



CONTRIBUTION

Uniopss

SÉGUR DE LA SANTÉ

22/06/2020

PROJET DE CONTRIBUTION AU SÉGUR DE LA SANTE

L'Uniopss représente une grande diversité d'acteurs privés non lucratifs des champs social, médico-social et de la santé, tous acteurs du système de santé ; parmi lesquels des centres de santé, des ESPIC, établissements sociaux et médico-sociaux et des associations de représentants d'usagers et leurs familles.

La crise du Covid-19 a ébranlé notre système de santé, qui a tenu grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs, notamment le secteur associatif social, médico-social et de santé, qui a pour une grande majorité maintenu ses activités et accompagnements auprès des publics.

L'Uniopss regrette les modalités d'organisation de la concertation autour du Ségur de la Santé qui n'intègre pas tous les acteurs de la santé, notamment les secteurs social, médico-social et de la prévention, alors que ces secteurs, non lucratifs, assurent une mission au service du public.

Les délais ne permettent pas non plus des temps de concertation suffisants pour produire et affiner les propositions, même si une partie d'entre elles avait été fournie depuis des années aux autorités publiques, nationales et territoriales.

L'Uniopss regrette une concertation centrée sur l'hôpital, c'est le 3^{ème} plan hôpital cette année, sans vision globale du système de santé, de ses acteurs et des articulations qui restent à construire et à renforcer.

Elle regrette une réflexion compartimentée avec d'un côté le chantier Grand âge et autonomie, de l'autre le Ségur de la Santé.

La crise Covid-19 a particulièrement révélé les cloisonnements (y compris au sein du secteur sanitaire où la psychiatrie a parfois été oubliée) 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.

Enfin, elle insiste sur l'impératif de préserver les libertés publiques, notamment pour les résidents des EHPAD et des établissements psychiatriques.

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

C'est l'ensemble des métiers du « care » qu'il est nécessaire de revaloriser

1.1 Une revalorisation financière indispensable des métiers du “care”

L'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'aller plus loin que les primes annoncées, qui restent à concrétiser pour certains secteurs, et 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.**

Ces métiers sont sous-valorisés et occupés très majoritairement par des femmes.

L'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 sont premières causes identifiées 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.

L'Uniopss souhaite alerter sur les risques d'une revalorisation des carrières hospitalières uniquement dans le secteur public, qui créerait une concurrence avec les ESPIC, qui concourent aux mêmes missions de service public.

L'Uniopss alerte également sur **la nécessité d'une revalorisation et requalification des métiers des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur une même temporalité**, au risque d'une fuite vers le sanitaire, alors même que le recrutement des professionnels de santé est déjà très difficile pour les ESMS car il n'y a pas d'alignement des salaires. Le secteur de l'aide et du soin à domicile, souvent oublié doit être pleinement intégré à ce chantier de revalorisation.

Cette revalorisation des rémunérations doit s'accompagner d'une réévaluation d'un travail sur des qualifications. En effet, si les travaux de Ma Santé 2022 autour des délégations de tâches doivent être poursuivis ; la réforme du travail social, la création des infirmiers de

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

pratique avancée, ou encore la professionnalisation des métiers de la prévention ont montré que la montée en compétence doit s'accompagner d'une revalorisation des rémunérations.

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.

1.2 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.

L'ampleur des besoins de formation est illustrée dans les résultats de notre enquête dans le secteur personnes âgées/personnes en situation de handicap citée ci-dessus ; 54% des répondants déclarent faire appel à des "faisant fonction" c'est à dire des professionnels non diplômés.

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 ayant des difficultés et besoins spécifiques (personnes en situation de précarité, présentant une addiction, ou en situation de handicap par exemple). Des formations croisées permettant de renforcer la qualité de l'accompagnement sont apparues encore plus nécessaires pendant le confinement.

Il faut également accompagner et soutenir l'évolution des pratiques : équipes mobiles, visites à domicile, travail en équipe, aller-vers.

L'Uniopss identifie d'autres enjeux en matière de ressources humaines, renforcés par la crise sanitaire. L'explosion des besoins et le manque de personnel (malade, ou absent pour garde d'enfant) pendant la crise ont donné lieu à **des initiatives multiples de plates-formes de mutualisations et renforts en ressources humaines**, à travers la réserve sanitaire nationale mais aussi en région à l'initiative des fédérations puis de la part des ARS et des DRJSCS. Ces dispositifs très utiles ont également subi le cloisonnement des acteurs et des secteurs. Ces dispositifs méritent d'être repensés et pérennisés pour faire face aux périodes de tensions récurrentes hors crise sanitaire (notamment la période estivale).

