

CONTRIBUTION REGIONALE AU SEGUR DE LA SANTE

URIOPSS ARA

10 juin 2020

A destination de l'ARS AURA

A destination de la CRSA AURA

Rappel méthodologique

L'ARS nous sollicite le 3 juin pour un retour le 10 juin de contributions régionales relatives au Ségur de la Santé avec en particulier des remontées sur les expériences réussies.

La CRSA est sollicitée sur les mêmes thèmes dans les mêmes délais.

Le choix a été fait de coordonner ces contributions sur la même base de thématiques et ouvertes à tous les secteurs d'activités du social, médico-social et sanitaire en n'oubliant pas les secteurs trop souvent hors des radars que sont la prévention et l'éducation à la santé, la petite enfance, la protection de l'enfance, l'aide à la famille, la santé mentale, l'exclusion

- Envoi par l'URIOPSS d'une enquête à l'ensemble des adhérents en intersectoriel le 4 juin pour un retour le 8 juin : 12 retours étayés sur chaque secteur d'activité complétés par des échanges dans les commissions de travail.
- Organisation d'une visio conférence le 9 juin avec d'autres adhérents de tous les secteurs d'activité pour partager et compléter les retours de l'enquête.

Préambule

L'URIOPSS ARA affiliée au réseau UNIOPSS tient à souligner que la méthode engagée du national au régional sur le Ségur de la santé en termes de concertation en urgence est loin de transmettre un message positif aux citoyens, aux acteurs et aux usagers quant à la volonté politique de se servir des effets de la crise pour construire un système de santé d'avenir.

Notre réseau national et régional ancré dans les territoires avec son fondement intersectoriel nous amène à faire part de constats pour susciter une réflexion en profondeur de nos systèmes d'organisation en matière sociale et de santé indissociables l'un de l'autre en les liant à la question environnementale : trois sujets majeurs pour nos démocraties dans les années à venir.

Il n'est pas question ici de faire une liste de récriminations sur la situation d'urgence, bien

présente dans tous les pays du monde touchés par la pandémie, mais de rappeler qu'en France le système de protection sociale est l'un des plus importants au monde avec un pendant défavorable d'une approche d'expertise et de gestion par autorité de compétences qui n'a pas pu être réellement dépassé au plus fort de la crise à savoir :

- Une gestion en silos de compétences et d'expertises (ARS - Préfecture – Région – Départements - Municipalités) ou chacun a déployé une énergie considérable sans pouvoir l'optimiser par un réel processus de partage entre la santé et le social.
- Une vision politique de la santé réduite au curatif et à la seule capacité de l'hôpital à absorber les soins médicaux au final les plus coûteux (financièrement et humainement).
- Une impossibilité depuis de nombreuses années à envisager l'investissement de la prévention et du développement de la santé au sens de l'OMS.
- Une fragmentation de la décision et des communications qui ont particulièrement nuit à la confiance des citoyens pourtant plus que conciliants quant aux restrictions des libertés inhérentes à cette crise et pour un grand nombre d'entre eux particulièrement investis dans la solidarité.

Ces constats sont déjà anciens mais ont été mis en pleine visibilité par la crise sanitaire.

Ainsi notre approche URIOPSS aujourd'hui s'appuie sur notre mission ancrée sur les territoires et 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.

Le problème est que depuis de nombreuses années, tout se pense en urgence alors même que la confiance des usagers-citoyens et des acteurs en notre système de protection sociale nécessite du temps et des constructions communes.

La présentation qui suit, par thèmes proposés dans le Ségur de la santé, regroupe les témoignages des adhérents de l'URIOPSS ARA en intersectoriel et des contributions du réseau URIOPSS -UNIOPSS.

1. Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Décloisonner les secteurs et développer les relations inter-professionnelles

La crise a mis en relief les cloisonnements entre les acteurs dus à leur rattachement à différentes autorités de tarification et de contrôle.

