

Emetteur : <ul style="list-style-type: none"> • CRSA de Bourgogne-Franche-Comté 	<p>Contribution de la CRSA Bourgogne-Franche-Comté au Ségur de la Santé</p> <p>Synthèse de la journée d'échanges du 17/06/2020</p>	Date : 18 juin 2020 Version : n°1
Destinataires : <ul style="list-style-type: none"> • Membres de la CRSA de Bourgogne-Franche-Comté • ARS de Bourgogne-Franche-Comté • Ministère des Solidarités et de la Santé 		PJ : tableau de synthèse des contributions Ségur de la santé, reçues par la CRSA de Bourgogne-Franche-Comté

Table des matières

Propos introductifs	2
A. Simplifier radicalement l'organisation et le quotidien des équipes	4
I. L'usage du numérique dans le soin	4
a) Les difficultés et enjeux des usages du numérique en santé, la situation avant et pendant la crise sanitaire	4
b) Les leviers identifiés pour une facilitation et un élargissement des usages du numérique en santé ..	7
II. Le modèle de financement des activités de soin	10
a) Les difficultés rencontrées provenant du mode financement de l'activité de soin, la situation avant et pendant la crise sanitaire	10
b) Les leviers identifiés afin de renforcer le modèle de financement de l'activité de soin	13
B. Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers	16
I. Les approches pluri-professionnelles et intersectorielles, entre l'hôpital, la ville et le médico-social	16
a) Les difficultés et enjeux de l'articulation et la coordination entre ville, établissements sanitaires et établissements médico-sociaux, public-privé	16
b) Simplification des dispositifs et clarté des rôles au service d'une meilleure coordination et articulation entre les acteurs de la santé	20
II. Les parcours des patients et personnes âgées	22
a) Des difficultés mises en exergue d'accès et de qualité des soins pour les personnes âgées	23
b) Des solutions pour l'accès et la qualité des soins pour les personnes âgées.....	24
Conclusion de la synthèse.....	27

Propos introductifs

L'année 2020 aura été marquée par une crise sanitaire sans précédent. Celle-ci a mis à rude épreuve le système de santé français, alors même que plusieurs réformes étaient engagées, notamment les actions relevant du plan *Ma Santé 2022*.

Le 25 mars 2020, le Président de la République s'est engagé à prendre le temps d'une nouvelle concertation avec tous les acteurs du système de santé français, afin d'apprendre des expériences vécues au cours de la crise du COVID-19 et d'en tirer les conséquences sur l'organisation du système de santé en France.

Le 25 mai 2020, le Ségur de la Santé était officiellement lancé par le Premier Ministre, Edouard Philippe, et le Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran. Devant quelques 300 participants représentant les acteurs du monde de la santé, ils ont rappelé l'ambition de cette grande concertation que doit être le Ségur :

- Tirer collectivement les leçons de l'épreuve traversée afin de bâtir ensemble un système de santé qui serait à la fois plus moderne, plus résilient, plus innovant et plus souple ;
- Remettre les professionnels, les usagers et les territoires au centre du système.

Afin d'atteindre ces objectifs, en plus des concertations nationales, des partages d'expérience dans les territoires ont été organisés à partir du 29 mai 2020, autour de quatre piliers thématiques :

- *Pilier n°1* : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- *Pilier n°2* : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;
- *Pilier n°3* : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- *Pilier n°4* : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Bourgogne-Franche-Comté, a fait le choix d'organiser une journée d'échanges le 17 juin 2020 entre ses membres, afin de partager leurs expériences, d'identifier les principales difficultés vécues notamment à la lumière de la crise, ainsi que les solutions à proposer pour la future grande réforme du système de santé.

Pour l'organisation de cette journée, deux thématiques et quatre sujets ont été choisis pour faire l'objet de temps de travail regroupant des acteurs diversifiés et représentatifs des professions, établissements et usagers du système de santé :

- **Thématique 1 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes**

- Sujet 1 : l'usage du numérique dans le soin :

L'épisode de confinement de la population a créé une distance physique entre patients et professionnels de santé, entre professionnels ou acteurs de l'écosystème du soin en France, mais a également vu un véritable « bon en avant » des usages des services ou outils numériques, s'affranchissant de contraintes qui semblaient jusqu'ici difficiles à dépasser (exemple de la télémédecine, de l'exploitation des données de santé, la mise en place de systèmes d'information partagés...). Comment l'épisode de crise COVID-19 a-t-il modifié les usages du numérique entre patient et professionnel, entre professionnels ou acteurs de l'écosystème du soin en France ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ? Quels sont les freins ou contraintes (appréhension des usagers, contraintes réglementaires ou administratives,

technologiques, etc.) qui sont tombés pendant la crise et pourquoi ? Qu'est-il souhaitable de voir conserver ou améliorer demain en matière d'usage du numérique et dans quelles conditions (réglementation, technologie, accompagnement des usages, etc.) ?

- Sujet 2 : le modèle de financement des activités de soin :

Le modèle de financement des activités de soins est aujourd'hui au cœur des réflexions menées dans le cadre du Ségur de la santé : tarification à l'activité, paiement à l'acte, qualité des soins, pertinence des soins, coordination des parcours... Comment repenser le financement des parcours de santé des patients, en ville, à l'hôpital... ? Que faut-il retenir de l'expérience de la crise en la matière ? (Freins, leviers, contraintes levées ou difficultés rencontrées...) Quels sont les modèles alternatifs de financement / rémunération des soins qui pourraient être favorisés demain et quelles sont les prérequis, garde-fous, conditions de leur bonne mise en œuvre ?

- **Thématique 2 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers**

- Sujet 1 : les approches pluri-professionnelles et intersectorielle, entre la ville, l'hôpital et le médico-social :

Les territoires ont été l'échelon de l'épidémie, découpant la France selon une cartographie inédite sous l'angle de la propagation du virus, de la capacité du système de soins... Mais les territoires se sont également révélés comme une solution de la gestion et de la réponse à la crise, par l'affirmation de certains écosystèmes de soins, et une coordination continue de leurs acteurs, établissements, professionnels, fédérations, associations, bénévoles. Quelle articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social a été observée pendant la crise ? Quelle articulation entre public et privé ? Que faut-il retenir de l'expérience de la crise en la matière ? (freins, leviers, contraintes levées ou difficultés rencontrées...) Quelle nouvelle organisation du système de santé dans chaque territoire : articulation intégrant l'hôpital, la médecine de ville et le médico-social ; articulation public – privé... ? Quelle structuration des soins de proximité ?

- Sujet 2 : Les parcours des patients et des personnes âgées :

Les personnes âgées ont été touchées à plus d'un titre par la crise COVID-19 : mortalité, interruption des suivis et traitements en même temps que du lien avec les praticiens, isolement social et éloignement familial... remettant également au centre des débats, les problématiques liées à l'autonomie. Comment l'épisode de crise COVID-19 a-t-il ébranlé les parcours des patients et personnes âgées ? Que faut-il retenir de l'expérience de la crise en la matière ? (freins, leviers, contraintes levées ou difficultés rencontrées...) Comment améliorer et pérenniser les dispositifs d'appui sanitaire aux EHPAD et aux autres établissements médico-sociaux ? Comment renforcer les liens entre les établissements et les professionnels pour garantir les parcours les plus adaptés pour les personnes âgées ?

En sus de la journée d'échanges, la CRSA et l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, ont mis en place tout début juin, une boîte mail générique destinées à la réception de contributions complémentaires, permettant ainsi d'ouvrir plus largement le champ des contributions et les sujets de réflexion.

A. Simplifier radicalement l'organisation et le quotidien des équipes

I. L'usage du numérique dans le soin

Afin de pouvoir analyser l'usage du numérique dans le soin, il apparaît nécessaire de définir les termes relatifs à ce qu'il recouvre en France et à son intégration dans le parcours de soin.

La **e-Santé** correspond à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la santé. Cela inclut des sujets divers comme le développement et la mise à jour des systèmes d'informations, la création de formations en e-learning, l'usage de progiciels (pour la prescription par exemple) ou l'usage du Big Data etc.

La télésanté est un domaine de la e-santé, visant à protéger et promouvoir la santé *via* l'utilisation des systèmes de communication. Au sein du grand ensemble que représente la télésanté, il existe deux grands pôles : la télémédecine et la m-santé.

- **La télémédecine**, est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle regroupe 5 grands actes : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale, ainsi que la régulation.
- **La santé mobile** (ou m-santé), quant à elle, se réfère à l'ensemble des services touchant de près ou de loin à la santé disponible en permanence *via* un appareil mobile connecté à un réseau.

Le numérique a plusieurs usages au sein du système de santé, avec des objectifs et des populations cibles différentes. Au cours des ateliers, 4 grandes familles d'usages ont été prise en considération.

- Tout d'abord la **création de données de santé**, visant à contribuer à l'informatisation des outils d'activités des professionnels, à l'intégration des technologies de l'information et de la communication dans leurs pratiques et au développement des usages associés.
- Deuxièmement, le **partage et l'échange des données** ainsi créées, afin de renforcer la coordination des soins et la coopération entre professionnels en favorisant le partage et/ou l'échange de données à leur disposition.
- **L'exploitation de ces données** est un troisième usage du numérique. Cela consiste à renforcer la capacité d'analyse des données disponibles, à des fins de pilotage, de veille et d'alerte, d'analyse médico-économiques et de recherche.
- Enfin, vient **l'exposition et la communication des données**, afin de développer et améliorer les services rendus aux usagers du système de santé et accroître leur capacité d'implication dans la prise en charge de leur santé. Ces quatre usages sont en interaction constante.

