

Compte-rendu de la Séance plénière de la CRSA BFC Vendredi 23 février 2023 – ARS BFC à Dijon salle C0000

Présentation :

- Publication de la présentation générale sur le site MSBFC : <https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/accueil>

Pièces jointes :

- Présentation séance plénière
- Evaluation de la feuille de route par Emmanuel RONOT

Membres présents : Voir feuille d'émargement

Présents ARS BFC :

Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, Directeur Général de l'ARS BFC ;

Monsieur Cédric DUBOUDIN, Directeur de l'Innovation et de la Stratégie (DIS) ;

Monsieur Didier JACOTOT, Directeur du cabinet, du pilotage et des territoires ;

Madame Anne-Laure MOSER-LOULAA, Directrice de l'Organisation des Soins (DOS) et Directrice de l'Autonomie (DA) par intérim ;

Madame Cécile LUMIERE, Cheffe du département Projet Régional en Santé (PRS), parcours et démocratie en santé ;

Madame Barbara LEVEQUE, Gestionnaire démocratie sanitaire ;

1. Introduction et présentation du Directeur Général de l'ARS

« Je vous remercie pour votre présence nombreuse aujourd'hui, j'essaierai avec mes équipes d'être présents, chaque fois qu'il sera nécessaire lors de temps important, parce que j'attache beaucoup d'attention à la démocratie sanitaire.

Nous avons la chance finalement, dans notre écosystème de santé d'avoir des acteurs très impliqués dans le monde de la santé. Je suis très attentif à vos contributions, à vos avis, qui peuvent s'instaurer dans ce cadre.

Je pense pouvoir dire, que l'on va vous aider aussi à travers le financement d'un poste de chargé de mission/de projet ; qui va vous permettre finalement de vous exprimer très clairement et incarner ce que représente l'avis des citoyens et des personnes que vous représentez.

Je ne vais pas faire une longue présentation, pour dire qui je suis, retenez simplement que ça fait maintenant presque 20 ans, que j'occupe des postes de direction en DASS, en DRASS, en direction

régionale jeunesse et sport et cohésion sociale, 5 ans directeur de l'ARS en Corse et 5 ans directeur de l'ARS en Pays-De-Laure et me voilà dans cette belle région, Bourgogne-Franche-Comté.

Le constat que je fais, mais qui n'est pas spécifique à ce territoire : il serait mentir que de dire que notre système de santé n'est pas en souffrance. Il est en souffrance et les facteurs sont multiples.

La crise sanitaire, que vous avez subit mais maîtriser. Il faut d'ailleurs vraiment vous rendre hommage, pour avoir tenu au maximum les digues face à une vague qui emportait tout.

Mais il y a d'autres facteurs, qui peuvent expliquer cette situation, pour autant et ce n'est pas de l'inconscience mais de l'optimisme ; je considère qu'il n'y a jamais de fatalité ni de recette miracle.

Mon expérience m'a montré, que c'est souvent dans les territoires où les difficultés sont les plus grandes, que les initiatives, les innovations, la capacité à résoudre et trouver des solutions sont présentes. Cette région est terre d'engagements et de projets.

Deuxième élément, je crois fondamentalement, même si parfois l'actualité fait que nous n'avons pas toujours le temps ; que c'est lorsque nous mettons autour de la table les citoyens, les élus, les soignants, les institutions (initiatives accompagnées avec les CNR) ; que l'on commence à avoir les prémices de co-construction et de solutions.

Quand bien même, j'ai conscience que l'on ne résout pas tout d'un coup, ces petites victoires, ces petits pas permettent d'avancer pour finalement incarner ; améliorer et protéger la santé de nos concitoyens. Quand vous m'entendrez parler santé, c'est bien l'ensemble que je considère, dont le médico-social.

D'autres aspects, que l'on peut considérer comme des ingrédients et pas comme la recette miracle, c'est la frontière d'évolution radicale que nous subissons, que vous subissez dans beaucoup de territoires. Où l'on s'aperçoit, qu'il y a de moins en moins de professionnels de santé, des difficultés notamment pour les plus précaires, à accéder aux soins et parfois malheureusement à subir une forme de renoncement.

Ces évolutions sont majeures parce que très certainement, elles nous invitent à avoir une réponse en termes d'accès aux soins, un peu différentes de celles qu'on connaissait, à savoir une réponse plus territoriale, une réponse pluridisciplinaire, une réponse qui associe le soin et les relations humaines, une attention aux personnes et notamment les plus précaires.

Vous m'entendrez toujours dire qu'il faut que nous continuons collectivement à rester dans une forme d'universalisme proportionné ; c'est un grand mot qui signifie qu'on s'occupe de la santé, de tous nos concitoyens mais toujours et systématiquement avec une attention toute particulière aux personnes les plus précaires, les plus fragiles, les plus dépendantes. Et donc se dire, qu'il y a d'autres formes d'accès aux soins, d'accès à la santé, qui permettent plus de prévention, plus de pluridisciplinaire, plus d'approches transversales, plus de réponses territoriales.

Il y a très certainement, à imaginer également et je sais que ça peut être aujourd'hui, un irritant, très fort pour les médecins ; c'est de dire qu'il ne faut pas fermer la porte non plus à des enjeux de délégations, de missions. En veillant à ce que le médecin reste au cœur du dispositif. Il ne s'agit pas de dénaturer l'exercice médical.

Il y a également à permettre de retrouver du temps de « soignants ». Je suis frappé, de voir le temps que consacre certains professionnels de santé à des tâches qui sont nécessaires mais qui sont des tâches administratives avec des systèmes d'information qui sont pas toujours au rendez-vous, des temps importants à chercher des lits. Comment on peut-on faciliter la vie des soignants ?

Les autres éléments, c'est la nécessité d'avoir une forme de mobilisation générale. Que vous avez déjà portées grandement, les uns et les autres en faveur des ressources. Parce qu'il ne s'agit pas d'avoir un beau projet régional de santé, si demain, les femmes et les hommes qui doivent le porter sont de moins en moins au rendez-vous.

Et donc, il y a pour ma part, un enjeu majeur visant attirer et fidéliser au sens large les professionnels de santé dans notre région.

Vous savez, nous avons un appareil de formation de haut niveau, mais il y a une partie de nos professionnels après avoir été formés partent travailler ailleurs.

Il y a les questions de l'attractivité, de la fidélisation, de la formation à l'emploi, des conditions de travail, de la qualité de vie au travail, d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, d'équité. Aujourd'hui, dans le fond nos métiers sont des métiers de permanence.

Donc quelles réponses apporte-t-on ? Lorsqu'il y a la question du travail le weekend, les nuits, les jours fériés et que ce devoir se doit d'être aussi réparti entre tous et de façon équitable.

Dans la transversalité, j'ai évidemment évoqué cette dimension territoriale c'est-à-dire à chaque fois que nécessaire favoriser les liens entre ville et hôpital, les liens entre public et privé, les liens entre sanitaire et médico-social, les liens entre tous les acteurs. Qui permettent à un moment donné de se dire, nous avons tous des difficultés au niveau de nos établissements ou notre exercice professionnel mais on a encore un peu de temps et d'énergie pour « le travail ensemble ».

Je n'occulte pas, évidemment, les moyens, très souvent ils sont au rendez-vous, mais parfois ils manquent et donc c'est aussi la question : comment et sous quelle forme peut-on, en fonction des moyens qui nous sont donnés, être à l'écoute et accompagner les projets et les initiatives ?

J'en terminerai là, je pense que si nous ne veillons pas à être dans une dynamique de projet (projet d'établissement, projet de soins, projet médico-social, projet de recherche, etc ...) alors on risque d'atténuer la dimension d'attractivité. Il y a ce plan de mobilisation pour les ressources en santé, que nous allons porter avec les autorités préfectorales, le conseil régional et toutes les autres institutions, pour attirer et fidéliser les professionnels.

Pour terminer, je vous propose le Projet Régional de Santé, mais nous aurons l'occasion d'en reparler. Nous en parlons à chaque fois avec Emmanuel. Je veux que nous soyons dans une dynamique de co-construction, que vous puissiez à chaque fois éclairer nos décisions, c'est tout simplement la feuille de route que nous allons prendre pour ces futures années. Il y a le CNR, par qu'il y a eu des initiatives remarquables, 21 rencontres avec plus de 100 propositions.

Il faut que l'on continue à montrer, que malgré les difficultés, la question de la santé reste au cœur de nos préoccupations.

Echanges et Observations

Loïc GRALL (représentant de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires): Nous voudrions vous dresser un constat sur un système de santé qui s'effrite. Cet effritement ne va pas s'arrêter dans les mois ou les années à venir (pertes de chance pour les publics les plus défavorisés).

Nos professionnels vivent un quotidien insupportable ; vous le savez le secteur à but non lucratif a été présent dans tous les secteurs, la vision que nous portons correspond donc à la réalité de la situation.