La situation emblématique de la distribution des EPI, au-delà de la question de la pénurie : sur le seul aspect logistique en fonction de chaque catégorie de public concerné, les acteurs sociaux, médico-sociaux et de santé pouvaient, ou pas, s'approvisionner auprès des GHT, des pharmacies, des ARS, des Conseils départementaux, des services déconcentrés de l'Etat. Ces

circuits de distribution ont été particulièrement illisibles et anxiogènes pour les professionnels au front.

Ces circuits aujourd'hui régulés doivent permettre d'envisager une nouvelle forme d'organisation et de coordination des secteurs de la santé et du social pour une éventuelle prochaine crise pandémique.

Dès le 16 mars, nous avons sollicité des cellules de crise sanitaire et sociale dans chaque département regroupant l'ARS, le Préfet, la DDCS et le CD **pour une approche stratégique de gestion de crise dans une vision globale de santé publique et de prévention**. Cette coordination territoriale de crise nous semble aussi à repenser pour l'avenir.

Le 17 mars, au regard des besoins RH nous mettons en place une **plateforme URIOPSS de mise à disposition de personnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires** (qui recense à la fois les besoins et les ressources) pour faire face aux besoins de renforts dans les établissements et services. Cette proposition suscite l'intérêt de plusieurs acteurs qui décident eux-mêmes de créer plusieurs plateformes d'échanges de personnel sur la région. Ces initiatives portaient toutes d'une bonne volonté, mais les plateformes étant dédiées chacune à un secteur spécifique (social, médico-social ou sanitaire), ont eu pour effet de freiner les synergies et de complexifier la gestion et le suivi RH des mises à disposition entre organisations employeuses.

Autre exemple : celui de **la mobilisation de stagiaires des professions sociales et des professions sanitaires**. La DRJSCS a accédé à notre demande dès le 17 mars pour mettre à disposition une plateforme auprès des ESSMS. Puis, l'ARS a mis en place une plateforme de mise à disposition de stagiaires santé dissociant le secteur sanitaire des secteurs sociaux.

Nous regrettons qu'une cohérence d'ensemble de ces plateformes n'ait pas été trouvée. Elles ont toutes fonctionnées, avec pour certaines une implication des CD. Mais nous constatons la réelle perte d'énergie déployée par tous au moment le plus fort de la crise.

La crise sanitaire a également exacerbé **la difficulté des acteurs de l'aide à domicile à être reconnus** comme un maillon essentiel du système de soins et du parcours de l'utilisateur dans le système de santé alors même que ces professionnels interviennent en amont et en aval de la filière hospitalière et que nombre d'hospitalisations ont pu être évitées grâce à leurs interventions.

De la même manière, **le secteur social demeure peu reconnu comme acteur de la santé** au sens du « prendre soin » alors même qu'il absorbe les manques de moyens du système de santé en particulier la psychiatrie et qu'il accueille et accompagne des personnes présentant très souvent des pathologies complexes (cancer, dialyse, fin de vie, addictologie, précarité etc.) nécessitant des soins adaptés à leurs besoins.

Les établissements et services de la protection de l'enfance accompagnent aussi des enfants avec des problématiques de santé souvent lourdes, tandis que les centres d'hébergement accueillent des adultes et des familles dont la santé est souvent affectée par des conditions de vie très précaires. Malgré cette prévalence des problématiques de santé, les secteurs sociaux pâtissent pour autant de ressources médicales très rares et d'un cloisonnement avec le secteur médical. C'est pourtant dans ces lieux qu'il est nécessaire d'investir des ressources en santé, les publics ayant de fait des états de santé fragilisés. Par manque de liens avec le secteur médical, les situations se dégradent et viennent emboliser les services d'urgence, ce qui est coûteux économiquement mais surtout humainement parlant.

Il est donc essentiel de **développer des passerelles entre le social, le médico-social et la santé** pour permettre une meilleure prise en charge des personnes et éviter des ruptures dans leur parcours.