1.3 Élargissement du statut de praticien hospitalier aux professionnels de santé exerçant dans les centres de santé gérés par des collectivités territoriales

Cela permettrait de :

- Mettre fin à un décalage entre les fonctions publiques. Actuellement de nombreux médecins et chirurgiens-dentistes salariés exercent en centres de santé gérés par des collectivités locales, avec un statut précaire, celui du cadre des agents non titulaires.

- Simplifier les parcours des professionnels.
- Faciliter les parcours des professionnels de santé entre le ville et l'hôpital (Fluidifier les carrières entre la ville, et l'hôpital pour davantage d'attractivité).
- Faciliter l'installation et la stabilité des professionnels de santé sur les territoires pour lutter contre les déserts médicaux et faciliter la mise en œuvre de l'engagement présidentiel de déploiement de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital.

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°1 :

- 1) Revaloriser les rémunérations des métiers des secteurs social et médico-social qui doit se faire en même temps que dans 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 plates-formes 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 pour les services des soins

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

En préambule, l'Uniopss souhaite rappeler que la santé n'est pas un marché. Le système de santé n'est ni une administration ni une entreprise privée. Son rôle spécifique de service essentiel à la population doit être rappelé.

Les objectifs du système de santé doivent être construits à partir des besoins des populations selon des missions de services publics et non dans un objectif lucratif.

2.1 Un pilotage basé sur l'ONDAM qui interroge

Le prochain PLFSS fera les comptes des dépenses de l'Assurance Maladie. Alors que l'ONDAM a été la boussole du financement du système de santé, qu'en sera-t-il en 2021 et à l'heure des comptes cet automne ? L'explosion des besoins sanitaires pendant la crise a fait voler en éclat l'objectif de l'ONDAM fixé annuellement.

La logique budgétaire s'inscrit dans une logique de maîtrise des dépenses, sans toujours tenir compte des besoins. Les charges augmentent chaque année plus vite que l'ONDAM, conduisant les hôpitaux et les acteurs du système de santé à toujours plus d'économies.

Comment sortir de cette logique budgétaire pour aller vers une logique tournée davantage vers l'évaluation et la réponse aux besoins des usagers du système de santé ?

2.2 Une première étape de sécurisation des financements des acteurs de santé pendant la crise encore inachevée

Des mesures de sécurisation de financements ont été prises dans le cadre de la gestion de la crise, ce que nous saluons.

Citons notamment le maintien des financements des établissements et services sociaux et médico-sociaux tarifés ayant subi une sous-activité ou une fermeture temporaire en 2020, acté par l'ordonnance n°2020-313, ou encore la garantie minimale de recettes des établissements de santé, établie au regard des différents impacts de la crise sanitaire sur leur activité, actée par l'ordonnance n°2020-309 du 25 mars 2020, ou encore l'indemnisation des baisses de recettes des centres de santé.

Des inquiétudes restent néanmoins présentes et des garanties doivent être apportées :

- Ainsi, certains établissements sociaux et médico-sociaux qui relèvent d'un ou plusieurs financeurs et qui n'ont pas tous clairement indiqué le maintien, ou non, de leurs financements. Citons notamment les établissements financés par les Conseils départementaux ou encore les structures de la petite enfance qui dépendent de plusieurs sources de financements, à savoir les CAF, les municipalités, les entreprises et les familles.