Face à nos professionnels, nous sommes dans une impasse managériale, ce qui est grave. C'est-à-dire que le discours que nous tenons depuis des années à tous nos professionnels, « c'est dur aujourd'hui mais ça ira mieux demain », est faux. Cette spirale négative n'est pas dû à un déficit d'analyse, ni même un défaut de formalisation d'une politique de santé, car nous l'avons cette formalisation de la politique de santé, c'est « Ma santé 2022 ». Il est également dans le projet régional de santé, que nous sommes en train d'évaluer. Cette politique qui a été formalisée, n'a jamais été mise en œuvre ; faute de volonté politique au plus haut niveau. L'Etat s'est contenté d'une politique gestionnaire depuis les réformes JUPPÉ.

Nous avons, nous professionnels, dénoncé cette politique gestionnaire ; nous sommes arrivés au bord de la catastrophe avec la crise COVID. On s'en est sorti, par un investissement exceptionnel, de tous les professionnels de santé, à tous les niveaux, vos propos correspondent à la réalité.

Puis nous avons entendu des promesses, que demain ne serait pas comme hier, avec des mesures de financement très importante ; avec les 183€/salarié, un certain nombre de choses, qui traduisent les moyens immenses. Mais le quotidien n'a pas changé.

Le message que souhaitons faire passer aujourd'hui, est que nous avons reculé depuis ces 5 dernières années. Le constat qui est fait par vos collaborateurs sur le projet actuel, ne correspond pas tout à fait à la réalité. Nous ne nions pas les actions menées, mais globalement, sur l'enjeu majeur de santé publique, sur la prise en charge des personnes âgées poly-pathologique, nous avons reculés.

Nous souhaitons que ce constat soit posé de façon préalable au futur schéma ; pas pour annihiler l'action, mais pour faire un constat pour nos professionnels.

Par exemple, comment voulez-vous faire fonctionner un EHPAD de façon harmonieuse, quand vous demandez d'être soutenu par la médecine libérale, quand elle est prise par autre chose, donc on ne la trouve pas.

La santé mentale, est en crise ; ou encore quand nous avons des difficultés à recruter des infirmières, des aides-soignantes, des kinésithérapeutes. C'est donc un constat d'échec, la gériatrie, à tous les stades de prise en charge de la médecine est en crise majeure.

Le virage domiciliaire, est un slogan ; il correspond à une volonté de nos concitoyens déjà à l'œuvre en perte d'autonomie à domicile mais notre société ne s'est pas en encore organisée. Nous avons cet effort à faire, devant nous.

Données quantitatives, informées par le Vice-président du conseil départemental du Doubs, entre 2018 et 2022 - 340 000 heures d'aide à domicile sur le département du Doubs ; alors que les besoins explosent. Car le « couple », conditions de travail et rémunération, est extrêmement défavorable.

Le premier chantier, sur l'attractivité des métiers, c'est la question de la rémunération des aides à domicile.

La feuille de route dans le PRS, sur l'attractivité, va dans le bon sens mais en deçà de ce qu'il conviendra de faire.

Il y a beaucoup d'actions, mais il manque une vraie stratégie rédigée, avec un plan d'action, avec des calendriers et des responsables, il faut un chef de file.

Le message que je voulais vous faire passer, c'est celui d'un constat qui est encore trop positif que l'on fait sur le l'actuel PRS et attirer très fortement votre attention, il y a une tradition, de concertation, cette région entre les acteurs et l'ARS, mais pas que, il y a un travail de co-construction.

Ce qui était le cas avec les parcours, ils étaient fondés sur la politique souhaitée par les acteurs régionaux. Aujourd'hui, nous sommes en recul sur ce sujet-là.

Alain MILOT (Directeur Général PEP Centre Bourgogne Franche-Comté): On constate sur le terrain, un sûr-investissement de nos professionnels (depuis la crise COVID), qui sont évidemment positionnés en priorité sur la réponse aux urgences et la réponse aux problématiques des personnes.

Ce qui est d'actualité dans nos établissements est la mise en place de l'évaluation de la Haute Autorité de Santé. Ça veut dire que nos personnels, mettent en priorité la relation à l'accompagnement et au suivi des patients soit un sûr investissement pour réaliser les tâches annexes. On constate donc un niveau d'absentéisme et des risques psycho-sociaux avérés.

Vous parlez, à juste titre, des conditions de travail qui sont à revoir dans les mois et les années à venir.

On voit aussi, dans ces problématiques, en lien avec les notions d'attractivité, les difficultés de recrutement, sur une catégorie de professionnels, que sont notamment les cadres, avec une certaine pression, « ils sont entre l'enclume et le marteau ».

Comme disait mon collègue, nous sommes de plus en plus nombreux à refuser des projets ou certains type d'accompagnements, faute de ressources humaines, de temps ou pressés par les urgences, à mener correctement l'accompagnement de nos patients.

Nos deux organisations employeur FEHAP et NEXEM, ont mené une étude (fin 2022), où 70% des établissements recensés ont répondu.

Pour vous donner un ordre d'idée, 6% des postes sont vacants :

- 320 ETP vacants sur les postes sociaux-éducatifs
- 60 postes vacants sur les postes médicaux
- 434 ETP vacants sur les fonctions paramédicales

Effectivement, on se questionne sur l'attractivité des métiers. Comment dynamiser et porter une dynamique en lien avec la formation, qui nous permettraient d'améliorer la qualité de vie au travail ? Comment redonner du sens à nos métiers ?

Thierry LE GOAZIOU (Directeur général de l'ADAPEI 58) : Je souhaiterais attirer l'attention de la conférence sur les conséquences concrètes dans la prise en charge des personnes vulnérables, sur les difficultés cumulées de recrutement, d'inflation et d'iniquité financière.

Au moment où les politiques publiques parlent avec justesse d'inclusion, d'auto-détermination et d'aide aux aidants, ce avec quoi nous sommes totalement d'accord. Le manque de personnels et de moyens, nous oblige à réduire les accompagnements aux besoins strictement élémentaires de l'existence, dormir, manger, se laver, s'habiller. Le minimum ne permet ni satisfaction personnelle, épanouissement, ni projet. Les activités comme la valorisation du lien social, la culture, la découverte, les voyages, la citoyenneté, les interactions sociales et affectives sont pourtant essentiels pour contribuer à l'émergence d'une société plus égalitaire. Ces missions font partie de l'ADN de nos associations et de nos établissements, qui sont des lieux de vie.

Nous ne parvenons plus aujourd'hui, à cette heure, à tenir correctement cette mission de service public et cela nous inquiète.

Nous constatons la dégradation de l'état de santé et du bien-être des personnes accompagnées tout autant que du personnel et donc les signaux d'une société qui se délit.

Ainsi le manque de professionnels qualifiés et le « turn-over » ne cesse d'augmenter ; plus encore les troubles, les angoisses, les insomnies des résidents se multiplient et que dire de la fermeture de certains services et les retours en famille, qui laisse des aidants démunis et sans solution en dépit des nombreux rapports parlementaires produits chaque année sur cette question.

La façon dont les politiques publiques prennent soin des acteurs du médico-social est déterminant et permet de mesurer la qualité et l'efficacité des services déconcentrés de l'État, avec l'ARS en chef de file. Nous avons là, ensemble, l'opportunité, au seuil d'un nouveau schéma régional de santé, de grandir, de construire pour le bien-être des plus vulnérables et la satisfaction durable de les accompagner le mieux possible ; faire correctement notre travail est une revendication tout à fait légitime.

Violaine DESLOGES (Directrice de territoire Ouest – Association Le Pont) : La fédération des acteurs de la solidarité constate que parmi ces associations adhérentes de nombreux établissements et services connaissent des difficultés dans leur fonctionnement.

En premier lieu, la prime liée à la pandémie COVID, dont a pu bénéficier un certain nombre de personnels, ce dont nous nous félicitons, à part ailleurs, générée des disparités de traitement au sein des équipes pluridisciplinaires. En effet, certains personnels occupés à des tâches similaires au sein des mêmes services, sont encore exclus de cette prime. C'est un fait et nous espérons que les négociations à venir répareront cette inégalité car au-delà de l'incompréhension cela crée des tensions au sein des équipes.

Un autre constat que nous partageons avec les gestionnaires, est un phénomène nouveau et inquiétant, c'est la vacance des postes dans certains établissements et services ; ainsi des postes

d'infirmières ne sont pas pourvus, que ce soit dans des services où la présence médicale est requise ou dans des services d'accompagnement hors les murs.

S'ajoute à cela, et accentue la difficulté, la vacance de poste de travailleurs sociaux, mais aussi, et c'est encore plus récent, cette facilité à mettre en concurrence les services et la capacité à ne pas honorer des entretiens et à déclinier des prises de poste.

Ces difficultés réelles ont des répercussions sur la qualité du service ainsi que sur la continuité des prises en charge est mise en défaut. Nous pourrions connaître une déqualification dans les embauches à terme. Enfin, ces difficultés qui sont aussi rencontrées par nos partenaires, en ce qui nous concerne, par l'augmentation significative des personnes en situation d'exclusion et qui entre dans des dispositifs précaires et temporaires.

La mobilisation des associations à offrir une solution au nom de l'inconditionnalité de l'accueil se fait au détriment de la qualité de prise en charge.

Ces personnes connaissent des parcours de vie difficiles et ont souvent un état de santé déplorable. Pour certains, ils viennent dans nos structures sociales faute de place dans des services adaptés.