Il en ressort que le numérique doit être considéré comme étant un outil permettant aux usagers de bénéficier d'une approche plus pratique, simple et efficiente de la santé et de ses composantes, mais également comme un levier au service des professionnels de santé pour simplifier leur quotidien.

a) Les difficultés et enjeux des usages du numérique en santé, la situation avant et pendant la crise sanitaire

Les importants flux d'informations transitant via les outils numériques ont pu fausser la compréhension des usagers vis-à-vis de la situation sanitaire

Une première difficulté, pour l'ensemble des usagers, a été de faire face à **l'afflux et l'hétérogénéité de l'information** qu'il était possible de trouver, non seulement dans les médias mais également sur les réseaux sociaux. Ainsi, de nombreuses informations – véridiques ou non – informations ont pu circuler plus vite grâce au numérique. De même, les prises de positions de personnalités, issues ou non du monde médical, ont pu être amplifiées et diffusées de façon très rapide.

Ceci ne permettrait pas la tenue d'un débat serein ou à l'usager de disposer d'une information simple et éclairée pour savoir exactement quel acte réaliser. Par exemple, « puis-je sortir pour aller au cabinet médical car je pense être malade mais pas du COVID ? ».

La crise sanitaire a mis en exergue la multiplicité des solutions/systèmes informatiques et leur manque d'interopérabilité

Il est nécessaire de disposer de plusieurs applications/progiciels afin de pouvoir gérer l'entièreté des besoins potentiels des personnels de santé. Or ceux-ci ne sont pas toujours compatibles entre eux et la communication s'en trouve altérée. Un exemple est celui de la gestion de stocks de masques dans les établissements ou les groupements d'établissements n'ayant pas de systèmes centralisés et compatibles entre eux. Connaître l'état des stocks s'est avéré être problématique car les données ne parvenaient pas à remonter rapidement vers le gestionnaire. Le manque d'interopérabilité a donc mis en exergue des problématiques de pilotage : **l'exploitation des données n'était pas efficace** malgré l'existence d'outils numériques.

Outre le cloisonnement des applications, la question de leurs accès est aussi évoquée comme source de difficultés. La période de crise a vu l'utilisation du fax augmentée fortement car celui-ci était considéré comme étant plus sécurisé pour l'échange d'information sensibles, plus simple d'utilisation etc. que d'autres moyens technologiques. L'utilisation de la « messagerie sécurisée » entre acteurs n'était par exemple pas toujours possible du fait d'un déploiement encore partiel. Un autre exemple, **l'usage d'AMELI pro pour les médecins retraités soignant leur famille**, acte autorisé par l'Assurance maladie, n'était pas possible car ceux-ci ne disposaient pas d'identifiants leur permettant de se connecter à l'application. Cela empêchait donc la traçabilité de leurs actes et le signalement rapide de cas de COVID éventuels, avec un impact sur **l'exploitation des données en vue d'un pilotage global de la situation**.

Les données de santé sont par nature très sensibles et font donc l'objet de réglementations strictes

La **sensibilité des données traitées et de leur sécurisation** peut être vue comme constituant une difficulté supplémentaire. Il importait donc d'avoir la certitude que ces informations n'allaient pas circuler sans contrôle ni garde-fous, ce qui pouvait provoquer des lenteurs à la diffusion de l'information voire même une réticence à l'effectuer.

Toutefois cette difficulté n'était pas nouvelle et était déjà prégnante avant la crise de la COVID. Un exemple soulevé est que la situation sanitaire n'a pas empêché des hackers de s'attaquer à des bases de données d'entreprises commerciales, comme Easy Jet. **Le partage et l'exploitation des données** ne peut s'opérer qu'avec l'accord de l'usager et celui-ci ne pourra être obtenu sans l'existence de confiance de l'usager dans la sécurité des moyens de transmissions et d'utilisation de ses données de santé.

Sur cette question de la protection des données personnelles et de santé en temps de crise, l'obligation de résultats, sauver la vie des patients COVID+, a pris le dessus sur l'obligation de moyens, de faire circuler les informations justes nécessaires et de façon sécurisée.

Concernant la remontée et le partage des informations, l'urgence de la situation a conduit à une meilleure synergie et une coopération accrue entre les différents acteurs, en se basant davantage sur les outils numériques à disposition. Cela allait de **la création plus rapide de la donnée**, par exemple une saisie sur une temporalité resserrée des lits disponibles par les personnels hospitaliers, à **l'exploitation optimisée** de celle-ci, *via* la mobilisation de ressources supplémentaires. Ainsi, par exemple, **la connaissance en temps réel de la disponibilité des lits en réanimation dans les GHT**, disponible grâce à la remontée d'informations vers le régulateur *via* l'usage du numérique a été un levier certain afin de contenir le risque de saturation durant la pandémie. Cela n'a pu être réalisé toutefois

qu'au prix de gros efforts de la part des personnels hospitaliers afin de transmettre ces informations aux ARS. Mais cette réalisation a permis la mise en place des transferts inter-régionaux en France et avec les pays frontaliers. La perception d'une menace imminente a permis le déploiement de ces énergies.

La télémedecine était méconnue et peu usitée avant la pandémie

Au début de la crise du COVID, **la téléconsultation n'était pas connue et a fortiori pas très utilisée par les usagers**, et était encadrée par des règles très précises. Notamment il n'était possible de bénéficier de ce service que si le praticien avait déjà vu au préalable en présentiel le patient.

De plus certains patients avaient la crainte de se voir poser un mauvais diagnostic et donc que l'acte de soin ne soit pas efficace, voire dangereux. L'acceptation et la prise en main n'ont donc pas été immédiats.

Si elle n'était pas très plébiscitée avant la crise, la téléconsultation a vu son taux d'utilisation grimper durant la crise. A l'origine, les professionnels avaient la crainte de se voir forcer la main et que la téléconsultation soit vue comme étant la solution aux déserts médicaux. Mais durant la crise, il a été constaté qu'elle pouvait aider à résoudre les évidentes difficultés ou impossibilités de déplacement des usagers. Elle fut donc un véritable levier visant à garantir la continuité de certains soins, du suivi médical des patients ainsi que le maintien du lien patient-médecin. Ainsi est pris l'exemple de patients ayant besoin de consultations psychologiques ou psychiatriques et qui ont pu en bénéficier *via* les modalités de téléconsultation. Ceci a permis de garantir que leur état ne se dégradait pas sans que personne ne puisse s'en rendre compte. Sans remplacer le présentiel, la téléconsultation a pu ajouter une corde à l'arc des praticiens.

Avec le déconfinement on observe toutefois à nouveau une baisse des téléconsultations alors qu'elles ont constitué un levier pour le maintien du suivi des patients pendant la crise.

De même, les professionnels de santé ont noté un net développement de l'usage de la télé-expertise.

Les zones blanches, ou peu équipées, ont pu constituer un frein à l'usage du numérique au cours de la crise sanitaire

La crise a mis en exergue un **problème déjà connu de couverture du réseau internet et téléphonique du territoire**. L'existence de ces « **zones blanches** » pouvait rendre inopérants les dispositifs à distance, comme l'usage d'une plateforme pour la prise de rendez-vous ou de la télémedecine. En effet, comment réaliser une téléconsultation lorsque le réseau est instable ou que celle-ci est coupée plusieurs fois ? Un exemple évoqué est celui relatif à la difficulté de transmission de résultats biologiques aux patients ainsi qu'aux médecins prescripteurs lorsque le réseau est instable, voire en panne. La transmission peut prendre du retard et aggraver la situation et/ou le stress du patient. La création, le partage et la communication des données *via* les outils numériques ont donc souffert de cette carence du réseau.

Ceci pose non seulement la question de la fracture numérique territoriale, mais également de la **gestion en mode dégradé lorsque l'outil numérique ne peut remplir sa mission**.

Les populations peu habituées à l'usage du numérique n'ont pu bénéficier de ses apports

La crise du COVID-19 a également mis en exergue la problématique de **l'inclusion numérique** de certaines populations : foyers non équipés en matériel informatique, et à très faibles revenus, personnes âgées... Au-delà du manque d'équipement, il est aussi question des réticences et freins vis-à-vis de l'usage des outils numériques.

La crise traversée n'a fait que rendre plus prégnantes des difficultés déjà existantes des usages du numérique en santé : interopérabilité des systèmes, gestion des données sensibles, déploiement des réseaux et outils

numériques, acculturation des professionnels et patients... mettant l'accent sur un besoin d'accélérer le déploiement d'outils numériques centrés sur les besoins des professionnels et des patients, simples d'utilisation, et interopérables si ce n'est communs.

b) Les leviers identifiés pour une facilitation et un élargissement des usages du numérique en santé

La mise en évidence de la multiplicité des solutions fait émerger nécessité d'accélérer l'interopérabilité et de la facilité de prise en main des tout numérique

Le numérique doit permettre de créer des conditions favorables à la coordination et à l'échange entre les différents professionnels du monde médical, ainsi qu'entre professionnels et patients. « Un bon artisan a toujours ses bons outils », ainsi le numérique est un outil, pas une finalité. Cette problématique est globalement celle de **l'usage des produits numérique**. Il faut que le numérique soit accessible simplement et **au bénéfice du plus grand nombre**, s'adapter à l'humain et être au service de l'acte de soin.

Cet aspect fait également émerger un impératif : celui de la réversibilité. Il est nécessaire d'être **toujours en capacité de se passer de l'outil**, en cas de problème majeur : par exemple toujours avoir les compétences d'effectuer une vérification visuelle, certes invasive mais nécessaire, si les machines d'imagerie venaient à tomber en panne. Il ne faudrait **pas tomber dans la société du tout numérique**, car si l'outil ne fonctionne plus, il faut être capable de pouvoir continuer à agir.

Le pilotage et le décisionnel bénéficieront des potentialités du numérique pour aider à la prise de décision à condition que les rôles de chacun soient clairement identifiés : qui doit piloter et comment doit-il le faire ?