- Par ailleurs, **la prise en charge des surcoûts, indirects ou directs, liés à la mobilisation contre l'épidémie est primordiale.** Or si certaines annonces ont été faites dans le sens d'une prise en charge de ces surcoûts, notamment pour les établissements de santé ou pour les structures de l'autonomie relevant de l'assurance maladie, d'autres se font attendre. Ainsi, du fait de la crise, les associations et leurs établissements et services ont fait appel à du personnel supplémentaire – en particulier à des intérimaires dont les coûts se sont envolés et ont acheté des équipements médicaux ou techniques spécifiques. D'autres surcoûts indirects ont également été engagés, tels que des investissements en équipements informatiques qui ont permis d'assurer la continuité de l'accompagnement et le fonctionnement des salariés en télétravail ainsi que la coordination des interventions autour des personnes, Ce sont des charges imprévues, mais essentielles dans la lutte contre l'épidémie, qui ont permis d'assurer la sécurité des personnes vulnérables et des professionnels mobilisés, le maintien des contacts et du lien social avec les familles en EHPAD et dans les autres établissements, et le renforcement de leur capacité d'agir.
- Des pertes de recettes ont également été constatées et en particulier pour les EHPAD, les centres de santé, les SAAD, le budget commercial des ESAT ou encore certains acteurs de l'IAE. Certaines garanties ont été apportées pour les EHPAD, mais nous attendons des mesures fortes pour les autres.
- **La question de la sécurisation financière des associations bénéficiant de subventions publiques se pose également, par exemple pour les acteurs de la prévention.** Si la circulaire du 6 mai 2020 apporte des précisions d'ordre général, nous nous inquiétons de la latitude qu'elle laisse à certaines autorités administratives quant au traitement des subventions accordées. En effet, la décision de l'affectation des crédits est entièrement laissée à l'appréciation de ces dernières : redéploiement sur un autre projet ou sur le même projet réalisé plus tard, transformation en subvention de fonctionnement ou encore récupération des crédits. Aussi, les associations observent d'ores et déjà des inégalités territoriales dues aux différences de traitement des demandes par les autorités administratives concernées et s'inquiètent de leur manque de visibilité quant au report des actions non réalisées en termes de calendrier ou d'investissement financier.

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.
- Éviter une logique de réduction des coûts qu'elles qu'en soient les conséquences.
- Repenser les modèles de tarification et prévoir une meilleure fongibilité entre les dispositifs.

2.3 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 c'est à dire incluant le bien être, l'ensemble des dimensions de l'accompagnement et de la prise en charge doivent être reconnues – et pas seulement l'acte de soins ou l'acte d'accompagnement (ex : une toilette). Le temps de présence auprès de la personne accompagnée, d'échanges et de dialogue, sont nécessaires quels que soient l'âge, la pathologie ou la situation. Les dimensions psychologiques et sociales sont aussi importantes 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 équilibres entre les aspects médicaux, psychologiques, sociaux et de prévention doivent être pris en compte dans les rémunérations et revalorisations des professionnels ainsi que dans les financements (pilier N°2).**

2.4 Des investissements nécessaires en matière de numérique : à son lancement, le Premier ministre a souligné parmi les 5 enjeux du Ségur de la Santé celui de la modernisation du 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). 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 respect des règles du secret professionnel ou 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-Uniopss autour du Plan ESMS numérique** (Septembre 2019) a montré l'ampleur des besoins (près de 50% des établissements 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 qui ont mis en place des accompagnements à distance, dont certains pourraient être complémentaires au présentiel et pérennisés en tant que tels.

Les ESSMS n'ont pas disposé des investissements réalisés sur ce volet pour l'hôpital, et si l'annonce d'un Plan ESMS numérique est à saluer, nous regrettons son périmètre ciblé sur le seul secteur PA/PH, et son ambition qui n'est pas à la hauteur des enjeux. Nous **demandons un véritable plan ambitieux dans l'après crise pour outiller l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux**. Le secteur doit être intégré dans l'ensemble des actions de la feuille de route et les travaux doivent se poursuivre (ex : extension de la messagerie sécurisée de santé aux professionnels médico-sociaux...).

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. **Il apparaît indispensable de poursuivre les ateliers citoyens inscrits dans la feuille de route du numérique en santé, et de co-construire l'Espace**

numérique de santé avec les publics les plus vulnérables (en situation de handicap, personnes âgées, en situation de précarité, ou en situation d'illectronisme quelle qu'en soit la raison). Il est apparu indispensable de doter les établissements accueillant des personnes vulnérables d'outils numériques permettant de maintenir le lien avec la famille pendant la pandémie, et il importe de les inscrire dans ce plan.

2.5 Les prix des médicaments mettent à mal le financement et la pérennité de notre système de santé²

Les médicaments onéreux sont un défi majeur pour la pérennité de notre système de santé. Certains conduisent déjà la France à rationner et sélectionner les patients pour accéder à des traitements. De nombreux médicaments arrivent sur les marchés à des niveaux de prix élevés, et croissants, voire insoutenables, notamment les nouveaux médicaments contre les cancers ou les maladies rares. Ces prix sont permis **par la constitution de monopoles formés par la délivrance de brevets pharmaceutiques**, lesquels permettent aux firmes d'exiger et négocier des prix insoutenables, et d'assurer un contrôle durable sur des produits essentiels et vitaux. Un autre problème soulevé, est **l'absence de transparence des coûts de recherche et développement**. L'absence de contreparties demandées aux entreprises bénéficiaires des aides publiques, ou d'exigences en termes de transparence dans le processus de recherche et développement et dans la négociation de prix, favorise l'appropriation et la privatisation des découvertes financées par des fonds publics.