Ainsi de nombreuses associations soulignent des troubles du comportement voire des problèmes psychiques. Les travailleurs sociaux font de leur mieux mais n'ont pas la formation adéquate.

Il convient, sans doute de se pencher sur ce constat, des personnes en situation d'exclusion cumulant les difficultés devraient être prises en charge ou accompagnées par des services spécialisés ; mais le manque de disponibilité et de place accentue leurs troubles et les mettent dans une situation délicate. Notre vocation d'insertion des publics dans le droit commun est mise en défaut.

L'inclusion des personnes crée des exigences d'accompagnement à la hauteur des difficultés et nous pouvons constater que nos réponses sont en deçà de cette exigence.

Nous sommes en défaut, dans ses objectifs d'insertion et c'est en particulier dû à la faiblesse des partenariats dans les territoires. Il est important qu'une concertation se renforce et que des solutions émergent, si l'on veut atteindre notre objectif d'autonomie des personnes et une stabilité dans un logement.

Xavier COQUIBUS (Union Nationale de l'Aide - UNA BOURGOGNE FRANCHE COMTE): Je souscris, bien évidemment, à ce qu'il est dit par mes collègues des autres fédérations.

En tant que représentant UNA, nos difficultés de recrutement sont à hauteur de plus de 500 postes à pourvoir immédiatement, au sein des services d'aide soins à domicile, adhérents à l'UNA Bourgogne-Franche-Comté.

Plus globalement, l'ensemble des associations et des soins à domicile privé à but non-lucratif de Bourgogne-Franche-Comté ont fait l'état de plus de 1 600 postes à pourvoir immédiatement dans notre région. Cette situation, particulièrement inquiétante va encore s'aggraver dans les années à venir, dans la mesure où 30 % des salariés de notre secteur ont aujourd'hui plus de 55 ans.

Nous savons tous qu'il n'y a pas de solution miracle, mais il nous paraît essentiel d'alerter sur ce phénomène qui met en péril nos structures.

La baisse d'activité, que nous observons tous, est liée aux difficultés de recrutement ; parfois de l'ordre de plus de 25%. J'insiste au-delà de nos services en péril, ce sont autant de personnes et familles fragiles qui peuvent être aidées.

Sur la revalorisation salariale, le financement, des conditions salariales ne sont pas les seules causes de ce phénomène, qui touchent tous les secteurs d'activité. Nous savons que cela contribue à l'image dégradée du domicile. Les difficultés de financement de la loi 43, celle du SEGUR, pour nos adhérents en service public; ajouter au décalage par rapport au SMIC, donne par ailleurs le sentiment d'avoir toujours un train de retard par rapport à l'actualité.

Autrement dit, nous sommes à un moment crucial pour notre secteur et les chantiers sont nombreux, liés toutes aux réformes de financement, le tout dans un contexte budgétaire contraint.

Comme vous l'aurez compris, l'urgence est plus criante que jamais, le domicile n'est qu'une illustration parmi d'autres, des difficultés du secteur médico-social et social.

L'objectif aujourd'hui, de nos fédérations, UNA, URIOPSS, FEHAP, NEXEM, FAS, (à but non lucratif) est de remplir la mission de service public. L'objectif, aujourd'hui, ce n'est pas de bloquer la bonne tenue de la CRSA ni la révision du projet régional de santé, mais d'alerter sur la situation qui est la nôtre. Et de dire que si la révision du projet régional de santé est indispensable, pour nous citoyens, que soit pris en compte les difficultés évoquées.

Jean-Jacques COIPILET : Vous avez commencé à dresser les constats, tout en gardant un état d'esprit de co-construction. La co-construction, ce n'est pas seulement rester au constat mais c'est aussi être collectivement « force de propositions ». Parce qu'on pourrait en rester au constat, mais on peut essayer de s'engager.

C'est aussi important, sans édulcorer la difficulté de notre exercice de pouvoir échanger aussi sur les belles histoires, il y en a quand même beaucoup dans votre secteur. Vous avez, toutes et tous, de magnifiques projets, qui ont permis de continuer à améliorer la situation, que ce soit dans le domaine du handicap, de l'aide à domicile, dans les établissements de santé.

Ce que je vous dis là n'est pas tout à fait neutre, c'est que nous avons collectivement une forme de devoir et vraiment je le dis avec beaucoup de respect, ça ne veut pas dire qu'il faut considérer que tout va bien dans ce monde de la santé. Vous l'avez entendu, j'ai commencé à dire que notre système de santé est en souffrance.

On se doit, aussi, chaque fois qu'on le peut, parce que c'est aussi un élément d'attractivité dynamique ; de dire quand dans un secteur donné : « J'ai pu créer un service, j'ai pu apporter une réponse nouvelle ». Montrer que l'attention que nous devons tous porter aux personnes notamment les plus fragiles.

Je vais donner l'exemple aujourd'hui des aides-soignantes, infirmières, travailleurs sociaux ; il y a 5 ans, il y avait 5 candidatures pour 1 entrée en IFAS et aujourd'hui 1,5 à peine 2 candidats pour 1 entrée. Il y a déjà un sujet en amont, et pourquoi aujourd'hui ces magnifiques métiers n'attirent pas ou n'attirent plus.

Il y a certainement un enjeu de diversification des viviers, un enjeu de donner envie, le plus tôt possible. Il y a aussi certainement la nécessité de dire ce que c'est le métier d'aide-soignante aujourd'hui, qui est un magnifique métier, un métier à l'écoute et à l'accompagnement de la souffrance, de la mort, de la difficulté, ce qui fait la base de la vie.

Une fois que ces aides-soignantes sont à l'école, 20% en moyenne quitte la formation pendant leurs cursus et 20% arrêtent après le diplôme. Nous devons nous poser les bonnes questions sur la formation : Répond-t-elle aux besoins ? Est-ce que ce sont les maquettes nationales à adapter ?

Nous allons vous proposer un plan d'action, qui sera complémentaire aux priorités du PRS. Qui visera à attirer et fidéliser, de la formation à l'emploi.

Ce que je constate aussi la différence entre les établissements (à difficultés équivalentes) qui mènent une politique managériale en matière de conditions de travail sur les valeurs, sur le sens en matière de promotion professionnelle, d'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle, en matière d'innovation et les établissements, qui peut être, pris par l'urgence, à la crise, n'arrivent pas à sortir une dynamique managériale.

Je le dis avec beaucoup de respect, car il ne s'agit pas de critiquer mais c'est aussi un élément qui est aujourd'hui majeur ; ce que vous avez dit aujourd'hui, sur le fait que si on y prend pas garde, ce sont des pertes de chance. Comme cela a été dit, justement par l'UNAPEI, ce sont des personnes que l'on n'arrive pas à accompagner vers l'inclusion, ce sont les personnes, souvent les plus précaires, qui subissent la double peine. Quand on sait que le social, est l'un des plus puissant déterminant de santé.

Aujourd'hui, il faut que l'on apporte des réponses concrètes, opérationnelles, comme mutualiser les éléments aussi administratifs (qui parfois prennent tellement de temps). J'ai demandé aux équipes de commencer à travailler sur une cellule d'ordonnancement à une échelle territoriale.

Concernant le Ségur, il a quand même apporté des réponses pour une très grande majorité de nos salariés. Mais, il y a encore un certain nombre de personnes qui ne sont pas intégrés. Comme vous le savez il y a la perspective de la convention collective commune ; l'annonce du gouvernement avec les 500 000€, qui permettrait progressivement, les négociations sur la revalorisation salariale, entre employeurs et représentants du personnel. Le salaire, cet élément important, mais pas que, puisqu'il y a les conditions de travail et la qualité de vie au travail, sur lequel nous devons travailler tous ensemble.

Dernier point, cela vaut pour la santé mentale, pour le social, le sanitaire, il faut que nous puissions porter ensemble, y compris les élus ainsi que l'ARS, nos responsabilités tous ensemble.

L'exemple de la santé mentale est révélateur, la psychiatrie à elle seule ne peut pas porter toutes les problématiques de santé mentale. C'est un acteur absolument important, les psychiatres ; mais si on n'inscrit pas une réponse aux problèmes psychiatriques dans un parcours de santé et en essayant de régler à chaque fois l'amont, c'est-à-dire le dépistage, la prévention, l'anticipation des crises et l'aval. En d'autres termes, et ça vaut pour les urgences, il ne suffit pas de se dire « on va créer des lits », si à un moment donné en amont et en aval on a rien réglé.

La santé est aussi un formidable vecteur de développement, économique, social, de bien-être et de développement durable. Je n'ai pas d'approche financière et ni comptable, nous devons quand-même

être efficient, car ce sont des fonds publics, cette efficience est au service des projets et non aux économies.

Didier MARTIN (Député de Côte d'Or) : En tant que député de Côte-d'Or, je voudrais juste affirmer que nous sommes tous en situation de dialogue avec l'ARS, avec les différentes organisations qui viennent de s'exprimer ; et que nous avons aussi un rôle de passerelle avec le gouvernement et la haute administration.

La démocratie sanitaire est très important et elle doit nous aider à répondre au défi actuel.