Le numérique, *via l'exploitation des données créées, partagées et transmises au régulateur peut permettre la mise en place d'un pilotage plus efficient*. Il est par exemple possible de penser à une remontée plus rapide des alertes sur le territoire. Toutefois ceci nécessite que le partage des rôles soit clairement identifié afin que les flux soient orientés vers les acteurs les plus à même de traiter les données ainsi récoltées, et prendre les décisions pertinentes et les mettre en œuvre. Le numérique doit **permettre de sérier les urgences et non venir ajouter une surcouche à un millefeuille complexe**.

L'exploitation des données de santé par le régulateur doit se faire en fonction de besoins et de rôles définis au préalable. Il est nécessaire d'avoir une vision claire du mode de régulation souhaitée (descendante / confiance entre acteurs / mécanisme de marché / mixte) et du périmètre couvert par cette régulation.

A ce titre **les ARS pourraient être réaffirmées comme les acteurs « pilotes » en charge du recueil et de l'exploitation des données en vue :**

- **Du pilotage de l'adéquation des ressources aux besoins du territoire,**
- **De la cohérence au sein du maillage territorial de la santé,**
- **De l'animation de la prévention.**

Les questions de sécurité et de qualité des données devraient être portées par les acteurs de santé eux-mêmes mais pour garantir le recueil et le traitement efficace des données, les ARS doivent pouvoir être les garants d'une normalisation commune et de l'interopérabilité des systèmes avec l'appui des GRADES (structure fédérant les acteurs pour la politique de e-santé en région).

Un cadre sécurisé et cohérent doit être utilisé dans la gestion de la donnée de santé

Il est nécessaire d'avoir **une gestion optimisée des données de santé et de la développer**, car c'est l'utilisation de la donnée qui a permis d'éviter la saturation du système de santé.

Dans ce domaine, il est proposé de développer un projet européen de protection des données de santé, car la France seule n'aura pas les capacités financières et intellectuelles de réaliser un tel projet. Ceci serait une réponse à la place écrasante des géants du numérique (tel Google ou Amazon) dans la gestion de la donnée numérique à l'échelle mondiale. Ceci devra permettre un éclaircissement des lois applicables, une mise en sûreté des données de santé et donc **d'accroître la confiance des utilisateurs**.

De même, il faut mener une véritable politique de communication sécurisée pour les données de santé, notamment avec le **GRADES** (structure fédérant les acteurs pour la politique de e-santé en région). Il est proposé notamment d'accroître l'utilisation de leurs outils. De plus, ils pourraient notamment être hébergeurs de données de santé.

Renforcer l'utilisation du numérique en santé par le plus grand nombre : accompagner l'acculturation et les démarches usagers

La simplification des démarches des usagers, la logique de parcours et de point d'entrée unique, ainsi que la dématérialisation des démarches usagers sont des enjeux majeurs et communs à toute la sphère publique depuis quelques années, à accentuer et accélérer dans le champ de la santé ou du médico-social, par exemple en intégrant l'accompagnement aux démarches numériques de santé au sein des Maisons France Services.

L'interopérabilité se traduit par des actions de certification et de formation

Plusieurs propositions ont émergé concernant les progiciels à destination des praticiens, afin de **garantir leur ergonomie et leur adaptation aux besoins réels des médecins**. Tout d'abord une **certification** des progiciels par l'Assurance maladie, *via* un cahier des charges stricts qui obligerait notamment à l'inclusion d'outils de messagerie sécurisées ou de transmission automatique de la fiche synthèse annuelle du médecin traitant, alimentation automatique du DMP etc. Sans cette certification, le progiciel ne pourrait être commercialisé sur le territoire national. De plus, il est nécessaire que ces logiciels puissent centraliser les informations des différents patients sans recours à plusieurs solutions en parallèle. Ceci permettra **d'améliorer le partage et l'échange de données entre professionnels**, par exemple dans le cadre d'actes de télé-expertise, mais aussi de **renforcer la sécurité des flux de données**, en les faisant transiter *via* des réseaux éprouvés et approuvés.

De plus, il est envisageable de **créer des bouquets d'outils au sein desquels les professionnels** pourraient venir choisir leurs outils numériques en fonction de leurs besoins et usages. Par exemple, pour un pédiatre faisant de la néonatalogie n'aura que peu d'intérêt à avoir un outil troisième âge. Mais les différents outils devront garantir leur capacité à communiquer entre eux, là encore dans une **logique de renforcement des possibilités d'échanges** et donc de coordination entre les différents professionnels du monde médical.

Mais, afin de garantir le bon usage des outils numériques mis à disposition, il conviendrait également que les professionnels puissent bénéficier d'un **audit individuel** de leurs compétences en informatiques et leurs capacités à utiliser les différents outils mis à leur disposition. Cela devrait aller de pair avec des formations et la mise en place de règles d'utilisation connues et communes à tous, à l'image d'une sorte de **code de conduite / d'utilisation du numérique en santé**.

Développer les solutions d'intelligence artificielle au service de la prévention

Associées à la gestion des données de santé, les solutions d'intelligence artificielle pourraient permettre d'agir sur la prévention et la définition du parcours patient en anticipant les besoins de soins et donc les étapes essentielles du parcours : le patient aura-t-il besoin de services d'aides à domicile après son hospitalisation ? Si oui de quelles aides précisément... ?

Le développement du DMP permettrait d'optimiser les usages du numérique en santé, en renforçant les possibilités de partage entre les professionnels, de façon sécurisée.

Le Dossier médical partagé est un outil qui permettrait de **centraliser l'ensemble des données relative à un usager**. Toutefois à l'heure actuelle il ressemble plutôt à une base de données sans possibilité d'y effectuer une recherche, et dont le caractère non obligatoire rend l'usage très hétérogène. Or un tel outil aurait toute sa place au sein de la e-santé, au bénéfice à la fois du patient et des professionnels : traçabilité du parcours patient et du suivi médical, prévention de risques liés à l'état de santé de la personne, continuité de la prise en charge d'un praticien à un autre ou d'un établissement à un autre...

Il conviendrait qu'il puisse être alimenté automatiquement *via* les progiciels, avec une procédure servant à vérifier l'accord du patient (une pop-up par exemple) et vienne ensuite alimenter la carte vitale. A chaque fois qu'elle serait lue par un professionnel de santé, il aurait accès aux éléments nécessaires à la bonne prise en charge du patient. Ceci passe toutefois par une forte sécurisation des données, un travail de réflexion sur les accès et les usages relatifs à l'utilisation de ces données.

Le développement de la télémédecine et de la téléconsultation vise à renforcer le service à l'usager par le numérique

La téléconsultation a donné satisfaction durant la crise. Toutefois, les mesures entourant son utilisation étaient dérogatoires. Les décisions de l'Assurance maladie sur le **maintien ou non de la levée de certaines contraintes réglementaires ou administratives autour de la téléconsultation** seront donc très importantes.

L'objectif de la téléconsultation doit être d'améliorer le parcours de soin, sans remplacer le contact avec un médecin en permettant d'un côté au patient d'avoir accès à un/son médecin même en cas de difficultés ou d'impossibilité de déplacement mais également au professionnel de santé de pouvoir réaliser des actions de régulation de façon plus efficiente. Par exemple, une téléconsultation doit permettre au praticien d'identifier s'il faut transformer cet acte distant en acte présentiel et selon quelles modalités : orientation du patient dans son parcours de soin.

Le numérique est l'un des leviers d'attractivité des métiers de la santé de demain

Le numérique aujourd'hui peut devenir un levier de l'attractivité des métiers de la santé : simplification des activités, allègement des tâches administratives, apports technologiques pour la qualité des soins, image favorable de modernité... A commencer par le fait de doter les personnels d'équipements (tablettes, téléphones) pour l'utilisation d'applications en mobilité.

Faut-il conférer à l'usage du numérique un caractère obligatoire ?

Il est possible de rendre l'usage numérique obligatoire, s'il y a des relais pouvant venir accompagner les individus ne disposant pas de la possibilité/capacité d'agir eux-mêmes *via* le numérique (exemple du dispositif d'accompagnement des redevables mis en place par le ministère de l'Economie et des Finances, de l'Action et des Comptes publics autour du PAS et de la déclaration en revenus en ligne).

II. Le modèle de financement des activités de soin

Le problème du financement de la santé en France est un sujet extrêmement complexe, faisant intervenir des dizaines d'acteurs différents, issus tant de la sphère privée que de la sphère publique, voire des milieux associatifs à but non lucratifs, travaillant tous dans des contextes particuliers avec des contraintes différentes, sur des problématiques médicales aussi diverses que spécialisées, aussi globales que techniques. Au regard de l'envergure du sujet, **une réponse et solution unique ne semble pas envisageable.**

La question des modèles de financement se confond facilement et régulièrement avec la question de l'enveloppe de financement allouée à la santé en France. **La manière de répartir les moyens se heurte souvent à la quantité de moyens disponibles à répartir.**

Concernant le financement de la santé, il est enfin utile de préciser les principaux outils qui régissent les budgets de la santé aujourd'hui. Une lecture de ces outils peut être multi-scalaire avec :

- Au premier échelon, au niveau de l'établissement de santé, la T2A : la Tarification A l'Activité ;
- Au deuxième échelon, au niveau du territoire, les groupements hospitaliers de territoires et les modalités de financement associées ;
- Au troisième échelon, au niveau national, l'ONDAM : l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie.

Ces outils budgétaires et comptables ont pour objectif d'organiser, de contrôler et d'optimiser l'allocation des ressources dans le milieu de la santé.

a) Les difficultés rencontrées provenant du mode financement de l'activité de soin, la situation avant et pendant la crise sanitaire.