Les liens ville-hôpital sont restreints à la médecine de ville- hôpital alors que les liens avec l'ensemble des acteurs de santé, médico-social, du social incluant le domicile devraient être renforcés. Le manque de fluidité et de partage dans l'accompagnement, de la prise en charge et du parcours des usagers du système de santé a été un réel obstacle à la prévention de la diffusion de l'épidémie.

Pour une approche "pluri-professionnelle et intersectorielle", une meilleure connaissance des secteurs, de leurs missions et une approche transversale de la santé, des leviers existent et doivent être développés.

L'urgence à travailler sur le secteur de la psychiatrie

L'isolement et la diminution voire la suspension des accompagnements a eu pour effet des décompensations sur la santé des usagers bénéficiant d'ordinaire d'un suivi psychiatrique. Ces problématiques communes à l'ensemble des secteurs (personnes âgées, personnes en situation de handicap, enfance, exclusion) nécessitent de repenser de manière concertée les accompagnements de demain à la fois en termes de prévention mais aussi en termes de continuité des prises en charge. Les Projets Territoriaux de Santé Mental (PTMS) doivent être réellement pris en considération tant par les pouvoirs publics que par les acteurs de tous les champs sanitaires et sociaux.

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Organiser des formations croisées, journées d'études, séminaires entre les professionnels de tous les secteurs
- Organiser des temps de partages d'expériences, des temps d'immersion dans les différents secteurs
- Favoriser l'apprentissage d'une approche globale de la santé en décroissant l'éducatif du soin

- Simplifier la circulation de l'information entre les équipes des différents secteurs
- Proposer des temps de coordination réguliers entre les différents secteurs
- Ouvrir les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) aux secteurs médico-social et social
- Actionner d'avantage les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour coordonner les acteurs
- Développer le dispositif plateforme 360° en insistant sur l'engagement de coordination des acteurs et notamment entre les ARS et les conseils départementaux.
- Octroyer un forfait soins aux résidences autonomie.

En ce qui concerne **les communautés 360**, dont le projet initial est intéressant, nous restons très attentifs à ce que la volonté de créer une société plus inclusive ne devienne pas une injonction de crise alors que le rapport Laroque le préconisait depuis 1962. Le regret porte sur le fait que les partages et coopérations entre acteurs de terrain qui se sont nettement renforcés pendant cette crise sanitaire, soient finalement ignorées par les pouvoirs publics en raison de l'appel à volontariat en urgence. Il nous semble que cela n'est pas profitable ni pour les usagers ni pour les acteurs et que cela ravive des conflits stériles entre politiques publiques Etat- Départements. **S'appuyer sur les coordinations existantes sans en rajouter d'autres, nous paraissait avoir été entendu en région...**

Développer et valoriser le temps lié à la coordination et à la concertation entre secteurs et professionnels

Le décloisonnement et la fin d'un fonctionnement en logique de silos demandent un investissement pour que les acteurs puissent se concerter et coordonner leurs actions. Permettre aux usagers d'accéder à un parcours fluide dans le système de santé nécessite de la souplesse à la fois dans la gestion et dans l'organisation des structures. Les passerelles entre ville et hôpital doivent être encouragées.

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Du temps de coordination identifié, fléché et valorisé dans les budgets
- Mieux anticiper les retours à domicile
- Certains hôpitaux comme celui de Chambéry ont su créer une dynamique de soutien en période de crise en réunissant les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire autour d'une même table. Capitaliser sur ces approches serait un atout supplémentaire.

Valoriser les métiers et les rendre attractifs

Nous défendons **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 »**.