Aussi nous demandons :

- La mise en place d'une gouvernance participative et citoyenne de la politique du médicament et des produits de santé en incluant : des décideurs politiques ; des professionnels de santé ; des patients et des usagers du système de santé ; des représentant-e-s de la société civile engagée dans l'accès aux soins ; des industriels du médicament.
- L'émancipation des logiques de marché en assurant un haut niveau d'exigence en matière de transparence : sur les liens d'intérêt, sur les coûts de recherche et développement, sur la négociation des prix du médicament
- Le refus de tout monopole sur les médicaments et produits en assurant, lorsque nécessaire, l'utilisation de la licence d'office au bénéfice de la santé publique,
- La promotion d'un système de recherche et développement juste et équitable conditionnant les bénéficiaires des financements publics à assumer des obligations strictes d'accès équitable et abordable aux outils diagnostics, vaccins et traitements, ainsi que de partage des données et des savoirs faire.

La crise du Covid-19 a également montré l'importance d'une production relocalisée sur des aspects stratégiques tels que la production et la constitution d'un stock d'équipements de protection et l'accès aux médicaments nécessaires à la réanimation.

² Cf. contributions et plaidoyers de Médecins du Monde et de collectif inter-associatif sur la politique du médicament

2.6 Amplifier le développement de l'offre d'hébergement ACT, LAM et LHSS sur l'ensemble du territoire national :

La pression de la demande sur ces établissements est conséquente et en augmentation permanente. La réduction de la carence de l'offre constitue notre première priorité, afin que chaque personne malade sans logement puisse bénéficier d'un accompagnement et des soins nécessaires.

Ces établissements ont une utilité médicale, sociale et économique et s'inscrivent dans une perspective de retour aux droits et aux ressources pour les personnes malades, tout en favorisant leur retour dans des dispositifs de droit commun.

2.7 Proposer un accompagnement au plus près des personnes

Ce sont des services médico-sociaux d'intervention à domicile, à la rue, en établissement social, squat, caravane...qui déploient leurs équipes pluridisciplinaires rapidement et directement dans le lieu où se trouve la personne.

Cette démarche « d'aller vers » permet de répondre aux besoins de la personne malade dans l'attente d'une place en ACT ou LAM, ou tout simplement de la maintenir dans son lieu de vie. Cadrés en 2017 par expérimentation nationale de 50 places pour 5 régions et des expériences régionales hors cadre expérimental, ces services permettent d'accompagner la personne dans sa santé et son autonomie en amont d'une éventuelle prise en charge en ACT généraliste.

Enfin, pour garantir une lisibilité de l'offre sur les territoires, le développement des nouvelles équipes mobile santé/précarité doit s'appuyer sur les équipes existantes des ACT LAM et LHSS, qui connaissent déjà le public.

2.8 Prévenir les expulsions locatives pour réduire le nombre de personnes malades à la rue

Chaque année plus de 15000 ménages sont expulsés pour cause d'impayé principalement ou de trouble de jouissance, par intervention d'un huissier ou par le concours de la force publique. La question de santé n'est pas recherchée parmi les facteurs d'exclusion locative et parmi ces personnes, certaines d'entre elles sont atteintes de pathologie, parfois très lourde. Il est assez fréquent que l'expulsion locative concerne des personnes atteintes de cancer, de maladies cardio-vasculaires, d'hépatites.... Ces mêmes personnes, une fois à la rue ou en hébergement social vont réaliser une demande d'admission en ACT.

Afin de réduire le nombre de demandes et d'agir sur les causes de l'expulsion locative, il est nécessaire de repérer le plus rapidement possible les problématiques de santé, de réviser la chaîne des acteurs de la prévention des expulsions locatives en y intégrant les compétences des ACT.

Les ACT « Hors mur » présentés dans le paragraphe précédent, s'inscrivent dans une logique de coopération avec les autres acteurs de la chaîne de la prévention des expulsions.

2.9 Généraliser le développement des « ACT pédiatrique » pour accompagner chaque enfant malade et sa famille dans son parcours de santé et de logement

L'accompagnement des enfants malades dont la famille ou l'entourage souffre d'une fragilité psycho-sociale et des difficultés de logement est une priorité de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Actuellement, seul quelques établissements répondent à ces besoins. Or, l'absence de logement décent constitue l'une des causes de maintien à l'hôpital pour les enfants.