La T2A :

La Tarification à l'Activité ne permet pas de reconnaître la prise en charge d'un individu ou d'une pathologie dans son ensemble, elle concerne au contraire uniquement l'acte réalisé. Elle s'appuie sur une **logique comptable et financière de la santé**. Parfois qualifiée de serpent de mer par les participants, elle est arrivée dans le monde de la santé en même temps qu'une nouvelle logique financière qui ne parle plus de moyens, mais de déficit et de manque de moyens et de mauvaise répartition des budgets. Ainsi, elle a rapidement cristallisé le ressentiment des personnels soignants et d'une partie des usagers.

Par exemple, en pneumologie, la T2A est totalement inefficace à rendre compte de l'activité réelle des médecins : certains patients peuvent rester très longtemps dans le service pneumologie pour un seul acte médical réalisé, tandis que d'autres sont des patients chroniques de longue durée. En pneumologie, la T2A a favorisé le recours excessif à l'ambulatoire, dans des situations où il aurait été préférable de garder les patients en observation, et certains professionnels le regrettent.

Les **effets pervers de la T2A** ne s'arrêtent pas uniquement à une modification des pratiques médicales sans lien direct avec la santé du patient. L'organisation toute entière des hôpitaux a progressivement été façonnée selon le modèle de la tarification à l'activité, afin de maximiser les ressources des établissements. Cela a entraîné une **priorisation des actes qui rapportent le plus**, les actes à forte valeur ajoutée, au détriment de tous ceux qui rapportent moins ou ne rapportent pas. Ainsi, on a souvent privilégié la cardiologie, qui est une spécialité qui génère beaucoup de revenus, au détriment des services de soins ou des services d'éducation des patients à mieux se soigner.

Par ailleurs, une question se pose : la pertinence des soins prescrits et réalisés sur les patients est-elle toujours la même dans un système qui privilégie et rémunère mieux les soins rapides et à forte valeur ajoutée ? La T2A a certainement influencé une partie des praticiens à prescrire des actes superflus, voire pire, à ne pas prescrire des actes utiles ou importants parce qu'ils auraient coûté trop cher, ou n'auraient pas suffisamment rapporté.

Ainsi, il est important de réaliser que **certains modes de financement d'aujourd'hui ne sont pas adaptés** à la réalité du terrain, des besoins des patients et à la qualité des soins qui leur sont prodigués.

Si la T2A pose de nombreux problèmes, il est important de noter qu'elle apporte aussi une solution viable et sérieuse dans certaines situations. Ainsi, il y a une **certaine cohérence à recourir à la T2A dans le cadre de certaines opérations, certaines spécialités** ou chez certains praticiens ou types de patients chez qui elle est justifiée.

Ainsi, pour des sujets comme les opérations effectuées en ambulatoire de manière régulière, il est cohérent de recourir à la T2A. Il existe aussi d'autres activités plus chronophages qu'il resterait pertinent de traiter en T2A, s'il était possible de négocier la valeur de l'acte réalisé. Néanmoins, **la T2A ne gagne pas à devenir la seule et unique norme du financement de la santé en France.**

D'ailleurs, la T2A n'est pas le seul modèle de financement à poser problème. En effet, en psychiatrie, une professionnelle témoignait qu'elle n'était pas soumise à la T2A, car la psychiatrie est soumise au régime de la dotation globale, et pourtant elle jugeait les crédits reçus dans ce cadre « *largement insuffisants* ». Ainsi, il apparaît qu'**une seule solution unique et identique partout n'est peut-être pas la solution.**

Enfin, il est important de rappeler que le ou les modèles de financement choisis doivent avoir pour mission de **permettre de réaliser la prise en charge la plus adaptée aux besoins de chaque patient prenant en considération la notion de temps et pas uniquement d'actes.**

La prévention et la formation à la prévention

La prévention est depuis longtemps le parent pauvre du milieu médical. Il est très difficile de mesurer les résultats d'une politique publique de prévention à la santé, qui s'inscrit dans le long-terme, à l'échelle d'une décennie au moins, sinon une génération. Et pourtant, quelques contre-exemples persistent, comme le cas du diabète.

Il apparaît toutefois indiscutable qu'une éducation à la santé doit être dispensée aux populations ainsi qu'aux professionnels, et qu'une vraie prévention soit mise en œuvre.

S'il apparaît indiscutable qu'une **éducation à la santé soit dispensée aux populations et aux professionnels**, il semblerait qu'il faille aussi que les professionnels soient formés à la prévention ainsi qu'à l'éducation thérapeutique, et que le **modèle de financement de demain prenne en compte la prévention comme un aspect sanitaire important**, et encourage les professionnels à prendre le temps de faire ce travail de prévention au quotidien.

En effet, même si l'on ne sait pas mesurer l'impact de la prévention, il est indéniable qu'elle présente un retour sur investissement important, attendu qu'elle soit bien mise en place. Concernant son mode de financement, en revanche, la question reste entière. La couverture des besoins au niveau territorial n'inclue pas les deux types de prévention, primaire et secondaire, et manque donc l'une de ses missions : l'accompagnement réel sur le long cours.

Aussi, si cette crise a pu mettre en valeur un phénomène notable, c'est l'impact des inégalités socio-économiques sur la santé et la fragilité de certaines populations à une telle épidémie. En effet, les facteurs de risque socio-économiques se sont montrés déterminants durant cette crise, et c'est un des grands sujets qu'il faut adresser aujourd'hui, qui pose directement la question de l'allocation des ressources

La complexité des processus et le besoin de lisibilité

Le modèle GHM GHS, le Groupement Homogène de Malades et le Groupement Homogène de Séjours, oblige aujourd'hui par sa complexité les hôpitaux à embaucher du personnel dédié uniquement à l'optimisation de leurs recettes, au détriment de ressources au profil médical.

Même constant pour le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations) pour lequel les hôpitaux mobilisent des ressources administratives pour catégoriser les actes réalisés.

Enfin, les **CPOM** (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) **auraient aussi beaucoup à gagner à la simplification**. Sensés simplifier les transferts de ressources internes, les CPOM sont pourtant d'une grande complexité et, paradoxalement, la complexité d'un CPOM est inversement proportionnelle à l'envergure de l'établissement concerné : le CPOM d'un CHU fait environ 5 pages quand le CPOM d'un EHPAD fait au minimum 100 pages. Dans le même ordre d'idées, les EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) et les ERRD (Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses) sont aussi jugés très complexes. La différence énoncée sous-tend une distinction de traitement des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les moyens financiers alloués

Concernant les moyens financiers alloués, le premier constat fait est celui d'une **nette insuffisance des moyens par rapport aux besoins** du terrain. Néanmoins, une fois ce constat dépassé, on parvient à soulever les autres problèmes liés.

Les hôpitaux fonctionnent à l'allocation de ressources, or ces ressources opposent la question des besoins de santé et celle de l'offre de santé : « **on traite ce qu'on peut traiter au lieu de traiter ce qui doit être traité** ».

Par ailleurs, la même problématique d'allocation de ressources territoriales se pose : aujourd'hui, la répartition des territoires des GHT ne se superpose pas avec le découpage administratif des régions, et on a des habitants de la région de Grand Est qui dépendent du GHT 21-52 alors que les spécialistes, généralistes et autres professionnels de santé qu'ils consultent sont ceux de leur région. Ce problème de découpage territorial brouille la lisibilité des actions et de l'allocation de moyens.

Enfin, dans la droite ligne de l'allocation des moyens financiers reçus, la déontologie médicale impose que tout membre du corps médical conserve son indépendance professionnelle. Au regard des modèles de financements existants, et de la très forte incitation à la multiplication des actes induite par la T2A par exemple, cette indépendance semble de plus en plus menacée.

Le cloisonnement public/privé :

La crise a aussi mis en lumière le problème du cloisonnement de la santé publique/privée, notamment au travers de la forte sous-activité vécue par la médecine de ville alors même que la tension s'accroissait chaque jour dans le milieu hospitalier. Dans une telle situation, **les médecins de ville auraient du pouvoir apporter leur appui à leur confrère à l'hôpital**.

S'il paraît important d'abattre cette cloison, les corporatismes et autres guerres de chapelle semblent tout faire pour s'y opposer. En cela, il est important de souligner le rôle de l'ARS, capable de faire partager et appliquer à tous les acteurs de son territoire, des décisions communes.

Les inégalités territoriales :

Un autre problème réside dans les inégalités territoriales :

- La **répartition inégale des personnels soignants sur les territoires**
- Le fonctionnement des politiques incitatives insuffisantes à retenir ou déplacer les compétences de santé jusqu'aux territoires en tension. Les inégalités territoriales soulèvent la question de la libre installation des médecins et autres personnels de santé sur le territoire.
- Les victimes de la crise du COVID-19 : les inégalités socio-économiques au sein des territoires se reflètent dans les mortalités constatées

L'allocation de ressources doit dorénavant correspondre à la mission des établissements de santé : la couverture d'un territoire et d'une population, avec toutes ses caractéristiques propres (socio-économiques, régionales, démographiques, ...).

La rémunération des personnels de santé

Dans la droite ligne de ces quatre derniers sujets, un réel problème rencontré par les agents de terrain au sortir de la crise concerne la rémunération, et plus particulièrement la **prime exceptionnelle de 1 500€ accordée par l'Etat** aux travailleurs en milieu médical en première ligne face au Covid, et ses conditions d'éligibilité. Ce problème relève à la fois de l'égalité de traitement, de la cohérence des rémunérations, de la complexité/simplicité des critères utilisés et de l'allocation des moyens dans la santé, mais c'est avant tout un problème qui repose sur l'ineptie du cloisonnement public/privé : de nombreux soignants du secteur privé ne seront pas éligibles à cette prime parce qu'ils ont été intérimaires. Ces intérimaires ont, bien souvent, été aux côtés de la fonction publique hospitalière, sur le terrain pour soigner et lutter contre la maladie, alors que d'autres agents hospitaliers ayant passé toute la crise en télétravail sont bien éligibles à cette prime.

