la CRSA notamment pour tenir compte du vieillissement de la société dans les années à venir. S'il prend en compte le rôle des aidants et des familles ainsi que les avancées technologiques et médicales, il ne faudra pas négliger l'apport des structures d'aides à

domicile qui accompagnent les personnes. Il faudra veiller à ce que la formation de leur personnel et le développement de nouveaux métiers ne les fragilisent pas financièrement. Ce vieillissement de la population nécessitera également les recours à des soins palliatifs plus importants. Une attention particulière doit être portée à l'offre. Le renforcement des équipes mobiles en EHPAD ou à domicile est à prévoir.

Des ruptures de parcours importantes bouleversent la vie des retraités et personnes âgées, du fait d'un manque aussi de prise de conscience et d'anticipation de la part des retraités eux-mêmes et des proches aidants.

Le manque d'accompagnement, des soignants, de l'entourage et le manque de moyens nécessitent en amont des lieux de réflexion sur ce temps de la vie qu'est le vieillissement, et d'avoir des équipements et des services adaptés, attractifs, au sein de la cité, où le retraité n'est pas en déphasage avec la société.

Les retraités d'aujourd'hui sont les enfants du baby-boom. Ils présentent d'autres caractéristiques sociales, économiques, physiologiques, que leurs aînés qui avaient connu la guerre et qui constituaient jusqu'à présent la population des personnes accueillies en maison de retraite.

La rupture de parcours en cas d'hospitalisation est une réalité, mais ne dépend pas uniquement d'un manque de coordination. Entre le temps de l'hospitalisation et le retour à domicile, il existe toute une gradation d'accompagnement et de prises en charge qui ne sont pas toujours mises en œuvre à bon escient et au bon moment.

Il faut veiller à créer des accueils de jour et des équipements proches des bassins de vie. Les SSR spécialisés doivent être réservés aux personnes nécessitant une surveillance médicale et des soins importants.

Ce défaut de prise en charge dans un dispositif adapté génère la prolongation de l'hospitalisation. La personne concernée, la famille ou le proche aidant, «la personne de confiance», sont rarement associés au déroulement de la situation, elles sont mises devant le fait accompli, elles subissent. Le médecin traitant peut permettre de fluidifier ce parcours de retour à domicile. Des moyens doivent être mis en place pour aider le médecin généraliste à assumer cette coordination.

Les modes d'équipements diversifiés tels que EHPAD, accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, unité d'hébergement renforcé, SSR spécialisé, équipe mobile, existent mais sont peu coordonnés et doivent être renforcés sur certains territoires.

L'habitat point primordial dans le parcours de santé des retraités :

La prévention de la perte d'autonomie passe par un habitat adapté, aménagé, et des services et équipements correspondant aux besoins des personnes concernées.

En ce qui concerne les personnes en situation de handicap :

La prévention de la rupture des parcours doit privilégier l'importance du travail à développer avec les MDPH qui assurent un rôle capital dans les dispositifs mis en œuvre. La sensibilisation et la formation des professionnels est plus que jamais nécessaire pour que l'accès aux soins des personnes en situation de handicap fassent l'objet d'une attention particulière en ambulatoire et en milieu hospitalier. Il serait en particulier souhaitable que les futurs infirmiers et médecins puissent faire un stage pratique en ESMS, sujet traité dans la Charte Romain Jacob sur la formation des acteurs du soin qui sera prochainement signée à Reims.

Toute réforme tant celles qui concernent les personnes en situation de handicap que celles concernant les personnes âgées amènent beaucoup d'inquiétudes surtout en ce qui concernent le

financement des mesures. Il y aurait peut-être été important de développer dans les orientations stratégiques les liens avec les départements sur les PH et les PA de même qu'en ce qui concerne les structures (IME, ESAT,...). La problématique du vieillissement des travailleurs handicapés mériterait d'être envisagée dans le document.

Concernant les parcours PH et habitat inclusif, il est nécessaire de faire évoluer les textes pour arriver à une simplification pour une meilleure cohérence et éviter les ruptures. Il y a lieu de s'interroger sur la mise en place d'un guichet unique qui faciliterait la prise en charge des personnes.

Concernant les personnes handicapées, la CRSA déplore que le COS ait été établi sans aucun diagnostic précis des besoins et demande à ce que cette question constitue un axe de travail prioritaire afin d'aboutir à des diagnostics précis par territoire.

L'approche inclusive développée dans le COS ne doit pas occulter le manque de réponses adaptées pour les personnes handicapées adultes. Le nombre de jeunes maintenus en IME dans le cadre de l'amendement Creton et les départs en Belgique témoignent de cette situation critique. Enfin, concernant l'accès au travail des personnes handicapées, la CRSA déplore l'absence l'orientation stratégique étayée tant concernant les ESAT que le développement de l'emploi accompagné.