Sur la question des personnes âgées dans le secteur médico-social, monsieur le Directeur Général de l'ARS, j'attire votre attention sur le référentiel qualité qui vient d'être publié par la haute autorité de santé pour les EHPAD. C'est quelque chose de compliqué, de complet et qui doit être mis en œuvre dans temps court. Je pense, qu'il faut comprendre cela et voir comment ces établissements vont être en capacité de répondre. Il y a là des moyens à mobiliser, un appui à apporter, parce que c'est effectivement nécessaire mais c'est compliqué.

Deuxième point, sur les personnes âgées, je pense qu'il manque un outil d'orientation générale des publics, des familles, quand les difficultés surgissent ; que ce soit au domicile, que ce soit quand on veut rentrer en établissement public ou privé non lucratif. Je pense qu'il faut dans un souci de co-construction imaginer avec vous l'ARS mais aussi d'autres (le département) un outil de conseil et d'orientation.

Je travaille aussi sur la fin de vie, puisque je suis co-rapporteur d'une mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti (je suis ouvert à toute contribution et toute organisation pratique d'atelier).

Enfin, dernier mot, monsieur le Directeur Général, sur la question des déserts médicaux dans les territoires. Vaste sujet, sur l'état des lieux des CPTS, sur le rôle des médecins traitants, de la pénurie des généralistes, sur l'organisation de la médecine coordonnée, l'application de nouvelles dispositions réglementaires et législatives (en particulier à la loi RIST). Sur tous ces sujet-là, la démocratie sanitaire, et les députés en font partie, on peut essayer de réfléchir pour apporter des solutions.

Jean-Jacques COIPLÉ : Monsieur Le Député, je suis très sensible à vos propos, parce que nous n'avons pas toujours des élus qui mesurent l'enjeu de la démocratie sanitaire à côté de la démocratie électorale, qui est toute aussi importante pour faire entendre la parole des citoyens. Les élus, ont aussi leurs places dans cette instance.

Nous avons raison de mettre la qualité et la sécurité au fronton des prises en charges pour des personnes vulnérables. Parce que c'est une garantie de réponse, manager aussi par la qualité c'est important. Mais après, il faut savoir mettre en œuvre avec des mesures. Mettre de telles échéances seraient inatteignables.

Mais à l'inverse, s'il y a une volonté des établissements et des équipes à avancer ; évidemment, on peut être dans cette posture d'accompagnement pour atteindre le moment venu ces enjeux de qualité et de sécurité.

Vous avez évoqué les outils d'orientation générale, je pense quand même aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) qui existent dans les départements, avec les CLIC intégrés ou en complémentarité des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) sont là pour aider à gérer les cas complexes. Demain avec le Service d'Accès aux Soins (SAS) qui doit être opérant dans chaque centre 15, en lien avec les libéraux, peut être de nature à aider les familles, les proches, les aidants.

Concernant les déserts médicaux, que parce que là aussi je n'emploie plus le terme, car qui voudrais venir travailler dans un désert (qui n'engage que moi)? Cela ne veut pas dire que tout va bien, parce qu'on a un certain nombre de territoire où il y a des difficultés. Mais je n'emploie plus ce terme, car il faut que nous montrions que dans ces territoires il y a plein d'initiatives : le développement de l'exercice coordonné, la télémédecine et la télé santé, la délégation de tâches, les liens entre la ville et l'hôpital.

Mais vous avez raison, ceci est un vrai sujet pour nos concitoyens, quand on voit le nombre de personne sans médecin traitant et/ou qui ont besoin de soins non-programmés.

Denis VALZER (Délégué Régional Fédération Hospitalière de France) : Nous sommes d'accord avec le discours du Directeur Général de l'ARS et sur la méthode et la manière de voir les choses en terme de projet et projection.

En ce qui concerne la FHF, ce que je pense, ce qu'il est important de souligner, la nécessité qu'avec l'ARS on arrive et continue à travailler tous ensemble que l'on soit effectivement, dans des éléments de travail pragmatique et concret, notamment des sujets RH.

Puis dire, votre volonté que les territoires soient mieux animés, qu'il soit plus proactif ; nous pensons, que les parcours se travaillent surtout dans les territoires, entre les professionnels de santé, les établissements sur le terrain. Le projet régional de santé doit fixer un cadre mais que l'essentiel émerge des territoires. Puisqu'à la faveur de la crise, on a quand même pu améliorer le dialogue entre les acteurs de santé (c'est un point à souligner).

Et puis dire enfin, effectivement une difficulté majeure, dont on s'est fait écho près de vous mais aussi auprès des conseillers départementaux, ce sont les difficultés du médico-social et notamment la nécessité d'une prise en compte rapide des sujets financiers des EHPAD, c'est le principal message que je veux faire porter ici.

Je n'aurais pas un discours du tout misérabiliste, parce que justement, je pense que si on veut attirer des professionnels, il faut montrer, que nous, établissements sont capables de faire des choses très positives.

Jean-Jacques COIPLÉ : Effectivement, nous avons une attention particulière pour les EHPAD. Il nous est demandé de faire remonter régulièrement au ministère, toutes les situations de rupture dans les établissements, qui seraient confrontés à des problématiques tel que la trésorerie, qui ne serait plus assurée. Je demande à tous les représentants de nous signaler les situations, les plus en difficultés.

Nous sommes avec Anne-Laure MOSER, en cours d'évaluation sur la bonne valorisation, à l'euro près, des crédits SEGUR (en cours d'enquête de la CNSA) pour nous assurer des bons financements.

Je vous l'annonce, j'ai confié à Anne-laure MOSER, la préfiguration d'une direction de l'offre en faveur de la santé et de l'autonomie (suite à au départ de Damien PATRIAT de la Direction de l'autonomie).

Deuxième axe prioritaire que nous allons mener, une accentuation de la territorialisation de l'ARS, décentraliser, le plus possible l'action de l'ARS dans les départements, afin d'avoir des réponses d'accompagnement aux parcours, aux CNR, à tous les projets au plus près de nos bassins de vie.

Emmanuelle COINT (1ère Vice-présidente du Conseil Départemental 21) : Je voulais juste vous apporter trois sujets, le premier « à faire ensemble », ça c'est une culture que nous avons. Puisque le département est chef de file des solidarités humaines. Et vous dire, que nous travaillons à mettre toutes nos politiques en œuvre sur les constats qu'on vient de signaler, je pense en particulier sur les ressources humaines.

Il y a un vrai virage pris sur nos politiques d'insertion en particulier, pour aider à amener des publics vers des métiers en tension, avec des aides financières directes.

Le deuxième point que je voulais aborder, le financement de l'autonomie. Je rejoins ce que disait le président de l'UNAPEI, sur le fait que la société n'était pas tout à fait prête à l'inclusion. Il en va de même pour les virages domiciliaire et ambulatoire. Nous n'avons pas préparé en amont les solutions. La loi autonomie devrait précéder plutôt que d'arriver dans un deuxième temps. Effectivement, nous sommes au bout du système tel qu'il est aujourd'hui.

Le troisième point, qui n'a pas été abordé dans les constats, c'est l'éducation des usagers de la santé. On parle beaucoup d'éducation sur la prévention, sur bien se nourrir, être acteur de sa santé mais je pense aussi qu'il faut éduquer les gens sur la façon dont il sollicite le système de santé et de bien grader le niveau de sollicitation. Donc, il faut aussi que ça soit collectivement que l'on gradue, dans nos comportements individuels.

François THIBault (Représentant CGT au CHU de Dijon): Monsieur le Directeur, vous avez effectivement dressé tout à l'heure, un tableau assez proche de la réalité ; là où je vais être un peu divergeant par rapport à vos propos (concernant le CHU de Dijon).

Aujourd'hui, nous avons besoin de moyens, il ne faut pas se leurrer, la recherche de nouvelles organisations, cela fait des années, que nous le faisons et elles sont introuvables. Tout à l'heure, vous parliez du temps à rendre, du temps de soignant et je suis tout à fait d'accord ; mais quand vous parlez de trouver des lits, au CHU nous avons un « bed manager ».

Très clairement, aujourd'hui, nous sommes sur cette problématique-là ; c'est-à-dire, nous ne sommes pas comptables, mais avec la fermeture des lits en périphérique, cela a créé un afflux vers le CHU.

Il convient donc à chaque fermeture de périphérique, de regarder la situation du CHU face à cet afflux de patients éventuel.

Un mot sur la psychiatrie, j'étais à la Charité-Sur-Loire, au conseil économique et social où j'ai rencontré un chargé de développement, qui s'occupe essentiellement du patrimoine ; ce que vous disiez toute à l'heure est tout à fait vrai et intéressant.

Ce monsieur s'intéresse de près aux besoins, en termes de logement adapté, afin de mener une politique de rénovation des logements du centre-ville ; qui correspondrait aux besoins des patients qui sortirait de l'hôpital. Dans le même temps, nous avons déplacé 50 lits de la Charité vers Nevers (il y a 15 ou 20 ans) et on en a rapatrié que 35 (il y a quand même des contradictions).