Par ailleurs, la crise Covid-19 a mis sur le devant de la scène les travailleurs du milieu de la santé et, parmi eux, un grand nombre de « travailleurs pauvres ». En effet, certains soignants occupent un emploi à temps plein et gagnent moins de la moitié du revenu médian français, notamment à cause des conventions collectives dans lesquels le salaire d'entrée est inférieur au SMIC.

Le corollaire de ceci est que les carrières dans ces métiers sont très peu attractives et que le recrutement est très difficile, à la fois pour renouveler les équipes mais aussi pour procéder à des remplacements ponctuels.

Ainsi, il semblerait qu'un nouveau modèle de financement de la santé doive prendre en compte l'objectif de **réduction des inégalités de traitement de salaire** (ce qui permettra par le même coup de rapprocher un peu les secteurs public et privé).

Il faut aussi poser la question d'une modulation de la tarification chez le médecin généraliste, en fonction des actes qu'il effectue. Par exemple, lorsqu'un médecin prend le temps de remplir un dossier MDPH qui lui prend plus de temps qu'une consultation normale.

b) Les leviers identifiés afin de renforcer le modèle de financement de l'activité de soin

Les modèles de financement de demain doivent être :

- **Pluriels**, adaptable et librement choisi, et non unique, uniforme et imposé ;
- **Collaboratifs**. La collaboration est essentielle à l'efficacité de la médecine de demain et comme il faut des équipes pluridisciplinaires voire pluri-professionnelles ;
- **Centrés sur le patient et ses besoins**. Il faut développer l'offre de parcours de santé, dans l'optique de remettre le patient au cœur du dispositif et afin de simplifier et de clarifier le système de santé.

- **Simple.** Un modèle de financement qui soit porteur d'une simplification double : à la fois pour le système de santé et pour le patient usager. En plus de cette simplicité, il faut de la lisibilité afin que le fonctionnement soit accessible et compréhensible par tous.

Un mix de systèmes de financement

Les réalités des besoins de santé observés en fonction des parcours patients, encouragent la définition de plusieurs modèles de financement que les établissements seraient libres de choisir : les établissements de santé pourraient choisir le ou les modèles de financement qu'ils souhaitent appliquer dans leur structure, en fonction de leurs spécificités, de leurs patients, pathologies et parcours. Cette **pluralité de systèmes de financement** possibles serait donc une source de liberté et d'autonomie pour les structures, et permettrait de donner à chacun l'espace qui lui est nécessaire, au sein d'un cadre défini, pour mener à bien son activité.

La proposition a été faite de **moduler les règles de financement par niveau territorial** : le niveau national apportant un socle commun à tous, le niveau régional permettant un premier niveau d'adaptation et d'équité et le niveau des Communauté Territoriale de Professionnels de Santé, le dernier niveau correspondant aux caractéristiques populationnelles et géographiques de la zone couverte.

Concernant la tarification à l'activité, il a été reconnu que si elle cristallisait énormément de ressentiment, elle n'en était pas moins efficace et utile dans certaines situations. Simplement, pas partout, tout le temps, ni sans alternative : conserver la T2A mais de réduire son champ d'application uniquement aux activités pertinentes. Ainsi, **la T2A pourrait coexister avec la dotation globale de fonctionnement**, et même avec d'autres modèles de financement en cours d'élaboration.

Le financement des parcours patients

L'expérimentation de modèles de financement nouveaux autour des parcours patients a été rendue possible par l'intermédiaire de l'article 51 de la LFSS 2018, à l'image des projets suivants dont certains initiés par les acteurs de Bourgogne-Franche-Comté :

- **Equilibres** : Un projet visant à favoriser l'autonomisation des patients en bénéficiant de soins infirmiers à domicile grâce à une approche holistique et en équipe. Le financement substitutif mis en place consiste en une tarification horaire au temps passé auprès du patient ;
- **DIVA, Dijon VAScular Project (BFC)** : Un projet permettant de réduire les récurrences et les complications handicapantes de patients victimes d'AVC et d'IDM afin d'aboutir à une diminution de 10 points du taux de ré-hospitalisation via l'organisation d'un suivi intensif par des professionnels. Le financement substitutif mis en place est un forfait multi-acteurs, par patient, pour une séquence de 24 mois.

Pour l'expérience DIVA, la question du fonctionnement de la rémunération a été posée. Afin d'éviter les retours post-hospitalisation, ce parcours permet à un infirmier d'aller régulièrement chez le patient pour voir si tout se passe bien, et à un pharmacien d'avoir un entretien particulier à 6 mois puis à 12 mois pour s'assurer qu'il a tout compris à son traitement, qu'il le suit bien et que ça se déroule bien. L'objectif est de réduire de 10% les complications et les retours de patients. Le financement dérogatoire forfaitaire inclut les entretiens pharmaceutiques et les passages infirmiers réguliers, avec une clé de répartition propre à l'équipe expérimentatrice, et le partage du dossier médical est mis en œuvre par l'hôpital afin de permettre à tous les praticiens de communiquer entre eux facilement et rapidement sur l'état du patient.

- **Di@pason** : Un projet de mise en place d'un parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK. La mesure INR se fait par prélèvement capillaire, avec l'utilisation d'un

laboratoire de poche connecté et d'un logiciel permettant au laboratoire « hors les murs » de fournir les résultats d'analyse immédiatement. Un financement partiellement substitutif est déployé, composé d'un forfait multi-acteurs annuel par patient ;

- **Psycog** : Une initiative permettant d'optimiser le parcours de soins du patient présentant un trouble cognitif lié à la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et/ou de son aidant en intégrant la prise en charge de leur souffrance psychique en ville. Le financement mis en place est entièrement substitutif et se présente sous la forme d'un forfait multi-acteurs, par patient, pour une séquence de 12 mois maximum.

Plus globalement, ces six projets peuvent être regroupés en trois types de parcours :

- Les **parcours fonctionnels**, qui se concentrent sur une zone de l'individu avec une solution spécifique ;
- Les **parcours de l'évolutive**, qui traitent les maladies cancéreuses ou chroniques évolutives, avec un rôle du médecin traitant très important.
- Les **parcours de maladie chronique** pure, gérés par le médecin traitant uniquement

Ces expérimentations localisées doivent être encouragées et multipliées. Une fois des modèles de financement satisfaisant développés et validés sur le terrain, par les premiers concernés, il est proposé de dépasser le stade expérimental afin de généraliser ces modèles au niveau national, en les intégrant au droit commun. Néanmoins, le processus de déploiement d'un modèle national issu d'une expérimentation locale ne doit pas donner lieu à une forte complexification de son fonctionnement : il faut **conserver l'agilité et l'attractivité des modèles de financement** développés sur le terrain sans leur ajouter une nouvelle couche de rigidité, trop souvent constatés dans les mesures nationales.

Le financement collaboratif

Comme les parcours patients font appel à de nombreux professionnels de santé, chacun dépendant d'établissements différents, avec leur propre fonctionnement, il est important de trouver un modèle financier capable de réunir les équipes afin qu'elles puissent travailler ensemble à accompagner et soigner les patients :

- **Le paiement à l'épisode de soins** : Prise en charge ciblée et limitée dans le temps de tout un épisode de soins par une équipe de professionnels de santé identifiés, rémunérés par un forfait.
- **L'incitation à la prise en charge partagée (IPEP)** : Incitation financière à la coordination et l'organisation des acteurs d'un territoire pour améliorer la santé de leur patientèle
- **Le paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)** : Rémunération collective des professionnels de santé qui remplace l'ancien système. Un participant a fait remarquer que c'est un très beau projet, avec un vrai travail d'équipe dans lequel les professionnels sont détachés du poids financier et peuvent organiser une prise en charge optimale, mais restait néanmoins sceptique sur la capacité des professionnels de santé à choisir des critères équitables de répartition quels sont les critères de répartition du forfait payé par l'Assurance Maladie pour cette expérimentation

Par ailleurs, ce financement collaboratif participe au décloisonnement entre ambulatoire / hospitalier / médico-social, public/privé dans la santé.

Les moyens financiers alloués

Un nouveau modèle d'allocation de budget sous la forme d'un financement à deux niveaux pour les structures hospitalières :

- Niveau 1 : Une dotation fixe annuelle basée sur des paramètres quantitatifs de population couverte & d'autres critères (à définir dans les CTS par exemple). Cette dotation annuelle sera révisée et revalorisée annuellement

- Niveau 2 : Une dotation variable qualitative qui serait liée aux particularités de la population du territoire (% de personnes âgées et quantité d'EHPAD dans le territoire par exemple) et en fonction des différentes spécialités exercées par chaque structure médicale ainsi qu'en lien avec les risques technologiques, les risques routiers locaux, l'âge de la population, les facteurs socio-économiques, ...

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

I. Les approches pluri-professionnelles et intersectorielles, entre l'hôpital, la ville et le médico-social

Le terme « **approche** » sous-entend le décloisonnement entre les services de la profession et présage une nouvelle ouverture d'esprit, dépassant le schéma de pensée où chacun reste dans son rôle. C'est la manière d'approcher le sujet qui fera justement le lien entre l'ensemble des éléments. Derrière le terme « **intersectoriel** », il est entendu toutes les professions de la santé, dont la santé mentale, qui est parfois oubliée.

La crise a révélé de forts dysfonctionnements entre les secteurs et notamment entre la ville « parent pauvre du système » et l'hôpital « plus lucratif ». Les disparités se sont aussi faites sentir entre le sanitaire et le médico-social avec l'exemple des personnes âgées.