En ce qui concerne les personnes fragilisées, il devra être mis fin à toute forme de maltraitance et d'appliquer à toutes les personnes le concept de bientraitance, tant en milieu ordinaire qu'en lieux de santé, en privilégiant les solutions innovantes. L'habitat inclusif doit faire l'objet d'un lien avec la problématique des structures d'hébergement (EHPAD et résidences autonomie). Une meilleure coordination doit aussi être recherchée pour éviter les ruptures à l'entrée et en sortie d'hospitalisation.

L'objectif stratégique n°2 : « Orienter résolument la politique de santé vers une approche préventive ».

Pour la CRSA cette orientation, qu'elle approuve, ne saurait se limiter aux seules activités de prévention sanitaires et prendre appui sur ce qu'il est convenu d'appeler la promotion de la santé. En effet, la démarche de promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Elle s'appuie sur une conception positive et globale de la santé et utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés et sur la mobilisation des ressources dans chaque territoire. L'amélioration de l'offre de soins, de son accessibilité à tous et de notre système de sécurité sociale, est sans doute nécessaire. Mais elles seules, ne seront pas capables de résorber les profondes inégalités sociales et territoriales de santé existant dans notre région Grand Est... les politiques sanitaires déterminant pour moins de 20% le maintien en bonne santé des populations. **La politique de santé devrait donc nécessairement prendre appui et se coordonner avec les autres politiques publiques, ce que le COS propose, mais qu'il convient de réaffirmer dans cet objectif stratégique n°2, sans attendre d'évoquer les facteurs clés du succès (ch 5.2 : articulation avec les autres politiques publiques).**

Orienter la politique de santé vers une approche préventive suppose que les politiques publiques, **fassent l'objet en aval d'une évaluation d'impact** sur la santé des populations ou des groupes de personnes qu'elles concernent. Pour ce faire c'est un outil d'aide à la décision qu'il convient de développer pour qu'il soit mis à la disposition des décideurs sectoriels concernés.

Les citoyens ne sauraient être absents d'une telle approche tant dans la phase d'élaboration des politiques que dans celle, indispensable, de leur évaluation..... dans ce contexte la mise en mouvement et le soutien aux acteurs sociaux (parce que directement concernés) est une étape indispensable. Modifier le contexte de vie, concevoir de nouveaux environnements doivent éviter de mettre la santé des habitants en danger par une exposition incontrôlée à des risques, mais plus encore faciliter l'adoption et le maintien de comportements favorables à leur santé. C'est aussi conférer aux personnes concernées (habitants, élus, responsables d'établissements, militants associatifs...) un réel « pouvoir d'agir » sur les facteurs ayant un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Intervenir en proximité : une perspective pour mieux répondre aux besoins de chacun. Un investissement public significatif en faveur du développement de projets de promotion de la santé en proximité, dans les communes, les quartiers, les écoles, les entreprises, les lieux d'habitat collectif ou d'hébergement ... doit également apporter des réponses concrètes en termes d'organisation de l'offre de santé.

Promouvoir la santé tout au long de la vie :

« L'une des mesures qui offre les meilleures chances de réduire les inégalités sociales en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence.» **C'est dans des actions auprès des plus jeunes (accueil préscolaires, petite enfance) que des résultats probants ont pu être obtenus.** Toutefois une attention particulière est également à porter sur les phases de plus grande fragilité (adolescence, les transitions scolaires ou familiales....)

Enfin, pour faire face aux défis d'une société vieillissante, il ne faut pas seulement raisonner en termes de prise en charge et de places d'accueil, mais prendre des mesures sur les conditions de vie qui favorisent un vieillissement en santé au domicile des personnes avec des mesures d'accompagnement adaptées.

Education thérapeutique, promotion de la santé, prévention demandent des moyens financiers pérennes **qui ne doivent en rien être à la charge financière des individus mais relever d'une prise en charge collective.**

L'objectif stratégique 3 : « Poursuivre le virage ambulatoire en renforçant les soins de proximité »

Si les avantages de la chirurgie ambulatoire ne sont plus à démontrer, il convient d'être très vigilant pour les patients isolés ne pouvant se faire ni accompagner, ni se faire surveiller pendant la nuit post-opératoire, habitant loin ou encore incapables de comprendre les règles à observer avant et après l'intervention. Les patients devront être clairement informés, rassurés sur la possibilité de disposer de médicaments surtout antalgiques et de numéros de téléphone à appeler en cas de problème.

L'atteinte de cet objectif nécessite également le renforcement de la coordination entre l'hôpital et les médecins de ville. La transmission de l'information en temps réel (particulièrement de l'hôpital vers la ville) conditionne largement le virage ambulatoire.