Dans la santé, nous avons vraiment de besoins de moyens, nous ne parlons de millions, nous parlons de postes et d'effectifs. Aujourd'hui, si on veut attirer à nouveau des professionnels pour avoir pleinement les moyens de remplir nos ambitions, il faut redevenir attractif. Le CTI, les 183 € a été plutôt contre-productifs, c'est-à-dire au CHU, on remarque que, certains professionnels ont touché 183 € et ce sont mis à 80%, avec à l'esprit « je suis au moins une journée loin de cette structure ». Le salaire est clairement un enjeu, mais les conditions de travail sont le premier enjeu et la correspondance entre la vie professionnelle et vie personnelle est centrale aujourd'hui.

La formation est aussi un enjeu majeur, il faut qu'on revoit complètement notre système. Un établissement comme le CHU de Dijon peut faire beaucoup en droit promotionnel, comme par exemple, quand une Agent de Service Hospitalier (ASH) veut devenir aide-soignante, quand une aide-soignante veut devenir infirmière, elles connaissent déjà le travail. Pourquoi pas penser aussi que certains infirmiers anesthésistes qui ont déjà 5 ans d'études puissent intégrer plus simplement les études de médecine, avec une filière particulière plus courtes.

Un dernier point, celui des études d'infirmière et parcours sup, ce n'est pas possible qu'on fasse le choix de devenir infirmière juste pour avoir une licence. On ne peut pas considérer le métier d'infirmière comme n'importe quelle autre formation universitaire. Donc il faut qu'on revienne, parce que là on a vraiment un gâchis d'argent phénoménal (interruptions de formation en pagaille), c'est une vocation ce métier, donc cela ne peut pas passer par parcours sup.

Tant que nous resterons dans ce système-là, nous aurons un problème d'effectif.

Jean-Jacques COIPLÉ : Effectivement pour parcours sup, je suis d'accord. Je pense que nous avons un petit sujet de choix par défaut.

Concernant les moyens, nous ne pouvons pas dire que rien ne s'est passé. Le SEGUR, c'est 19 milliards € pour la revalorisation et l'investissement. Au-delà, de l'enjeu de la qualité du travail, des conditions de travail, parfois la question de moyens dans certains établissements, je vous rejoins, peut-être un élément dans l'attractivité.

Dernier point, mais ça rejoint ce que vous dites, Madame la Vice-Présidente, il est important de souligner que l'inclusion, l'autonomie, sont un devoir et pas un dogme. Cela veut dire, que l'inclusion, est d'abord le libre choix des personnes et de leurs aidants, c'est la capacité des allers-retours, entre une réponse contenant et le milieu ordinaire. Et puis, l'inclusion ça demande beaucoup de temps et d'énergie quand je vois le temps, l'énergie et l'engagement qu'il faut pour accueillir des enfants à l'école les enfants ayant un handicap à l'école.

Robert YVRAY (Représentant France Assos Santé) : Nous sommes des interlocuteurs au niveau du système de santé et évidemment les constats qui ont été faits sur l'état des lieux du milieu médical, nous les connaissons parfaitement bien.

L'enjeu pour nous n'est plus aux constats, il est sur des propositions d'action. Ces propositions d'action doivent être travaillées en collaboration avec tous les professionnels de santé et les instances. On oublie souvent l'importance des associations de santé, comme interlocuteurs. Et quelque part nous avons mis en œuvre pas mal d'actions pour essayer d'apporter de l'aide aux patients et aux aidants. Les projets qui peuvent être mis en place doivent être discuté ensemble, avoir l'avis des principaux intéressés, les usagers et leurs représentants. Ce qu'il faut absolument mettre en place dans la construction de projets.

Jean-Jacques COIPILET : Je partage ce que vous dites, quand je dis mettre autour de la table, je parle des usagers, des soignants, des élus, de l'ensemble des acteurs de notre territoire (c'est la clef de la réussite). Notamment dans le cadre du CNR.

Didier JACOTOT : Nous avons prévu de retenir 5 actions du CNR par département. Comme vous le savez, il y avait 4 actions, dont 1 action par défi. C'est avec les Conseils Territoriaux de Santé que nous avons discuté, au niveau territorial, de la mise en place de ces propositions. Et une 5^{ème} qui aurait le consensus des représentants. Ce qui représente 40 actions, qui seront portées au niveau de la région, plus les 20 de la CRSA.

Certains CTS, ont débuté les travaux sur ces 5 propositions (tous les CTS vont le faire). Bien évidemment, comment allons-nous réussir à les mettre en œuvre ? On ne les mettra pas en place en quelques semaines. Mais nous devons continuer de surfer sur cette dynamique et aller plus loin. Les équipes territoriales de l'agence et les CTS vont continuer de travailler sur ces propositions.

Jean-Jacques COIPILET : Pour revenir sur les tâches administratives de nos soignants, nous avons un outil formidable appelé « e-TICSS ». Récemment, c'est déroulé le tour de France du numérique, à Vesoul, où les équipes de l'ARS nous ont fait la démonstration de cet outil qui consiste à de la prise en charge de patients diabétique au centre hospitalier de Vesoul.

Cédric DUBOUDIN : Dans le cadre d'un projet populationnel porté par le groupement hospitalier de Haute-Saône, avec l'ensemble des acteurs de la ville. E-TICSS a pour logique le « repérage » (principe de l'approche de responsabilité populationnelle), d'inclusion de stratification du patient et de l'inclusion dans un parcours, au regard de la situation au moment où il a été repéré. Nous avons pu constater que depuis un an de fonctionnement, il y a eu un gain dans le repérage et dans la réduction des passages aux urgences qui était très haut dans ce territoire.

Mathilde BIBOUDA (Directrice du CREAI BFC) : Tout d'abord, nous vous remercions pour les orientations que vous partagez avec nous. Une question et une demande ; bien-sûr il était question de la société inclusive et il était nécessaire d'avoir un certain nombre d'acteurs des politiques publiques, bien sûr sur un plan d'accès aux soins, de l'emplois et de l'éducation. Comment cela va s'organiser en région ? En département, en terme de relation entre l'ARS, Préfet, Sous-

Préfet handicap, département, députés ? Ma question est : une instance de coordination de ces politiques publiques existe-elle ?.

Ma demande que je réitère en tant que membre de la CSDU, serait-il possible d'avoir une lecture écrite synthétique des différents dispositifs existants (DAC, Communautés 360, PCPE, etc...)

Le CREAI est plus axé sur le fait de renforcer les dispositifs existants, facilité la coordination, l'intersectorialité, plutôt que la création de nouvelles instances.

Jean-Jacques COIPLÉ : Pour répondre très concrètement, je pense qu'il n'y a rien de mieux que de réunir tous les acteurs autour d'une table par exemple quand une association à un projet.

Cécile LUMIERE : Dans le cadre de la révision du projet régional de santé, la clarification et la cartographie des dispositifs de coordination est un objectif majeur. Le travail est en cours dans la rédaction du PRS et prendra du temps avec les acteurs. Par ailleurs, un travail est en cours avec France Assos Santé BFC. Nous travaillerons sur la création d'outils explicite sur les différentes coordinations existantes et leurs fonctionnements.

Emmanuel RONOT : Je suis très heureux en tant que président de CRSA de vous avoir accueilli, monsieur Le Directeur Général, et d'avoir eu votre présentation et aussi ce panorama d'échanges sur les ressentis des acteurs de la santé de notre région (au sens large).

2. Avis CRSA suite au CNR Santé

- **Approbation des modifications de l'avis de la CRSA** (cf. Avis 2022-12-14 portant sur la priorisation régionale CNR-Santé) :

Approbation des modifications de l'avis de la CRSA par la majorité de l'assemblée.

- **Suite à donner par la CRSA :**

Emmanuel RONOT : Suite au concertation CRSA/CTS, des actions vont-êtré menées. Je tiens juste à remercier l'ARS et à tous les acteurs de la CRSA du temps de mobilisation pour l'organisation et le travail du mois de décembre.

Nous avons produit à partir de la centaine de propositions, une priorisation autour d'une vingtaine d'actions, traduit dans un avis que nous avons rendu et envoyé au ministère. Cet avis a suscité beaucoup d'intérêt, puisque deux organismes, ont souhaité modifier deux amendements dont la FHF et Isabelle MILLOT (CSP).

Le travail de la CRSA est de faire vivre ces propositions, par exemple, dans l'exercice qui va s'ouvrir dans la mobilisation des CTS, les membres de la CRSA pourront porter ces priorisations dans leurs temps de travaux. Dans les travaux au long court, nous ferons en sorte que ces priorisations puissent intégrer le PRS.

3. PRS – Présentation par Cécile LUMIERE (ARS BFC) (cf. présentation)

4. Météo de Commissions Spécialisées

Report à la prochaine séance plénière

5. Météo des CTS

○ Michèle LE GOFF, présidente du CTS de Yonne :

Je souhaite particulièrement représenter les usagers qui regroupent les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, mais aussi les prérogatives du CTS : promouvoir l'enfance et la maltraitance, l'environnement dans notre département (il y a des problèmes de pollution extrêmement important), la santé mentale.

Je souhaite aussi travailler avec l'ensemble des personnes : à savoir les responsables du département, dispositif d'appui à la coordination, etc... J'aimerais aussi avoir une collaboration plus importante avec les autres CTS, de façon à ce que l'on puisse mettre en place une synergie.

Nous avons aussi rencontré, le réseau OPAL, qui s'occupe de la fin de vie et des soins palliatifs.