Le « **pluri-professionnel** », sous-entend lui, la nécessaire prise de conscience qu'il n'y a pas que les soignants à être concernés. Ainsi en est-il des « **usagers** ». Cette notion aurait pu être intégrée à l'énoncé car **l'usager est la finalité du lien entre l'hôpital, la ville et le médico-social**. Il s'agit toutefois d'un terme très vaste, et mais il vient renforcer la nécessaire attention de considérer toutes les personnes concernées. Il comprend, entre autres, tous les pensionnaires des centres d'accueil, les personnes sujettes aux problèmes de santé mentale, à la précarité, aux addictions, les personnes âgées ou bien en situation de handicap.

Il a été souhaité, également, de remplacer le terme médecine de ville par celui de « **médecine ambulatoire** » car ce sont en majorité des lieux non-urbains qui sont concernés par celui-ci.

La « **coordination** » et l'« **articulation** » sont vus comme nécessaires pour toutes les professions au service du patient et de son parcours.

Au cours de la crise, est apparue une nouvelle phase de décentralisation, de l'Etat vers les régions mais également des régions vers les départements, afin de faire face à la disparité des territoires face à la crise sanitaire. La logique de proximité a prévalu, dans une optique de « **territorialité** ».

a) Les difficultés et enjeux de l'articulation et la coordination entre ville, établissements sanitaires et établissements médico-sociaux, public-privé

Les échanges ont permis de faire émerger les difficultés ressenties par les professionnels présents. Si la plupart d'entre elles prennent leurs origines avant la crise et se confirment pendant, certaines ont pu être résolues par le décloisonnement qui a découlé de l'urgence sanitaire.

Dans les difficultés énoncées, six enjeux de coordination et d'articulation pluri-professionnelles et intersectorielles se dessinent :

- La réglementation,
- La gouvernance,

- Les moyens mis à disposition,
- L'organisation,
- Les disparités territoriales
- Et la démocratie sanitaire.

L'importance de la réglementation et les lourdeurs administratives impactent le service aux usagers

Les professionnels déplorent des réglementations encadrant le monde de la santé trop nombreuses et peu lisibles.

De plus, les lourdeurs administratives pèsent sur le personnel et sont même considérées comme étant un obstacle à leur mission d'accompagnement des usagers dans leurs parcours de soin.

Par exemple, dans le cas d'une demande d'intervention à domicile, si une décision n'est pas prise rapidement il est possible d'attenter à la vie du patient, que l'action devait contribuer à préserver.

Ils demandent « moins d'administratif plus de soignants ».

La complexité de la gouvernance du système de santé n'est pas adaptée à la situation

Il y aurait une trop **grande diversité des statuts, des responsabilités et des financements**, empêchant d'avoir une vision claire et favorisant la fragmentation des circuits ainsi que des décisions. La coordination de services de natures différentes est complexifiée si chacun est gouverné par une institution différente, financé par un sponsor distinct et régit par un statut opposé.

Pendant la crise sanitaire, le manque de lisibilité dans la répartition des compétences entre les entités gouvernantes s'est exprimé par le partage de responsabilités entre l'ARS et la Préfecture. Du fait de cette perte de repère des institutions gouvernantes c'est tout le **dispositif institutionnel de démocratie en santé** qui a été ralenti avec l'arrêt net de la transmission d'information des conseils territoriaux de santé (CTS) dans certains départements et la mise à l'écart des représentants des usagers en milieu hospitalier comme en secteur médicosocial, à l'image de la non information sur la situation dans les EHPAD. L'ARS est aussi visée par des critiques de non transmission de l'information et cloisonnement des décisions au sein de l'institution.

Par ailleurs, les élus politiques ne jouent pas leur rôle dans la représentation de la gouvernance du système de santé. Ils ne sont pas impliqués dans l'articulation entre les acteurs du milieu, au détriment de territoires qui nécessiteraient la prise de partie pour le choix de répartition des réseaux de santé. D'autant plus, que la **continuité dans les décisions politiques n'est pas toujours assurée**, comme on le voit avec la non pérennisation des moyens investis dans une expérimentation alors même que celle-ci est considérée comme étant une réussite. Cela contribue à brouiller la lisibilité et la cohérence des actions poursuivies par les personnels.

Des moyens mis à disposition non ou mal adaptés

L'impossibilité de nombreux patients à aller vers le système de santé pendant la crise a démontré un **manque d'effectifs** dans les métiers du « Care » (auxiliaire de vie, aide-soignant, etc.) : aides à domicile des personnes en situation de handicap ou âgées dépendantes par exemple. Ceci pourrait s'expliquer par le manque d'attractivité de ces métiers, souffrant de la conjonction entre une faible rémunération, le ressenti d'un manque de reconnaissance et les difficultés inhérentes à ces métiers, comme par exemples les horaires décalés ou la difficile conciliation entre la vie de famille et la vie professionnelle.

Ces difficultés de ressources humaines sont amplifiées par le **manque de formations initiales et continues** des professionnels de santé, notamment en ce qui concerne les personnes en situation de précarité, de handicap ou âgées.

Ceci contribue à dégrader fortement le service de soin reçu par l'utilisateur. Certains sujets, comme la **prévention**, par exemple autour du vieillissement, des accidents, ou du handicap sont trop **peu abordés**.

De plus, il importe que le modèle économique imposé aux acteurs leur soit adapté afin de leur permettre de remplir leurs missions dans de bonnes conditions. Or, il apparaît que le paiement à l'acte et la forfaitisation de l'activité (la **T2A**) sont bâtis sur le modèle économique de la médecine de ville et non sur celui de l'hôpital ou du médico-social. Cette inadéquation pousserait à faire des choix, basés non pas sur les besoins du patient mais sur les besoins économiques des hôpitaux. Par exemple, certains hôpitaux vont peu à peu délaisser les soins moins bien rémunérés, tel les actes liés à la santé mentale ou au soin aux personnes âgées, pour se focaliser sur des actes plus rémunérateurs, dans une optique de préservation des budgets. La coopération entre les différents acteurs peut dès **lors se transformer en compétition**.

De plus, durant la crise sanitaire, une difficulté supplémentaire a émergé pour les professionnels de santé : **l'inadéquation entre les plans de prévention diffusés par les autorités et la réalité opérationnelle des moyens alloués**, notamment pour les équipements de protection individuels (EPI) (masques, sur-blouses, charlottes, etc.). Ce manque de moyens a été source de stress et de frustration de la part des équipes.

L'organisation des parcours de santé ne donne pas pleinement satisfaction et ne permet pas une bonne coordination des différentes professions

La coordination autour d'un parcours de soin ou le suivi d'un usager en particulier n'est pas automatique. Un premier frein évident est qu'il est possible pour un usager d'effectuer des passages dans plusieurs services sans que son dossier contenant ses antécédents ou les observations des professionnels l'ayant rencontré en amont ne soit transmis : nécessité de réaliser à nouveau des examens déjà réalisés, reposer plusieurs fois des questions identiques afin que les différents professionnels puissent appréhender le dossier en intégralité.

Au sein de l'hôpital, le **manque de coordination se ressent entre les services du fait de leur cloisonnement**. Si cet état de fait est fortement critiqué, la répartition des praticiens par spécialité n'est pas remise en question.

Sans la coordination adéquate entre établissements ou professionnels, il peut survenir des **ruptures au sein des parcours de santé pouvant s'avérer très problématiques**. Par exemple dans le domaine de la santé mentale, si les professionnels accompagnant la personne dans son milieu de vie habituel ne transmettent pas les informations nécessaires au médecin spécialiste, il y existe des risques de mauvais diagnostic pour le patient, car la sortie de son cadre de vie amoindrit ses symptômes. Cette difficulté met en lumière **l'importance de bien définir les rôles et les responsabilités de chacun afin que l'organisation puisse fonctionner de façon efficace**.

La **crise a provoqué un assouplissement sur la définition du rôle de chacun des acteurs** dans le parcours de soin entraînant une amélioration de la coopération entre les équipes. Toutefois cela a entraîné une confusion, voire, une complexification des responsabilités : exemple d'un médecin traitant devant se présenter à l'hôpital chaque jour pour signer les prescriptions de ses patients.

En étant centrée sur l'hôpital, l'organisation actuelle du parcours de soin se ferait au détriment de la médecine ambulatoire, en ayant pour conséquence possible un recours presque systématique aux urgences de la part des usagers, alors même que l'ambulatoire aurait pu être privilégié. De même, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), système d'établissements prioritaires, se centrent sur les parcours mis en place sur le CHU ou sur les organismes publics en excluant les plus petites structures privées. **Le lien entre le secteur public et le secteur privé n'est que rarement pris en compte dans la définition des parcours patients**, laissant les structures privées ainsi isolées en difficulté pour la continuité des soins de leurs patients : exemple du retour à domicile des patients des structures privées qui vont passer en seconde position pour solliciter des aides nécessaires. Toutefois, durant la crise, les anciens

liens de coopération entre ces différentes structures ont pu renaitre. La collaboration et l'entraide entre ces services ont été nécessaires afin de pouvoir accueillir le plus grand nombre de patients possible. La crise a également mis en exergue le manque de clarté des missions respectives du public et du privé, ainsi que la nécessité de bien différencier les structures à but lucratif et celles à but non-lucratif.

L'équité et égalité d'accès aux soins et aux services est à atteindre

Il importe que toute personne ait **accès aux soins et aux services dont elle a besoin, quel que soit son lieu de résidence** : zones dépourvues de médecins en nombre suffisant (les fameux **déserts médicaux**). Cela implique de développer la notion de territorialité et d'impliquer les acteurs locaux dans les politiques d'aménagement du territoire.