Ces métiers restent sous-valorisés. Recruter des personnels et notamment des aides à domicile relève d'une urgence absolue :

- Besoin de recrutements qualitatifs
- Besoin de combler un déficit d'image : ce sont des VRAIS métiers (« un métier qui a du sens » ; « rôle essentiel » ; « richesse des métiers du fait des différentes missions qu'ils revêtent » ; « vocation des personnes qui réalisent ces métiers, il ne s'agit pas que d'une simple vocation alimentaire »)

Voir l'enquête les difficultés en matière de recrutement dans le secteur médico-social menée par l'UNIOPSS à l'été 2019 (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 enjeux de formation

- D'après l'enquête Uniopss 54% des répondants déclarent faire appel à des "faisant fonction" c'est à dire des professionnels non diplômés
- Des nouveaux métiers émergent autour de la coordination des soins et des parcours

Suite à la période de crise sanitaire, nous avons des témoignages d'associations en particulier de l'aide à domicile qui évoquent des démissions de salariés qui « jettent l'éponge » car la crise a exacerbé la limite de la considération de leur rôle. Alors que la demande est croissante, il est temps de s'interroger sur ces métiers, leur formation et leur qualité d'emploi pour permettre d'attirer et de fidéliser des professionnels.

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Valoriser les métiers situés au plus bas de l'échelle de rémunération (auxiliaires de vie, aides-soignants, aide à domicile).
- Augmenter sensiblement les salaires en début de carrière pour rendre ces métiers attractifs
- Pouvoir reprendre de l'ancienneté sans contrainte conventionnelle
- Harmoniser les rémunérations des personnels des statuts public et privé non lucratif
- Rémunérer les médecins étrangers à hauteur des praticiens hospitaliers

Au-delà d'une reconnaissance pécuniaire, l'attractivité des métiers nécessite de développer la qualité de vie au travail dans nos institutions : « *La crise du COVID a mis à mal nos*

organisations, mais nous a aussi permis de tester/tenter de nouvelles organisations et méthodes de travail. A nous de saisir ces opportunités pour progresser et s'améliorer ».

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Développer le care management.
- Alléger le temps de travail
- Favoriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée
- Rendre l'entreprise/l'association attractive et innovante (crèche d'entreprise, télé travail).
- Diminuer ou réguler le méta travail en mettant en place des systèmes d'information et des outils d'échanges sécurisés et harmonisés

Une meilleure répartition des professionnels de santé

Favoriser les liens et les échanges entre les secteurs doit faciliter les mobilités des professionnels entre les différents opérateurs et entre les différents territoires.

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Favoriser la valorisation des acquis entre filières
- Imposer 1 à 3 années d'exercices aux jeunes médecins pour lutter contre les inégalités territoriales de l'accès aux soins
- Supprimer le numerus clausus

2. Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service 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 dans une logique de prévention à la santé et non seulement des soins techniques et curatifs.
- Eviter une logique de réduction des coûts à tout prix

- Repenser les modèles de tarification et prévoir une meilleure fongibilité entre les dispositifs

Repenser les besoins des citoyens et les réponses adaptées suppose aussi de repenser la santé au sens de l'OMS avec des SSIG redéfinis en France comme en Europe. La santé et la cohésion sociale sont des biens communs que l'Etat doit considérer comme tel pour pouvoir ensuite allouer les aides d'Etat en proportion de l'intérêt général attendu.

- **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 (ex : une toilette). 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. La dimension sociale est aussi importante que l'aspect médical (ex de l'isolement social et de ses conséquences sur la santé). 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).**

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Libérer l'investissement en augmentant la capacité d'amortissement des financeurs.
- Régulariser la question de la récupération de la TVA pour le secteur du privé non lucratif.
- Interdire l'intérim en établissements publics
- Etendre la logique des GHT à tous les acteurs du soin et de la dépendance concernés sur le territoire et formaliser ainsi les parcours et la place des acteurs
- Faire face aux situations complexes dans le secteur social en adaptant les moyens humains et financiers

3. Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

Pour un management du « care »

Le développement d'organisations reposant sur la promotion de « l'empowerment » par l'ensemble des salariés doit permettre un fonctionnement plus simple et plus réactif en lien avec les besoins et les attentes des usagers. Simplifier le quotidien des équipes passe

également par la mise à disposition d'un cadre de travail sécurisé et sécurisant permettant aux salariés de se projeter et de s'investir.