Si je peux compléter, je suis très investie au niveau de la fin de vie, puisque j'appartiens avec Emmanuel à la Conférence Nationale de Santé (CNS) et je suis co-rapporteuse avec deux autres personnes au niveau de la CNS. Nous devons rendre notre copie auprès de la CNS et ensuite à la ministre madame Firmin Le Bodo d'ici le 20 mars. J'ai donc proposée à Emmanuel et à Cécile, lors d'un webinaire sur ce sujet (le 6 mars 2023), de réunir tous les acteurs de la CRSA. Nous vous présenterons un diaporama élaboré avec les deux co-rapporteurs et le groupe de travail de la CNS. Pour vous permettre d'apporter votre contribution.

○ Loïc GRALL, président du CTS Nord Franche-Comté :

Le Nord Franche-Comté, est un site particulier car il se situe sur 3 départements : une fraction du Doubs, une fraction de la Haute-Saône et la totalité du Territoire-De-Belfort. Donc le CTS ce compose de l'air urbaine, du Nord-Franche-Comté et du pôle métropolitain.

C'est un territoire avec des atouts formidables, qui ne sont que partiellement « joués », car les élus restent divisés, donc un certain nombre de sujets qui sont « plantés » comme la culture, les déchets, le transport.

Mais nous pouvons avancer sur le secteur de la santé, car les acteurs les plus importants sont structurés sur la base géographique du pôle métropolitain, notamment le centre hospitalier NFC qui joue un rôle conséquent sur l'offre de soins. La chance sur ce territoire est que les acteurs sont peu nombreux et capables de s'entendre.

Sur ce territoire, nous avons une dynamique de Communauté Professionnelle Territoriales de Santé, avec une offre libérale qui s'organise et qui est porteuse de projets en complémentarité du Groupement Hospitalier de Territoire, avec les acteurs médico-sociaux.

Nous avons un acquis formidable, qui a été la construction d'un contrat local de santé sur la totalité du territoire, qui était la déclinaison des parcours personnes âgées, personnes en situation de handicap et neurologie. Nous sommes d'ailleurs en phase d'évaluation.

Emmanuel RONOT : Pour rappel, afin d'améliorer les liens CRSA et CTS, deux fois par an se tiendra la conférence des présidents et vice-présidents CRSA et CTS. La prochaine est le 15 mai 2023.

6. Evaluation de la feuille de route CRSA (cf. Feuille de route)

- **Présentation des priorités d'action de la Conférence des CTS et CRSA**
- **Travaux sur la maltraitance et les réponses citoyennes territorialisées (en lien avec la CNS)**
- **Travaux sur la fin de vie (en lien avec la CNS)**

7. Projet de partenariat avec le YVY Festival – Les beaux jours solidaires

8. Journée du 7 avril 2023 et partenariat avec la maison des ados

Quelques dates à retenir :

06/03/2023 : Webinaire sur la fin de vie – Présentation de Michèle LE GOFF

15/05/2023 : Conférence des présidents et vice-présidents CRSA et CTS

La prochaine séance plénière aura lieu **le mercredi 5 avril 2023 à 14h00 à DIJON (ARS BFC)**

Avis 2022-12-14
portant sur la priorisation régionale CNR-SANTÉ

INTITULÉ : Priorisation régionale CNR-SANTÉ

RÉFÉRENCE : Avis 2022-12-14 CRSA BFC

ADOPTÉ LE : 14 décembre 2022 en commission permanente

PROCÉDURE : auto-saisine

TYPE DE SAISINE : Auto-saisine

RAPPORTEUR : Emmanuel Ronot, Président de la CRSA BFC

L'ARS et la CRSA BFC ont convenu de mettre à profit la grande consultation du Conseil de la Refondation Nationale Santé pour alimenter la réflexion régionale, et ensemble, préparer les travaux autour du PRS.

Cette consultation ne pouvait se faire à notre sens sans impliquer la Démocratie en Santé de notre région, de la CRSA aux CTS. La CRSA a ainsi informé ses membres, représentant toutes les parties prenantes de la Démocratie en Santé, relayé la communication de l'ARS pour faire en sorte qu'il y ait un maximum de participation.

Le choix a été fait ensuite de préparer un classement, une synthèse de toutes les propositions issues de tous les débats publics, qui ont toutes été remontées par ailleurs et sans filtre par l'ARS dans le cadre du CNR Santé. Cette synthèse élaborée en deux temps, lors de la Conférence Régionale des CTS (réunissant les bureaux des CRSA et CTS le 5 décembre 2022) et lors d'ateliers préparatoires dans les quatre Commissions Spécialisées (le 12 décembre 2022 au matin), a été présentée en CRSA plénière le 12 décembre 2022 après-midi.

Ce travail intense et fait dans un laps de temps contraint a permis toutefois l'élaboration d'une priorisation régionale. Ces propositions ont été présentées et adoptées en séance plénière devant la Ministre déléguée auprès du Ministre de la Santé chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, et le Directeur Général de l'ARS BFC.

La Commission Permanente de la CRSA a mis en forme et adopté l'avis en auto saisine, avis qui sera transmis au Ministre de la Santé et de la Prévention dans le cadre du CNR Santé.

Les priorisations s'articulent en quatre parties, les quatre défis proposés par la démarche CNR Santé. Elles sont issues des travaux de près de 1 200 personnes en BFC, essentiellement parties prenantes, représentants d'usagers, élus et professionnels de santé. 21 réunions territoriales ont eu lieu dans les 8 territoires de santé de la BFC.

100 propositions ont été faites au total (en annexe à cet avis). Les membres de la CRSA ont donc formalisé 20 priorités, 5 par défi.

6 critères ont été utilisés pour le classement :

- Faisabilité
- Convergence des bénéfiques (patients, professionnels)
- Acceptabilité (professionnels, population)
- Caractère innovant
- Impact sur les inégalités de santé
- Pertinence

La CRSA BFC regrette le temps contraint et le formalisme imposé de la démarche nationale. Elle regrette le manque d'implication par l'Etat des instances de la Démocratie en Santé (CNS, CRSA, CTS) dans la définition même des objectifs du CNR Santé et de la démarche nationale de consultation. Cette démarche devait permettre une concertation grand public associant les citoyens sur les territoires et force de constater que cela n'a pas été le cas.

Cela ne minimise en rien l'implication et la mobilisation de tous les acteurs de la santé. La CRSA BFC souhaite donc dans un deuxième temps rencontrer le grand public, les citoyens, pour compléter la démarche et ainsi associer à la réflexion le plus grand nombre et mettre au débat public les priorisations régionales.

La CRSA BFC souligne que même si nombre de propositions ne sont pas nouvelles, les priorisations appuient des dispositifs récents, notamment tous les dispositifs de coordination. Elles insistent sur :

- le nécessaire travail en équipe dans chaque territoire de santé,
- la simplification de leur mise en œuvre à territorialiser,
- l'accès au numérique,
- le besoin de développer des Projets Territoriaux de Santé centrés sur les parcours de santé.

La CRSA BFC souligne aussi que des contributions de parties prenantes (représentants d'usagers, représentants de professionnels de santé, syndicats, CTS, CPTS...) ont été faites spontanément et qu'elle les relaiera.

Enfin la CRSA BFC souhaite remercier l'ARS pour son engagement à associer la CRSA dès le démarrage afin de faire converger toutes les forces régionales de la Démocratie en Santé et faire de cet exercice un moment utile pour nos territoires.

Défi 1 : Donner accès à un médecin traitant ou une équipe traitante à tous, en particulier aux plus fragiles

Priorité 1 : Favoriser et renforcer l'éducation à la santé des usagers pour améliorer leur auto-orientation

Réinformer sur le sens du parcours de soins pour un bon usage du système de santé. Une « éducation citoyenne » permettrait l'évolution des comportements sociaux et ainsi une responsabilisation des usagers par : une limitation des comportements dangereux ; une auto-orientation vers les médecins, dont spécialistes, adéquats ; la bonne évaluation du degré d'urgence de leur situation ; éviter les consultations abusives et les rendez-vous non honorés.

- Informer, communiquer et sensibiliser sur l'organisation du système de santé
- Informer sur le coût de la santé pour sortir de la société de consommation de la santé et éviter la banalisation de l'acte médical

Priorité 2 : Développer les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Mettre en place une équipe soignante/traitante, agile et pluridisciplinaire, composée de : médecin, infirmier en pratique avancée, assistant médical, secrétaire/accueillant, technicien d'information médicale. Celle-ci permettrait une répartition des tâches dans la chaîne de prise en charge comprenant les démarches administratives, l'orientation du patient, le premier niveau d'accueil et de prise en charge des patients et les soins médicaux, par un exercice coordonné.

- Définir clairement le cadre de responsabilité médico-légale et le modèle économique par la mise en place de protocoles de coopération au sein de la MSP
- Développer des cabinets secondaires, rattachés à une MSP, pour rapprocher l'offre des personnes à mobilité réduite et penser les soins à l'échelle du territoire.
- Valoriser et communiquer sur l'offre des MSP en associant les collectivités territoriales dans la communication
- Accompagner les collectivités territoriales pour l'implantation des MSP

Priorité 3 : Accélérer le déploiement d'autres professions

Avec la surcharge de travail des professionnels de santé, constituer des équipes de soins afin de libérer du temps médical. La coordination et l'évolution des pratiques représentent un enjeu central. Un certain degré de délégation doit être organisé avec des infirmiers de pratique avancée, par exemple.