Afin de pouvoir répondre de façon optimale au besoin des usagers, **la couverture santé du territoire** devrait être en adéquation avec la densité géographique : exemple du nombre maximum de pharmacies en fonction du nombre d'habitant sur le territoire. L'adéquation entre la couverture et la densité n'est pas toujours atteinte ce qui expose les usagers à un risque de rupture du parcours de santé différencié en fonction de sa zone de résidence. Ceci est d'autant plus vraie qu'une fracture numérique a été mise en évidence (cf. 1. *L'usage du numérique dans le soin*) avec des difficultés tant pour les professionnels dans l'exercice de leurs missions que pour les usagers.

Il est par ailleurs à noter que la **mauvaise répartition territoriale des soins est souvent associée à la mauvaise répartition de la culture, des loisirs ou même des services publics dans ces mêmes territoires**, les rendant peu attractifs pour les professionnels de santé souhaitant s'installer. En effet ceux-ci vont privilégier des territoires leur offrant des possibilités non seulement professionnelles mais également l'épanouissement du cadre familial : pouvoir bénéficier de loisirs, d'écoles pour ses enfants, de transports...

Afin de pouvoir réunir un ensemble de professionnels à même de travailler en collaboration autour de situations complexes, il importe que les territoires soient attractifs pour eux. Il s'agit d'**un enjeu d'aménagement du territoire, au sein duquel l'écosystème de la santé doit être intégré**, afin de lutter contre les disparités territoriales. En d'autres termes, ceci revient à dire qu'il importe de réduire les fractures territoriales, qu'elles soient numériques, économiques ou autres, afin que les professionnels de santé soient incités à venir s'installer sur l'ensemble du territoire.

La qualité et la sécurité de l'accompagnement des patients/personnes doit passer par la prise en compte de leurs besoins et l'information

Afin de garantir un système de santé efficace, il conviendrait d'avoir un fonctionnement centré sur **les besoins des usagers** et de leurs proches. En effet, ces besoins couvrent l'ensemble des étapes de l'accompagnement, de la prévention et l'éducation jusqu'au soin en lui-même. Or, la nature des besoins est hétérogène selon le territoire concerné et doit donc être appréhendé à une maille territoriale particulièrement fine. De même, les différentes populations doivent être prises en compte, afin de pouvoir coordonner leurs besoins entre les différents professionnels de santé relevant de leur situation.

Il importe également que le parcours de santé ou de soin soit le **plus fluide possible** pour l'utilisateur et ses proches. Cela suppose une grande coordination des professionnels intervenant auprès d'un même individu. Ainsi, plus le parcours de santé sera fluide et axé autour des besoins de l'utilisateur, plus celui-ci sera libre dans ses choix, grâce aux informations qui lui auront été transmises.

La confiance est un élément indispensable dans le lien les pouvoirs publics, les professionnels et les usagers

Afin de pouvoir coopérer, il est important que chacun des différents métiers constituant l'écosystème de la santé puisse avoir **une vision globale et lisible des rôles, responsabilités et activités de tous**. Ceci permet de repérer des

liens naturels entre métiers et de commencer à formaliser des bases de coopération. C'est par cette prise de connaissance que la confiance entre professionnels pourra se développer.

De plus, comme il a été signalé plus haut, l'utilisateur n'est pas toujours convenablement informé. Ceci peut engendrer de la défiance vis-à-vis des professionnels. L'information doit donc faire partie des priorités à développer.

b) Simplification des dispositifs et clarté des rôles au service d'une meilleure coordination et articulation entre les acteurs de la santé

Le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est nécessaire afin de garantir la coopération et la coordination des différents acteurs d'un territoire.

L'ARS, en tant que régulateur a un rôle à jouer dans le développement de ces structures. En effet, ils disposent d'un délégué au sein de chaque territoire pouvant leur fournir une image de celui-ci grâce à l'ensemble des données qui lui parviennent. Il est ainsi proposé qu'ils puissent promouvoir l'organisation et la création de CPTS grâce à leur connaissance du maillage territorial et des réalités spécifiques du terrain.

A titre d'illustration, il pourrait être **envisageable d'intégrer les CPTS aux processus de répartition et de distribution des équipements de protection sur leur territoire**, car cela irait dans le sens de leur mission de création de lien de coopération et de coordination entre professionnels. De plus, leur expertise et leur connaissance du terrain permettrait une remontée fiable des besoins.

Ces entités, comme le prévoit la loi, se devront d'être **intersectorielles et d'impliquer l'ensemble des organismes présents sur leur territoire**, qu'ils soient publics ou privés afin de stimuler les synergies et impulser des dynamiques entre les acteurs. De plus, il convient que les métiers du CARE puissent également en faire partie afin d'apporter leur expertise et également permettre une **valorisation de ces métiers**. Enfin, un financement doit être dédié comme gage de reconnaissance de la participation des acteurs à cette structure.

Enfin, il apparaît comme étant nécessaire d'intégrer et contractualiser les professions médicosociales au sein des maisons de santé (équipes de soin spécialisées) et des CPTS afin que tous les parcours médicosociaux fassent partie de l'accompagnement global des usagers. Ceci aurait pour objectif de fluidifier les relations entre professionnels et garantir un service adapté aux besoins de l'utilisateur.

Il est nécessaire de renforcer l'information autour des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) existant afin que les professionnels puissent s'en saisir.

Ces dispositifs ne sont pas aussi bien appréhendés par les professionnels que les CPTS et furent donc moins abordés durant les échanges. A titre d'exemple, **le dispositif MAIA n'était pas connu**. Cela démontre un besoin de **renforcement de l'information et de la communication autour de ces dispositifs**, par le biais de formation ou d'événements venant les présenter directement aux professionnels de terrain afin qu'ils puissent s'en saisir et de mettre ainsi en œuvre les possibilités de coordination ainsi offertes.

De plus, afin que ces dispositifs puissent remplir leur rôle au mieux il apparaît comme nécessaire d'y associer les professions médico-sociales, comme cela a déjà été exprimé pour les CPTS.

La démocratie sanitaire doit avoir une place au sein de la gouvernance du système de santé

Durant la crise, pour répondre à la confusion générale sur la gouvernance en santé, des actions participatives ont été mises en place sur le terrain et sont apparues comme un levier efficace pour améliorer la santé des populations. Aussi le développement de la démocratie sanitaire au sein de la gouvernance du système de santé paraît être une solution afin de disposer de l'ensemble des éléments et visions provenant du territoire avant de prendre une décision.

Ainsi, il est proposé que la CRSA puisse avoir un véritable rôle d'instance de démocratie sanitaire, via des fonctions de copilotage avec les autres organes.

Ainsi, les questions stratégiques des hôpitaux et de la répartition territoriale des soins doivent continuer d'être discutées et décidées au niveau régional, mais cela doit se faire de manière démocratique en impliquant les élus davantage et par leur biais les usagers.

Des solutions mises en place durant la crise afin de traverser l'urgence devraient être pérennisées :

Au cours de la crise sanitaire, des solutions temporaires ou dérogatoires ont été mises en œuvre. Il apparaît nécessaire de les pérenniser afin de renforcer les coopérations et les approches pluri-professionnelles et intersectorielles. Sont ainsi mis en exergue

- **La télémédecine** : il est proposé de continuer le système mis en place tout à apportant une attention particulière face aux abus et en redéfinissant le cadre légal de cet acte. La possibilité d'ouvrir la pratique aux infirmiers de pratiques avancées pourrait être à considérer.
- Dans ce cadre, il apparaît nécessaire de promouvoir les infirmiers de pratiques avancées (IPA), afin qu'ils puissent venir en aide aux autres professionnels et absorber une partie de leur charge.
- **La hotline mise en place pour la gériatrie** afin de garantir la sécurité et la préservation des personnes âgées en perte d'autonomie vivant chez elles est une solution à préserver car participant du lien humain et permettant d'éviter des ruptures de soin potentielles.
- **La régulation médicale libérale des urgences** a renforcé la coordination entre les urgences et les professionnels libéraux a permis de préserver les capacités d'accueil des urgences lors de la crise sanitaire. Avant la crise sanitaire, même si le numéro téléphonique du SAMU était déjà à disposition des usagers, les urgences recevaient chaque jour une multitude de patients potentiels et devait traiter une grande diversité de cas. Pendant la crise, le risque de contagion et les capacités d'accueil limitées ont encouragé le développement de la politique d'accueil, basée sur le 15 en amont des urgences. Avant de se rendre aux urgences, il était nécessaire de prendre contact avec ce service. Les Assistant de Régulation Médicale avaient alors en charge l'orientation du patient en fonction de la situation décrite par celui-ci. Ainsi il était possible pour le 15 de réorienter les personnes vers des médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, ou de leur conseiller effectivement de se rendre aux urgences, en leur envoyant éventuellement une ambulance. A noter que ceci se pratiquait depuis 2007 dans certains départements, mais que la crise a permis sa mise en place généralisée sur le territoire régional.
- **Boucle d'information locale** par messagerie instantanée mise en place par l'hôpital pour tous les professionnels et usagers.
- Il est également nécessaire de pérenniser **le dispositif d'accompagnement des soignants** mis en place après la crise. Il s'agit de dispositifs de soutien et d'accompagnement psychologiques des soignants, pouvant avoir été heurtés ou choqué par leur vécu dans la crise. Le soignant était donc également vu comme un patient potentiel du fait de la situation. Or, dans leur exercice quotidien, les soignants souhaiteraient que ces dispositifs continuent d'être mis en œuvre.

La nécessité de mettre l'accent sur la notion de service public de santé et sur la prévention

Ainsi il est proposé de redéfinir la notion de service public de santé car actuellement seule la notion hospitalière en fait partie, ce qui exclut les soins de proximité. Il importe que cette notion juridique englobe l'ensemble des acteurs de la santé afin de renforcer la responsabilité au sein du système.