Il s'agit de prendre en compte cette problématique et de développer des places nouvelles dédiées à l'accompagnement des enfants et de leurs proches sur l'ensemble du territoire national et en étendant le dispositif à d'autres pathologies que celles des cancers pédiatriques. Cette mesure s'inscrit comme une mesure complémentaire à l'offre de développement de places nouvelles dites généralistes.

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N° 2 :

- 1) Assurer une sécurisation financière de tous les acteurs de santé mobilisés pendant la crise mais fragilisés économiquement, notamment via la prise en charge des surcoûts, la compensation des baisses de recettes, et une sécurisation des financements via les subventions.
- 2) Conditionner ou orienter des financements vers des objectifs de santé publique et vers l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables qui en sont éloignées – notamment en renforçant les financements des dispositifs tels que la médiation en santé ou l'interprétariat, la prévention et les démarches communautaires en santé.
- 3) Préserver le modèle des ESPIC, qui permet souplesse de gestion, de gouvernance et est porteur d'innovations, comme plus généralement le modèle privé non lucratif dans les secteurs sociaux et médico-sociaux.
- 4) Renforcer l'investissement dans le numérique pour les secteurs sociaux et médico-sociaux, à hauteur de celui de l'hôpital, via un plan ESMS numérique élargi et non limité au seul secteur Personnes âgées/personnes en situation de handicap ; et lutter contre la fracture numérique par la poursuite des ateliers citoyens pour co-construire le futur espace numérique de santé.
- 5) Deux principes doivent guider les réformes du financement : une sortie de la rémunération à l'acte vers une rémunération au parcours, et la diminution des restes à charges – encore importants y compris pour les personnes en ALD.
- 6) Relocaliser la production sur des aspects stratégiques (masques, médicaments...).
- 7) Revoir la logique de fixation des prix des médicaments, via une gouvernance transparente associant la société civile

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

3.1 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. L'un des exemples les plus emblématiques est celui des masques, sur le seul aspect logistique : en fonction de chaque catégorie, les acteurs sociaux, médico-sociaux et de santé pouvaient s'approvisionner auprès des GHT, des pharmacies, des ARS, des Conseils départementaux, des services déconcentrés de l'Etat. Ce cloisonnement n'a pas permis d'avoir un circuit de distribution lisible et a provoqué un manque de réactivité pour répondre aux besoins.

Les liens ville-hôpital-médico-social et social doivent être renforcés, et 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, social et médico-social, entre domicile et établissements.

Au plan territorial, il importe que les autorités publiques s'interrogent sur leur capacité de coordination quand il est nécessaire d'organiser la logistique en même temps que la sécurité sanitaire. (Préfet plutôt qu'ARS).

3.2 Faciliter les coopérations et les interventions croisées

Des coopérations entre les secteurs préexistaient, se développaient (via le dispositif art 51) avant la crise. Certaines ont été mises à mal par la crise, d'autres se sont créées à la faveur de cette crise.

Voici quelques illustrations : Intervention renforcée de SSIAD, centres de soins infirmiers et centres de santé dans les établissements sociaux et médico-sociaux ; ouverture de cellule de crise hospitalière au secteur médico-social reprise par une unité territoriale d'une ARS avec le CD et la mise en place d'une coordination territoriale ; intervention des CSAPA et CAARUD dans les établissements d'hébergement des personnes et auprès des services de protections de l'enfance et de la PJJ ; mutualisation de ressources d'un CPIAS en appui aux acteurs sociaux sur la gestion du risque infectieux.

3.3 Simplification du pilotage et de la gestion administrative

L'Uniopss demande une simplification des procédures budgétaires (CPOM simplifiés avec des indicateurs limités à l'essentiel).

Elle demande également, en cas de crise, la mise en place de coordinations inter-institutions sur les territoires : sous l'égide du Préfet-, incluant Ars – CD qui pourrait définir ensemble le chef de file de coordination des PP le plus adapté selon chaque territoire.

3.4 Simplifier l'accès aux droits et aux soins

Certaines mesures de prolongation 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...). D'autant que **les renoncements et reports de soins** ont été nombreux pendant la crise sanitaire, la demande va être importante dans l'après crise. Face à l'afflux des besoins de soins, il convient de limiter les barrières administratives, dommageables pour les usagers mais aussi pour les hôpitaux et la médecine de ville, qui doivent y consacrer des moyens au détriment de leur cœur de métier : soigner.