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Favoriser un management de proximité et une vision à long terme de l'organisation
- Simplifier au maximum les lignes hiérarchiques
- Associer les salariés aux décisions, à l'élaboration des processus, procédures mis en place dans les organisations.
- Développer les appuis à l'ensemble des professionnels : groupes de pair-aidance, Analyse de la Pratique Professionnelle en individuel ou en groupe, ateliers de co-développement...
- Offrir des programmations horaires à l'année stables

Simplifier et alléger les procédures qualité en silos en travaillant d'avantage sur un partage d'informations efficient et un développement numérique à destination des bénéficiaires et de leurs accompagnants.

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). Le partage d'informations est essentiel dans l'organisation de l'offre de santé. La collecte des données doit être sécurisée, transparente et respectueuses de principes et droits fondamentaux comme le consentement éclairé et le secret médical.

Le Plan « ESMS numérique » a été annoncé dans la feuille de route ministérielle du numérique en santé. Pour cela 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. La crise a démontré les capacités d'adaptation rapides des ESSMS en mettant en place des accompagnements à distance, dont certains pourraient être complémentaires au présentiel et leur pérennisation est envisagée.

Un véritable plan numérique santé- social avec un pilotage cohérent et transversal doit permettre d'outiller l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec des formations des professionnels et des usagers.

Ce 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). Un pilotage cohérent doit être mis en place pour lutter contre la fracture numérique et faciliter l'accès aux outils numériques.

4. Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Adaptations dans l'organisation des établissements

En lien avec le décloisonnement des secteurs, l'ancrage territorial pour des interventions de proximité nécessite une souplesse d'organisation et de fonctionnement. Les dispositifs verticaux cloisonnés à destination de publics cibles engagent aujourd'hui à l'institutionnalisation de multitudes coordinations chronophages pour les acteurs sans apporter la souplesse attendue aux regards des besoins sociaux et de santé.

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Développer le fonctionnement en "plateformes"
- Permettre la création de dispositif hybrides à cheval entre le social et le médico-social sous formes d'unités de vie « médicalisées », intégrés dans des hébergements de sans-abris.
- Décloisonner les modes de financements Cohésion sociale (DDCS) et la santé (ARS) afin de porter une politique commune au service des plus démunis
- Ouvrir le GHT à tous les acteurs des territoires

Simplifier les relations entre opérateurs et organismes financeurs

La crise sanitaire a mis en lumière les dysfonctionnements de transmissions d'informations descendantes (exemples : abondance d'informations, de questionnaires pour certains et absence de contact de l'ARS pour d'autres pourtant au front auprès des personnes fragiles) ou encore les injonctions contradictoires entre les différentes institutions. Les retours d'expériences sont très disparates reflétant ainsi les fonctionnements hétérogènes entre départements.

Par ailleurs, il semble que de nombreux acteurs de la prévention en santé n'aient pas été mobilisés durant la crise sanitaire (réseaux de santé par exemple, éducation à la santé, ...) alors qu'ils sont des acteurs de proximité importants.

PROPOSITIONS ADHERENTS

- Développer la proximité territoriale pour une meilleure prise en compte des spécificités locales

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 : exemples des personnes âgées en EHPAD ou isolées à domicile, des personnes en situation d'exclusion sociale ...
- Le besoin d'accompagnement et de soutien psycho-social face aux problématiques de santé mentale, accrues par les crises simultanées sanitaire, sociale et économique
- Le besoin d'éducation aux gestes d'hygiène et de politique globale de prévention
- Investir le domaine de l'éducation à santé dans la petite enfance et l'enfance, un public essentiel pour l'avenir avec une forte capacité d'apprentissage et de diffusion au cercle familial.