Parallèlement à cette coordination médicale, devront également se développer :

- la coordination avec les services sociaux et pour l'organisation des sorties d'hôpital,
- la coordination en réseau des professions de santé (médecins, soignants...) exerçant en ambulatoire dotée de services supports d'amont et d'aval,

Cette évolution implique d'envisager de nouveaux types d'hébergement pour les personnes fragiles, isolées et précaires.

L'objectif stratégique 4 : « Fluidifier les parcours de santé en développant l'intégration et la coordination des acteurs ».

Le droit des usagers et l'appréhension des problèmes relèvent pour les établissements hospitaliers d'une commission spécialisée. Peu de problème remonte de cette collecte par peur ou méconnaissance des patients. Pour une meilleure efficacité du système de santé, n'y aurait-il pas lieu d'explorer via un numéro d'appel unique grand public les plaintes et réclamations, les difficultés survenues dans le parcours de soins, l'attente pour une place dans un établissement ? Une expérimentation pourrait être proposée par chaque conseil territoriaux coordonnée par la CRSA Grand Est.

Orientation stratégique 2 : « Agir sur la démographie et la formation des professionnels de santé »

La CRSA souscrit aux objectifs proposés dans cet axe. Par contre elle souhaiterait que soit réécrit le premier paragraphe des orientations.

En effet, la problématique des médecins spécialisés doit aussi être mise en évidence au même titre que les médecins généralistes quant à l'évolution de la démographie médicale. Il existe des disparités territoriales, mais aussi des disparités selon le type de spécialités médicales (il y a de moins en moins de spécialistes réalisateurs de consultations mais plus des médecins spécialistes réalisateurs d'actes).

La CRSA souhaite une prise de conscience des acteurs afin de favoriser l'installation des jeunes médecins : ARS, facultés, CHU, collectivités territoriales et assurance maladie. Cette démarche doit aller dans le sens de l'accompagnement des internes afin de les fidéliser, et ainsi permettre le maillage du territoire.

Cela doit se faire en lien avec les filières médicales, et les établissements de référence. On doit aussi valoriser les fins de carrières afin d'éviter des départs précoces en retraite.

Elle souhaite un travail sur l'attractivité du territoire : permettre aux jeunes médecins d'exercer dans des postes mixtes (public/privé, salarié/libéral). Un intéressement pour aller travailler dans des territoires abandonnés pourrait être une option. Ainsi, il est important que le COS mette en corrélation la notion de désert médical avec la notion de territoire abandonné et d'exclusion.

Elle est consciente qu'il n'y a pas de solution unique pour le problème de la démographie médicale : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau Grand Est par l'Agence Régionale de Santé peut être une réponse, même si la question du statut contractuel pose des limites (Le centre national de gestion ne le fait que pour les praticiens hospitaliers).

Elle souhaite également qu'on anticipe les conséquences de la réforme du troisième cycle (demande de mise à jour du tableau page 29 du COS).

Selon elle, il faut inciter une démarche d'intégration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, ainsi qu'entre la médecine libérale et le secteur hospitalier afin d'améliorer la prise en charge en termes de qualité et de facilitation d'accès aux soins.

Enfin il s'agit aussi selon la CRSA, d'intégrer les conséquences de l'innovation et des autres évolutions (la Plateforme Territoriale d'Appui pourra dégager du temps médical) dans les orientations stratégiques.

Ainsi de nouveaux métiers vont émerger dans l'entourage et des médecins et des soignants tant pour l'accompagnement des malades que pour la prise en charge de certaines tâches encombrant aujourd'hui le temps médical ne nécessitant pas dans leur exécution l'intervention d'un médecin. La CRSA souhaite donc que ces évolutions soient anticipées. Il en va de même pour l'évolution des métiers des personnels paramédicaux ; une réflexion approfondie sur leur place dans la chaîne de soins et l'évolution en conséquence des dispositifs et des programmes de formation les concernant devront être menées. Ce qui implique la coordination des politiques de formation des différents professionnels qui devra être pensée en toute transversalité pour couvrir l'ensemble des secteurs du sanitaire, social, médico-social et du libéral afin d'anticiper les métiers émergents.

La CRSA souhaite que soit précisée la problématique de la gradation des soins. De plus il faut expliciter les notions d'établissements de référence et d'établissements de recours (les établissements de recours ne sont pas que les CHU).

Enfin la CRSA insiste sur les notions de transversalité et de complémentarité entre les acteurs, et/ou les secteurs :

- Entre public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif
- Entre sanitaire hospitalier /salarié et sanitaire libéral
- Entre social, médico-social et sanitaire

L'objectif stratégique 12 : « Encourager le développement de la télémédecine ».