Pendant la crise, une partie des mesures prises à l'automne en matière d'accès aux droits et aux soins des étrangers a été suspendue. L'Uniopss demande au gouvernement de revenir sur ces mesures qui constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins des personnes, sont néfastes pour la santé publique et représentent une complexité administrative pour tous les acteurs de santé, notamment les hôpitaux.

L'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. Nous demandons de mettre fin au système dichotomique complexe et coûteux entre d'un côté la Puma et la CSS et de l'autre l'AME. Nous demandons à systématiser l'ouverture des droits pour les mineurs non accompagnés (PUMa et CSS) pendant la période d'évaluation car la loi le permet.

L'Uniopss souhaite la reprise de l'ensemble des travaux et le renforcement de dispositifs visant à faciliter l'accès aux droits et aux soins en appui sur :

- Les travaux de Philippe 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

3.5 Renforcer la prévention et préparer l'ensemble des acteurs de santé aux crises sanitaires futures

L'Uniopss regrette que les 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**, sur la base d'une adaptation de ce qui est mis en place dans le secteur du soin, aient été interrompus (à notre connaissance). L'objectif était d'adapter les dispositifs de type Plan blanc, ORSAN et Plan de situation exceptionnelle (PSE) aux ESMS, en premier lieu les EHPAD.

Les Plans Bleus prévus pour une partie des ESMS et mis en place après la canicule de 2003, n'étaient pas suffisants pour faire face à la crise sanitaire liée au Covid-19.

L'Uniopss avait à ce moment-là interrogé le périmètre et l'articulation avec l'article 68 de la loi Santé de 2019 qui prévoit : « Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle. » Elle demande la reprise de ces travaux et à ce que l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux et acteurs de santé soient associés.

Préparer les ESMS aux crises sanitaires futures, c'est aussi tirer les leçons de la crise Covid-19 et repenser l'équilibre entre protection sanitaire et préservation des droits fondamentaux : la co-construction de ces plans de situation sanitaire exceptionnelle avec les usagers, leurs familles et les aidants est indispensable. Cela suppose aussi une coordination des politiques publiques au niveau territorial.

3.6 Soutenir le développement du e-parcours et encourager le déploiement d'un système d'information commun pour les établissements « Personnes en situation spécifiques » ³³

Il est nécessaire d'optimiser les moyens de communication à distance pour que le lien avec les résidents, les membres des équipes, les partenaires fasse preuve d'une réelle efficacité.

Le sentiment d'isolement, les projets d'établissements suspendus, la réduction des soins non essentiels, ... autant d'éléments nouveaux sont venus perturber l'organisation médico-sociale, pendant la période de confinement. Pour pallier à ces difficultés, l'outil numérique est sans conteste un moyen à favoriser, car cette période a mis en lumière le sous dimensionnement des outils de communication à distance, ou ses difficultés d'appréhension, notamment pour l'accompagnement social à distance. Il convient de « reparamétrer » les établissements à ses nouvelles formes de soins, tout en gardant la spécificité de l'accompagnement pluridisciplinaire.

Pour le secteur médico-social, l'un des principaux axes de sa feuille de route « ma santé 2022 » prévoit un plan de soutien « ESSMS numérique » mais celui-ci ne vise que les établissements du secteur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, en oubliant l'ensemble des établissements médico-sociaux pour les personnes en difficultés spécifiques.

3.7 Accompagner les associations pour équiper les résidents

Pour parvenir à réussir ce pas en avant important vers la e-santé, il est important d'équiper tous les dispositifs, les appartements et les chambres d'outils numériques, y compris reconditionnés, qui sont devenus incontournables. Ces outils permettront aux personnes d'accéder aux sites en ligne pour les demandes de droits, recherche d'emploi, rédaction de

³³ Le secteur Personnes en difficultés spécifiques rassemble les établissements listés au 9° du L312-2 du Code de l'action sociale et des familles. Ce sont les établissements en charges des personnes malades sans logement et des établissements en charge de l'accompagnement et de la prévention des addictions.

texte... et permettront un accès à leur dossier d'accompagnement tel que présenté ci-dessus.

Pour organiser l'appropriation de l'outil informatique, des formations seront nécessaires.

3.8. Articuler les parcours résidentiels avec les parcours de santé

L'article 70 de la loi Égalité et citoyenneté répond au besoin d'articulation des parcours résidentiels entre les établissements ACT et les bailleurs sociaux. Or, cet article reste trop peu appliqué et la difficulté rencontrée pour l'attribution d'un logement social est réelle, notamment pour les territoires fortement carencés ou pour les « grandes villes » dont la rotation du parc social peut atteindre plusieurs années.