- Lever la difficulté à déterminer et identifier les professionnels détenant la responsabilité des actes
- Apprendre aux professionnels de santé à travailler ensemble dès la formation initiale
- Elargir le rôle de prescripteur des infirmiers
- Mettre en place et valoriser des « temps collaborateurs »
- Augmenter le nombre de professionnels formés à l'éducation thérapeutique
- Permettre le recrutement de professionnels, au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), en charge d'accompagner la constitution du dossier patient dans Mon Espace Santé pour les usagers sans médecin traitant. La démarche peut être appuyée par un conseiller de l'Assurance Maladie.

Priorité 4 : Renforcer les collaborations territoriales

Développer les moyens d'un travail en équipe pluriprofessionnelle dans les territoires par : l'utilisation de la télémédecine ; la mise à disposition de locaux ; le renforcement des moyens administratifs.

Trouver un équilibre entre mobilité des patients et mobilité des médecins en développant les soins à domicile, les solutions itinérantes de prise en charge en milieu rural (médicales et/ou paramédicales), notamment dans le cadre des CPTS.

- Accroître la lisibilité des rôles de chaque professionnel et faire connaître les CPTS.
- Réaliser une cartographie du territoire (population et professionnels) et du flux des patients, notamment en développant davantage les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
- Permettre la mise en place de protocoles de coopération dans le cadre des CPTS, des maisons de santé et des équipes de soins primaires
- Créer une fonction support au sein des CPTS pour accompagner la mutualisation d'outils d'annuaire et de gestion des ressources du territoire et ainsi faciliter leur action d'orientation.
- Accompagner la montée en puissance des collaborations territoriales en aidant les CPTS à structurer leurs fonctions supports et de coordination.
- Faire des CPTS une entrée unique dans le système de santé par le biais d'un numéro ou d'une adresse mail en les positionnant en facilitatrice, avec la mise en place de conseiller santé.
- Augmenter l'adhésion à l'exercice coordonné en proposant un parrainage des professionnels de santé et en s'appuyant sur une expertise de cette offre qui en assurerait la promotion dans les territoires à l'image de la fédération des maisons de santé en région BFC
- Prendre en compte les dispositifs supports et tout ce qui relève de l'aménagement global du territoire : capacité immobilière en lien avec les communautés de communes ; infrastructures existantes.

Priorité 5 : Organiser, développer et mettre en œuvre la délégation de tâches

Il faut rappeler qu'un certain nombre de tâches sont déjà déléguées, mais que les patients l'ignorent. C'est le cas, par exemple, du suivi gynécologique qui peut être effectué par les sages-femmes. La délégation de tâches doit concerner de nombreux professionnels : IPA, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes...

Un état des lieux des motifs de consultations au sein des cabinets médicaux doit être dressé afin d'identifier les récurrences et développer les protocoles de coopération possibles pour des consultations « simples ».

- Communiquer sur les dispositifs de délégation de tâches existants
- Reléguer la délivrance de certificats médicaux ou de prescription de transports, par exemple
- Envisager la création d'un dispositif distinct pour la prescription des arrêts de travail
- Revoir les questions de responsabilité d'un point de vue réglementaire pour trouver un équilibre entre délégation de tâches et délégation de responsabilité.

Défi 2 : Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés

Priorité 1 : Promouvoir l'éducation à la santé

Accompagner les patients dans le bon usage des soins et, plus généralement au maintien en bonne santé.

Apprendre aux patients à gérer leur pathologie chronique, à réagir face à leurs symptômes et à appliquer les comportements appropriés nécessitent un soutien à l'éducation thérapeutique et implique d'aborder la notion « d'urgence » de leur maladie.

- Renforcer l'auto-évaluation de la santé permettant aux usagers de mieux qualifier la criticité de leur situation.
- Créer un questionnaire qui permettrait au patient de savoir qui contacter et d'appréhender le degré d'urgence de son problème.
- Responsabiliser et sensibiliser les usagers potentiellement avec des mécanismes de désincitation financière en rappelant les droits et les devoirs de chacun.
- Réaliser une campagne de communication nationale sur la bonne utilisation du système de santé
- Permettre au patient de se repérer dans le parcours de santé, dès le plus jeune âge, en offrant une formation à la santé plus populaire et généraliste, dans l'objectif de faire de chacun un acteur clef de sa santé.
- Informer sur les bonnes pratiques en augmentant l'affichage dans les salles d'attente et par le biais de spots radios.

Priorité 2 : Simplifier l'orientation des patients

Centraliser la mise en relation avec les urgences, les médecins, SOS médecins afin de proposer un point d'entrée unique pour le patient, avec un seul numéro de téléphone et une redirection vers des établissements disponibles et adaptés aux soins nécessaires. Pour cela, il est important de veiller à l'adéquation des besoins et des moyens des centres d'appels, tout en renforçant leurs compétences médicales.

Mieux orienter les patients présente l'opportunité d'optimiser la réponse à leurs besoins. Dans ce cadre, le Service d'Accès aux Soins (SAS) a toute sa place, et doit être renforcé dans les années à venir pour mieux orienter et faire connaître les offres de soins.

- Créer un numéro d'appel local comme le 15 pour les besoins non urgents qui puisse orienter les patients en fonction de leur besoin exprimé
- Créer une plateforme téléphonique ouverte H24 avec un numéro facile à retenir comme le 19 par exemple afin de réguler et de mieux orienter les patients
- Renforcer le déploiement des services d'accès aux soins en prenant en compte le frein de disponibilité des médecins traitants.
- Déployer une solution de plateforme de coordination des soins primaires de type « ENTR'ACTES » : un professionnel de santé qui sollicite la compétence d'un autre professionnel de santé, via une plateforme numérique, pour une prise en charge coordonnée du patient.
- Mobiliser le DAC pour les situations complexes

- Imaginer des actions innovantes par le biais d'expérimentation avec des cabinets médicaux connectés, en utilisant l'intelligence artificielle
- Ouvrir la possibilité pour les usagers d'avoir un référent du système de santé
- Créer une base de données avec les plannings des professionnels de santé
- Mettre en place, lors de l'hospitalisation, un parcours de sortie

Priorité 3 : Structurer l'accès aux soins au niveau local

Structurer l'accès au soin au niveau des communes ou des intercommunalités afin d'être plus réactif dans l'apport d'une réponse. La coordination des parcours et des professionnels à travers le lien ville-hôpital est essentielle. Rapprocher, voire mutualiser, la ville et l'hôpital pour coordonner les soins en équipe pluridisciplinaire par filière, à travers une organisation territoriale.

- Accentuer l'interconnaissance professionnelle pour une meilleure connaissance de l'offre par tous les acteurs de la santé
- Développer les relations entre communautés professionnelles territoriales de santé et Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)
- Mettre en place une permanence des soins territoriale avec infirmiers, pharmaciens et pompiers et, une coordination par la CPTS
- Poser le principe, dans chaque territoire de santé, de l'organisation de la PDES avec la contribution nécessaire de l'ensemble des partenaires, établissements publics et privés, médecins salariés et libéraux. Mettre en œuvre cette mesure dès 2023 avec la révision des Schémas Régionaux de la permanence des soins.
- Développer des outils pour créer des liens entre la ville et l'hôpital au moment de l'hospitalisation via l'envoi d'un courrier à la cellule d'ordonnancement avec une réponse dans les 12 heures en objectif, 24 heures en limite, pour organiser une hospitalisation dans les jours ouvrés ou avoir à défaut un avis de spécialiste pour organiser la prise en charge à domicile.
- Généraliser le protocole OSIS, déployé en Bretagne, définissant un parcours de soin identifié (porte d'entrée) pour 13 pathologies : mise en avant des pharmaciens qui peuvent prendre en charge et réorienter les patients, en association directe avec les médecins.
- Elargir les critères de l'hospitalisation à domicile afin de faciliter la gestion des urgences
- Rattacher les antennes médicales aux maisons médicales
- Développer la téléconsultation

Priorité 4 : Développer les compétences et la formation des soignants pour élargir les possibilités de certains professionnels de santé

Renforcer le tronc commun de médecine générale durant le parcours de formation pour une meilleure capacité de prise en charge globale par tous les spécialistes de la santé. Elargir les champs de compétences des professionnels de santé à l'image des infirmiers de pratique avancée : des pharmaciens d'officine sur la vaccination ; des sages-femmes sur la vaccination, la prévention et les soins d'ordre gynécologique...

- Renforcer les aides à la formation en continue pour les infirmières souhaitant devenir IPA
- Renforcer les compétences des infirmières en EHPAD et SSIAD dans les territoires pour éviter les hospitalisations et le recours aux urgences (IPA, plus de moyens financiers, plus de personnels...)
- Prôner l'inter-professionnalité, notamment avec les professionnels du social et du médico-social

Priorité 5 : Accompagner et outiller la coordination entre professionnels de santé

Mettre en place et promouvoir la convergence de logiciel de communication aux professionnels de santé de ville, jalonnant le parcours patient. A titre d'exemple, un espace numérique en santé partagé par le cercle de soins du patient permettrait de déployer le dossier médical partagé par le biais de la plateforme e-parcours, eTICSS en région, pour mieux coordonner les prises en charge. L'enjeu premier est d'accélérer la bonne prise en charge des patients en accédant à son historique tant en ville qu'à l'hôpital. Le deuxième enjeu majeur est l'allègement du temps consacré à la saisie dans les différents outils : logiciel métier, de partage, messagerie sécurisée...