La télémédecine est un enjeu important pour les malades, leurs proches, les professionnels médicaux et paramédicaux. Elle est un plus médical et territorial. Elle doit venir renforcer l'offre de soins, dans des territoires fragilisés pour permettre à la population de ce territoire d'avoir une offre de soins identique à celui de la région en terme de qualité et de temps dans la prise en charge. Son développement doit se réaliser que dans la visée des bénéfices pour le patient car c'est un moyen et non une finalité. Elle ne remplacera jamais le contact avec le professionnel et doit rester complémentaire d'un vrai suivi.

Orientation stratégique 3 : « Promouvoir les outils et usages du numérique en santé »

Il convient de rappeler que même si son usage est fortement méconnu, le DMP est cependant la pierre angulaire de la coordination des soins. Il y a donc lieu que la politique de santé Grand Est se dote de moyens pour assurer son très large déploiement, en concertation avec l'assurance-maladie et les professionnels de santé.

Parmi ceux-ci il y faudra :

- Une communication intense vis-à-vis des assurés et des professionnels (en premier lieu les médecins)
- Assurer la compatibilité logicielle avec les logiciels métiers des praticiens
- Mettre en avant les dispositions déjà prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des DMP
- Permettre que le DMP devienne un outil essentiel de coordination des soins entre ville et hôpital,
- Rendre l'utilisation du DMP « transparente » pour les médecins...délégation de tâches à

l'ouverture des DMP.

Son développement nécessitera également de doter l'ARS d'un fonds dédié à l'innovation numérique et technologique qui aurait notamment à traiter la question de la compatibilité entre les systèmes d'information divers des hôpitaux.

Au final, si l'on veut que le DMP soit enfin utilisé : il est nécessaire que cet outil soit adapté à la pratique des médecins traitants.



D'une manière globale, les orientations stratégiques devront permettre de développer l'expression et le respect des droits des usagers

La loi de 2002 relative aux droits des malades doit permettre :

- d'améliorer la connaissance des droits pour mieux cibler et évaluer les actions
- de promouvoir les droits des usagers dans tous les secteurs de la santé
- de rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers
- de faire progresser les droits collectifs
- de favoriser le droit des usagers à des soins et une prise en charge médico-sociale de qualité

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui repose sur trois piliers :

- anticiper pour prévenir la perte d'autonomie (favoriser le maintien à domicile, actions de prévention, plan national de prévention du suicide des personnes âgées, mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés - MONALISA),
- adapter les politiques publiques au vieillissement (adaptation des logements, modernisation des résidences autonomie, intégration des problématiques du vieillissement dans les programmes locaux d'habitat et dans les plans de déplacement urbain, etc.),
- améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (protection des droits et libertés des personnes âgées, réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie, soutien des proches aidants).

Cette loi reconnaît le retraité comme citoyen à part entière.

A travers le CDCA (Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie), les retraités doivent être associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques les concernant. Cette gouvernance est commune avec le secteur handicap. C'est pourquoi, ils doivent avoir toute leur place dans les différentes instances, mais aussi dans les comités de pilotage, réseaux etc... Lieux de réflexions et de mise en œuvre de la politique de santé.

De même, la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui doit permettre notamment :

- d'affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage, affirmer le droit des usagers sous l'angle d'une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant

les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social

- d'élargir les missions de l'action sociale et médico-sociale et diversifier les interventions des établissements et services concernés ; caractériser les grands principes d'action sociale et médicosociale et mettre l'accent sur les deux principes qui doivent guider l'action : le respect de l'égalité de dignité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire.
- d'améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif, renforcer la régulation et la coopération des décideurs et des acteurs, et une organisation plus transparente de leurs relations avec les opérateurs.

Enfin, la loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées qui prévoit :

- le libre choix du mode et du projet de vie
- le droit à la compensation personnalisée des conséquences du handicap
- la participation effective des personnes handicapées à la vie sociale.

A cet égard, il convient de rappeler que les associations ont été à la base de la création et de la gestion de la plupart des établissements sociaux et médico-sociaux.

Elles restent aujourd'hui des acteurs essentiels de la réponse aux nouveaux besoins.

La disparition progressive d'associations de petite taille altérera sans aucun doute cette capacité d'action et d'innovation.

Par conséquent, les orientations stratégiques doivent intégrer ce constat et favoriser le maintien d'un tissu associatif médico-social de proximité, garant d'une réponse adaptée aux besoins des territoires. En effet, les Associations – et pas seulement leurs établissements et services – contribuent et contribueront encore longtemps à l'accompagnement d'un grand nombre de personnes fragilisées et empêchées dans la région Grand Est. Elles doivent être prises en compte en tant que telles.