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°3 :

- 1) 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.
- 2) Revoir la coordination entre autorité publique en charge de la coordination des administrations (autorité préfectorale) et ARS en charge de la sécurité sanitaire et de l'organisation des soins et prises en charge.
- 3) Simplifier l'accès aux droits et aux soins, notamment via la généralisation du tiers payant, l'intégration de l'AME dans la PUMa.
- 4) 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

4.1 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 Covid-19⁴, alors que leurs mobilisations auraient permis des réflexions décloisonnées entre les secteurs et d'associer les usagers et leurs représentants, et favoriser la préservation des droits fondamentaux.

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 particulièrement touché les personnes les plus vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, personnes souffrant de troubles mentaux).

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

- Renforçant les moyens de la démocratie en santé (y compris en lui donnant accès à l'information et à la formation nécessaires à la production d'avis argumentés et étayés) et en lui accordant toute sa place dans l'organisation du système de santé
- Impliquant les usagers et l'ensemble personnes concernées dans la définition des politiques publiques de santé, et dans les décisions sur leurs parcours de vie et de santé.

4.2 L'empilement des "territoires de santé" et des dispositifs de coordination nuit à la lisibilité

L'offre et les politiques de santé se définissent et s'organisent en fonction d'une multitude de territoires, peu lisibles pour les acteurs et incompréhensibles pour les usagers ce qui contribue à mettre à mal l'exercice de la démocratie en santé :

- 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

⁴Tribune Le Monde du 4 mai « Les associations d'usagers oubliés de la gestion de crise » : https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/05/04/coronavirus-les-associations-d-usagers-de-la-sante-oubliees-de-la-gestion-de-crise_6038631_1650684.html, avis de la CNS du 15 avril 2020 : la démocratie sanitaire à l'épreuve de la crise : <https://sante.fr/la-democratie-en-sante-lepreuve-de-la-crise-sanitaire-du-covid-19>.

L'Uniopss propose de repenser l'organisation territoriale en s'appuyant sur les territoires de la démocratie en santé, et de renforcer l'information et la communication à destination du public et des professionnels sur cette organisation dans le but de :

- Renforcer les coopérations territoriales
- Lutter contre les inégalités territoriales
- Contribuer à élaborer le bon niveau de coordination à l'échelle territoriale. Avant de demander aux acteurs de se coordonner entre eux il faudrait avoir plus d'exigence sur la coordination des PP. double approche transversale et locale en dépassant le champ de chacun

4.3 Renforcer les coopérations territoriales pour faciliter les parcours de santé

- Soutenir l'inclusion de l'ensemble des acteurs de santé dans les projets de santé des CPTS.
- Renforcer les coopérations entre les établissements publics de santé et les ESPIC.
- Inclure les questions de santé mentale dans les coopérations territoriales. Pendant le Covid-19, la coopération territoriale au sein des PTSM a largement facilité la fluidité des parcours en matière de santé mentale, entre le secteur sanitaire, médico-social et social. L'Uniopss recommande que le dispositif du coordonnateur santé mentale soit désormais la règle dans le PTSM de chaque département

4.4 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 donc 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
- Le besoin d'une éducation aux gestes d'hygiène à tous les âges de la vie, dans une perspective de promotion de la santé, c'est-à-dire prenant en compte l'ensemble des déterminants de comportements « à risque » sur le plan de l'hygiène personnelle et collective.
- Le besoin de s'appuyer peut s'appuyer sur une offre de premier recours et des programmes de prévention opérationnels et ancrés dans les territoires

- La nécessité de renforcer le niveau de littératie en santé de l'ensemble de la population notamment au travers de démarches communautaires, de médiation par les pairs, d'actions sur les environnements.
- Il s'agit également de soutenir la mise en place d'une politique globale de prévention, appuyée sur :
 - Une acculturation du public, des professionnels de tous secteurs et des institutions, aux pratiques de prévention validées,
 - Une intégration de la prévention aux projets de structure et aux actions des établissements des secteurs du soin, du médico-social et du social,
 - Une implication explicite des collectivités territoriales à des échelles diverses, et des services publics de prévention (santé scolaire, médecine du travail, PMI) dans les programmes et actions.
 - Une attention particulière doit être portée sur la grande vulnérabilité des jeunes, notamment les jeunes de l'ASE et de la PJJ, au regard de l'accès aux soins et de certaines problématiques (santé mentale, addictions...
- Au local, il convient de rappeler :
 - Le rôle notamment d'analyse des besoins sociaux de la population, des CCAS et CIAS, des communes et donc des élus dans ces politiques de prévention, de lutte contre les inégalités sociales de santé, et de l'éducation et leur composition paritaire (Élus, et représentants associatifs).
 - La place et le rôle des Centres de Santé.
- Replacer les médecines scolaires et de la santé au travail dans le système de santé. (Leur rôle de prévention et d'éducation).