Enrichir Mon Espace Santé en le rendant plus accessible et en le rendant compatible avec les autres logiciels.

- Partager plus simplement les informations des dossiers patients et ainsi gagner en efficacité
- Généraliser l'utilisation de Mon Espace Santé pour tous, patients et professionnels de santé
- Permettre a minima l'interopérabilité des systèmes informatiques
- Identifier le bon échelon de pilotage, national et/ou régional
- Mutualiser les outils à l'échelle des GHT pour simplifier et fluidifier le partage d'informations
- Evoluer d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) statique à un ROR dynamique

Défi 3 : Mobiliser les leviers locaux d'attractivité pour les métiers de la santé

Priorité 1 : Proposer une offre de tutorat et une mise en réseau

Développer l'accompagnement et l'apprentissage des métiers de la santé en révisant le lien entre les étudiants et les tuteurs. Pour cela, il est nécessaire de dégager du temps dédié au tutorat avec l'appui d'autres fonctions, le cas échéant.

Travailler en réseau, notamment entre jeunes et plus anciens, pour améliorer les échanges, la solidarité et l'ancrage territorial. Pour les « nouveaux arrivants », l'intégration à un réseau existant favorise leur fidélisation.

Observer les parcours des étudiants en médecine et en institut de formation en soins infirmiers afin de comprendre les raisons d'abandon avant le début de leur exercice.

- Augmenter les effectifs hospitaliers pour assurer un meilleur accompagnement des stagiaires et des internes.
- Augmenter les ressources pour la formation et le tutorat
- Renforcer le recrutement local
- Sanctuariser un budget pour les personnes en fin de carrière et leur permettre « d'enseigner » leurs valeurs et savoir-faire
- Développer les réseaux des maîtres de stage
- Créer un label d'excellence des cabinets de santé pour attirer les étudiants

Priorité 2 : Campagne de communication nationale

Valoriser les métiers grâce à une communication positive ouvrant des perspectives d'évolution de carrière.

- Mettre en œuvre une communication positive, sur le modèle de ce qui a été réalisé pour la crise COVID-19.
- Communiquer via les médias du quotidien

- Communiquer davantage sur les métiers de la santé pour faciliter le recrutement (cf. campagne sur les Armées)

Priorité 3 : Proposer la rencontre des professionnels sur le terrain

Permettre aux professionnels de se reconnaître dans une communauté en pensant, dès le début de formation, le lien des jeunes avec leur territoire et les professionnels qui y exercent

Faire appel aux professionnels eux-mêmes pour devenir des ambassadeurs et susciter des vocations.

- Être davantage présent dans les forums métiers et les initiatives locales sur le terrain (ciné rencontres, expos itinérantes...)
- Mettre en place un dispositif itinérant qui se déplace dans les collèges, centres de loisir, pour présenter les différents métiers
- Contracter des partenariats avec les conseillers d'orientation

Priorité 4 : Promotion des territoires

Elaborer une stratégie globale d'attractivité et en extraire les enjeux prioritaires en conjuguant attractivité territoriale et attractivité des métiers de la santé, notamment pour les médecins.

L'attractivité nécessite une valorisation du patrimoine par les collectivités territoriales et des actions de communication innovantes pour favoriser l'attache locale : partage d'expériences et de parcours ; journée de visite ; publicité dans le métro parisien.

Co-construire une politique de santé territorialisée avec les régions et les pays frontaliers pour limiter les effets de concurrence.

- Créer un livret d'attractivité du territoire
- Valoriser ce qui est fait dans les territoires
- Développer un projet de campus des métiers, regroupant les organismes de formation et redonner une dimension territoriale, au moins partielle, sur les métiers qui peuvent être en tension

Priorité 5 : Passerelles et décroisement

Développer des parcours professionnels permettant de se projeter dans une carrière riche en « passerelles » pour répondre à l'évolution des projets de vie d'une génération à une autre. Pour cela, il est nécessaire de lever les obstacles aux liens entre les secteurs public et privé, d'un passage d'un domaine à un autre, et faciliter les associations et le redémarrage dans un autre secteur. Rendre possible les changements d'exercice et de qualification.

- Favoriser les passerelles entre les métiers : aide-soignant vers infirmier, infirmier vers IPA...
- Réformer le fonctionnement des opérateurs de compétences du secteur privé de la santé
- Favoriser les passerelles entre les spécialités médicales
- Créer des passerelles plus souples et professionnalisantes,
- Réformer Parcours Sup pour une meilleure orientation, réfléchie et informée en amont, et une prise en compte de l'origine géographique
- Faciliter les passerelles entre les métiers en mettant en place un système de valorisation des compétences acquises qui ne sont pas toujours sanctionnées par un diplôme
- Revoir l'accès au Master en formation continue
- Séquencer les domaines d'intervention comme cela se fait chez les pompiers (potentiellement applicable aux infirmières)

Défi 4 : Faire entrer la prévention dans le quotidien de tous les Français

Pour l'ensemble des priorités suivantes, il est primordial de mettre les moyens dédiés à la prévention à la hauteur des enjeux et de sa prégnance dans les discours politiques.

Priorité 1 : Reconnaître le rôle des usagers dans le système de prévention

Revenir à une politique ascendante avec une identification des besoins pour éviter une déconnexion des politiques publiques, en insistant sur la participation citoyenne et des représentants des usagers.

Instaurer une nouvelle éducation citoyenne en expliquant les bonnes pratiques et les conséquences des mauvaises habitudes mais aussi en sortant la prévention d'une approche sanitaire.

- Rendre les citoyens ambassadeurs de la prévention
- Prendre le temps d'accompagner les citoyens
- Aider les professionnels de santé/prévention à faire de la prévention en s'appuyant sur les réseaux locaux (associations), déjà en lien avec les publics cibles.

Priorité 2 : Cibler les actions de prévention vers les publics dès le plus jeune âge, enfant et familles

Développer le principe de « chemin de vie » de la prévention en formant et en éduquant au maintien en bonne santé à tous les âges. Pour cela, faire de la prévention une priorité dans les programmes scolaires, avec les parents, en impliquant les professionnels de santé scolaire et de santé au travail.

- À destination des personnes souffrant de pathologies, notamment chroniques, pour apprendre à appréhender leur pathologie. Former les patients et les proches des malades, les parents et les enseignants
- À destination des aidants et proches des patients
- Développer les actions de soutien à la parentalité.
- Avoir des indications de prévention dans le carnet de santé

Priorité 3 : Intégrer la santé publique dans toutes les politiques publiques

Coordonner les politiques publiques, les dispositifs et les acteurs de la prévention afin d'améliorer la visibilité des actions de prévention dans les territoires. Mettre la prévention au cœur des politiques nécessite de renforcer les dispositifs à l'échelle nationale et de mener des actions facilitant l'acceptation des publics.

Intégrer la santé publique dans toutes les politiques publiques, notamment à l'échelle locale via l'urbanisme, l'aménagement du territoire afin de favoriser un environnement bénéfique à la santé.

- Renforcer la thématique de la santé environnementale : développer le concept, « Agir sur l'environnement, c'est agir sur la santé ». Accompagner les porteurs de projets locaux
- Créer des milieux favorables à la santé : protéger la biodiversité pour protéger la santé humaine (concept de « One Health »)
- Amener plus de transversalité, la cohérence et l'ancrage local dans les dispositifs existants

Priorité 4 : Développer les aptitudes personnelles et l'éducation à la santé

Renforcer l'autonomie des personnes en matière de santé en développant le principe de parcours de vie de la prévention à tous les âges de la vie. Mettre en place un temps de prévention dédié à chaque étape de la vie (enfant, adolescence, jeune adulte, adulte et sénior)

Organiser la prévention dans les territoires en renforçant l'éducation à la santé et thérapeutique dans les métiers d'infirmier. Promouvoir l'éducation thérapeutique auprès des plus jeunes.

- Dès le plus jeune âge, en développant les actions de promotion de la santé à l'école.
- S'appuyer sur les CPTS
- Promouvoir les liens sociaux intergénérationnels pour véhiculer des comportements vertueux

Priorité 5 : Accentuer l'effort de prévention vers les publics fragiles

Renforcer l'action communautaire et travailler l'accessibilité des messages de prévention permettant de rendre visibles et intelligibles les dispositifs existants.

Favoriser la proximité en proposant des démarches « d'aller vers ». L'objectif étant d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles, et éloignés des dispositifs existants, par un service spécifique.

- Développer la communication pour les publics qui n'ont pas accès au numérique
- Développer un dispositif de communication décliné par objectif et adapté à chaque public : se faire connaître ; aller vers
- Déployer des bus itinérants de prévention avec une équipe pluridisciplinaire dans les territoires