Pour lutter contre les inégalités territoriales et sociales de santé (flagrantes pendant la crise, en témoigne le taux de mortalité élevé en Seine Saint- Denis), il est proposé :

- De conserver le N° vert d'appel afin de pouvoir orienter les usagers sans médecins traitants.
- De conserver les « brigades sanitaires » pour pérenniser un dispositif d'aller vers et d'accompagner les personnes plus éloignées du soin dans des parcours de santé (un dispositif qui irait plus loin que les dispositifs PFIDASS actuelles de l'Assurance Maladie). Ce dispositif pourrait permettre d'accroître les campagnes et démarches de santé publique sur certains territoires, comme cela a été le cas via des dépistages massifs du Covid-19 et mobiles pendant la crise.
- Revoir redéfinir les modalités de coordination, de supervision, d'interconnexion, de formation ou d'accompagnement des acteurs
- **4.5 Certaines approches gagneraient à être élargies et généralisées et soutenues sur les territoires pour davantage d'efficacité du système de santé**

Il convient de valoriser et renforcer :

- Les démarches communautaires en santé, afin de renforcer et pérenniser les solidarités « spontanées » qui se sont mises en place dans les territoires à l'occasion de la crise sanitaire
- L'accompagnement et le soutien par les pairs et la médiation en santé qui occupent une place centrale dans les documents de cadrage des politiques publiques (santé, santé mentale, handicap, autisme, précarité-pauvreté) mais sont encore insuffisamment portés, valorisés et soutenus
- La réduction des risques dont la crise du Covid-19 a démontré toute la pertinence, dans tous les domaines de la santé publique et pour tous les déterminants comportementaux de la santé (addiction, vie affective et sexuelle, alimentation et activité physique, santé mentale etc.).
- toutes les démarches partenariales « d'aller vers » dans toutes leurs composantes (« hors les murs » et ouverture vers les publics les plus exclus) qui permettent d'élaborer des réponses adaptées à la spécificité des situations et des besoins, dans le cadre du droit commun.
- Les équipes mobiles,
- Les PASS et PASS psychiatrie

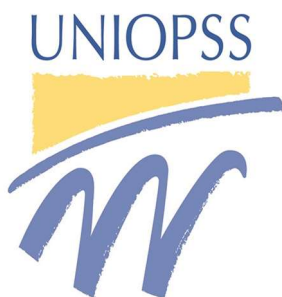
PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°4 :

- 1) Renforcer la démocratie en santé et prévoir les modalités d'association des instances de démocratie en santé à la gestion de crise.
- 2) Mener conjointement avec les usagers, leurs représentants, les instances de démocratie en santé, et le CCNE/les Espaces régionaux éthiques, une réflexion sur l'équilibre entre sécurité sanitaire et préservation des droits et libertés fondamentaux, en tirant les leçons de la crise du Covid-19.
- 3) Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé par un renforcement de la prévention-promotion de la santé, la pérennisation du N° vert de l'Assurance Maladie pour faciliter l'accès aux soins de ceux qui ne trouvent pas de médecin traitant, et transformer les « brigades sanitaires » en brigades mobiles de prévention pour mener des campagnes de santé publique avec le tissu associatif local, les collectivités territoriales et les services publics de prévention
- 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.
- 5) 5. Développer les équipes mixtes, sanitaires et médico-sociales, pour les jeunes en situation de particulière vulnérabilité sociale, psychique...ainsi que des équipes mobiles psychiatrie

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 21 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social



Les valeurs qui nous rassemblent

- ➔ Primauté de la personne
 - ➔ Non lucrativité
 - ➔ Solidarité
 - ➔ Égalité dans l'accès aux droits
 - ➔ Participation de tous à la vie de la société
-

Contacts :

Jérôme VOITURIER, Directeur général de l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 30 ✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr

Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Présidente de la commission santé Uniopss

☎ : 0153363530

Laurie FRADIN, Conseillère technique santé / ESSMS à l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 21 ✉ : lfradin@uniopss.asso.fr

Uniopss : 15, rue Albert – CS 21306 – 75214 Paris Cedex 13

Tél : 01 53 36 35 00 – www.uniopss.asso.fr