L'utilité de la prévention doit pouvoir s'acquérir jeune. Aussi il est proposé la mise en place d'une politique de prévention sur l'usage du système de santé dès l'enfance, afin d'habituer les futurs usagers aux démarche de santé et

les sensibiliser à la nécessité de consulter ou non en fonction des situations. En parallèle le développement d'une cellule prévention au niveau CPTS ou maison de santé est à étudier.

De plus, il apparaît important de continuer à promouvoir la place des offreurs de soins dans le processus de prévention. La place de la prévention dans la pratique des soignants doit être valorisée, de même que la responsabilité populationnelle des établissements de santé : les hôpitaux devant être vus comme des promoteurs de santé.

Dans ce cadre, la stimulation et le développement de **formation** initiale et continue pour sensibiliser sur tous les métiers pourrait venir renforcer l'impact et les résultats de la prévention

Le développement d'un guichet unique d'accompagnement est une possibilité pour simplifier les démarches

Celui-ci aurait pour objectif d'expliquer et simplifier les démarches, en indiquant par exemple à qui s'adresser en fonction des situations.

Toutefois cette structure pourrait venir ajouter une nouvelle couche à un système déjà complexe. Aussi au cours des échanges, des contributeurs ont émis l'idée de simplifier les démarches administratives de partage de données plutôt que de créer ce guichet.

Des solutions complexes ou incomplètes doivent être abandonnées afin de focaliser les énergies ailleurs

- **Le développement professionnel continu (DCP)**, est considéré comme étant trop complexe pour être efficace dans son rôle de formation à destination des personnels de santé. En effet le processus d'inscription est jugé trop ardu, de même que les critères retenus pour pouvoir participer aux formations.
- **Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)** devaient fédérer les établissements publics, mais leur coopération ne peut s'imaginer sans inclure également les établissements privés qui font également partie du paysage médico-social. La révision de ce dispositif est donc proposée.

II. Les parcours des patients et personnes âgées

La crise Covid-19 a mis en exergue les difficultés déjà connues, rencontrées par les personnes en situation de dépendance de par leur état de santé ou leur grand âge en générant de **situations de ruptures multiples** : avec les proches et l'entourage (isolement, solitude, dépression...), avec le monde médical (arrêt du suivi médical ou des soins, syndrome de glissement...), avec le monde extérieur parfois même (sentiment d'abandon, d'enfermement, incompréhension et peurs suscitées par la lecture de la situation par les médias...).

La crise vécue également été un révélateur de la **multiplicité des situations de dépendance**, qu'elle soit :

- Fonctionnelle : dépendance pour la réalisation d'actes quotidiens comme de préparer ses repas ou de faire le ménage chez soi, vivre dans un logement adapté à son état physique, se déplacer jusqu'aux lieux de soins...
- Sanitaire : dépendance aux traitements et soins médicaux pour le maintien ou l'amélioration de son état de santé physique ou psychique...

La crise vécue sous l'angle des personnes âgées a enfin été révélatrice des **tensions sur les ressources de personnels formés aux spécificités gériatriques** dans tous les domaines médicaux, médicaux-sociaux.

a) Des difficultés mises en exergue d'accès et de qualité des soins pour les personnes âgées

Des ruptures dans les parcours des personnes âgées et en situation de handicap

Les ruptures dans les parcours des patients ont des incidences néfastes sur leur santé, l'épisode de la crise Covid-19 a été amplificateur voire révélateur des ruptures de parcours pour les personnes âgées ou en situation de handicap, avec plusieurs exemples :

- Le **passage d'une structure adaptée**, par exemple au situation de handicap physique ou de psychiatrie, à **un retour au domicile** : adaptation du logement, aide aux aidants, maintien des soins à domicile mais aussi des activités (culturelles, éducatives...) offertes par ces structures...
- **La sortie de l'hôpital et le retour à domicile** : sollicitation des aides aux personnes et mise en place rapide, accompagnement des personnes et aidant dans les démarches, multiplicité des financeurs et typologies des demandes de financements (pour l'aide à la personne, pour l'aménagement du logement...)
- **La bascule d'une structure adaptée** par exemple au situation de handicap physique ou de psychiatrie, **vers un EHPAD** à partir d'un certain âge atteint par les patients
- **Les séjours en hôpitaux pour les résidents des EHPAD et le retour à l'EHPAD** : certains EHPAD ne pouvant assurer un suivi et une prise en charge médicale suffisante au sein de l'établissement (manque de matériel, médecin régulateur de passage, manque de personnels qualifiés...), les résidents sont transférés en milieu hospitalier. Les inégalités des structures (entre privées et publiques, entre EHPAD urbain et rural) viennent accentuer ces situations de rupture.
- Etc.

Ces ruptures peuvent s'expliquer par l'ampleur de la situation vécue lors de la crise avec une concentration des besoins d'ajustements de parcours mais d'autres causes déjà connues sont également pointées du doigt :

- Un fonctionnement en « tuyau d'orgues » des différents organismes entre le sanitaire et le médico-social, entre les différents organismes du médico-social (départements, communes, établissements publics ou privés...) et la lisibilité des dispositifs et modalités de prises en charge.
- La tension sur les ressources de professionnels, médicaux ou médicaux-sociaux formés à la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap.
- Le manque de moyens financiers et d'équipements. Un exemple concernant le manque de masques, qui n'a pas permis aux professionnels de se rendre auprès des patients âgés sans leur faire prendre de risque.

Les impacts délétères des ruptures des parcours de soin des personnes âgées

Les situations d'isolement vécues par les personnes âgées : isolement chez soi, isolement en chambre au sein des maisons de retraites... ont été synonymes de l'arrêt de la stimulation cognitive des personnes âgées : sorties quotidiennes pour les plus valides, visites à domicile, activités offertes et vie en collectivité au sein des établissements... Cette épreuve a pu provoquer, chez certains publics fragiles comme les personnes âgées, l'aggravation des pathologies existants ou l'apparition de pathologies nouvelles.

Au-delà de l'impact sur l'état de santé des patients, c'est le **droit à la dignité et la question des droits des personnes en situation de dépendance** qui sont mis en avant par ces situations de rupture et la façon dont elles sont ou non prises en charge : les attentes des personnes âgées d'un point de vue humain, matériel mais aussi les attentes des familles concernant leur implication dans le vieillissement de leurs proches...

Paradoxalement, les élans de solidarité de la part des voisins et/ou de la famille ont pu accentué ce sentiment de dépendance des personnes âgées ou en situation de handicap, ou le faire naître chez des personnes qui ne se vivaient pas comme dépendantes jusqu'alors.

La diversité des situations vécues par les personnes âgées, dépendantes ou handicapées, et des constats au sortir de la période de confinement mettent en exergue deux grands enjeux à traiter dans le cadre du Ségur de la santé mais aussi de la création du 5^{ème} risque lié à la dépendance :

- **Comment garantir et maintenir l'accès aux soins pour les personnes âgées et dépendantes ?**
- **Comment assurer la qualité des parcours de santé des personnes âgées ?**

b) Des solutions pour l'accès et la qualité des soins pour les personnes âgées

La reconnaissance de la multiplicité des situations de dépendance et leurs prises en compte dans les parcours de santé des personnes âgées

Une réflexion est à porter sur la notion de dépendance et même des dépendances. Il existe en effet plusieurs formes de dépendance, et l'on peut devenir dépendant à tout âge. Le fait de ne plus pouvoir faire ses courses seul ou le ménage chez soi est une forme de dépendance, mais comment est-elle considérée comparée à la dépendance à la médecine, à un traitement médical impossible à recevoir chez soi ? Cette dichotomie de la dépendance doit accoucher d'une considération des personnes dépendantes, selon leur type de dépendance.

Les débats ouverts autour de la reconnaissance du 5^{ème} risque de sécurité sociale sont en ce sens primordiaux.

La redéfinition de la dépendance, plurielle, soulève *de facto* des questionnements sur les modalités de prise en charge et les parcours des personnes âgées ou en situation de handicap. Le niveau de dépendance devrait être la variable centrale de la définition du parcours d'une personne âgée :

- Une dépendance fonctionnelle (dépendance pour la réalisation d'actes quotidiens comme de préparer ses repas ou de faire le ménage chez soi, se déplacer jusqu'aux lieux de soins...) doit voir la mobilisation rapide de dispositifs permettant le maintien à domicile : aides à la personne, adaptation du logement, etc. sans que d'autres critères tels que le niveau de vie de la personne ou la capacité de ses proches à l'accompagner n'entrent en ligne de compte. C'est-à-dire une prise en charge par le secteur médico-social.
- Une dépendance sanitaire (dépendance aux traitements et soins médicaux pour le maintien ou l'amélioration de son état de santé physique ou psychique...) doit quant à elle être abordée du point de vue sanitaire *via* une prise en charge dans un établissement médicalisé.

La médicalisation des EHPAD, sous pilotage des ARS

Après avoir posé la question de la définition de la dépendance, à la fois dépendance médico-sociale et dépendance sanitaire, la question qui en découle concerne les structures actuelles d'hébergement des personnes âgées.

Une médicalisation des EHPAD permettrait de réserver ces structures aux personnes âgées en situation de dépendance sanitaire. Aussi, une obligation de moyens est nécessaire pour permettre la prise en charge de ces patients âgés :

- Des personnels qualifiés et formés aux soins gériatriques,
- Du matériel adapté (lits médicalisés, fauteuils roulants adaptés, etc.).

Pour aller plus loin, ces EHPAD médicalisés devraient être placés sous autorité de l'ARS et sous financement unique de l'Etat, permettant une cohérence des EHPAD sur le territoire national et un niveau d'exigence uniformisé sur le territoire pour réduire les inégalités.

De fait, la crise aura obligé les EHPAD à se transformer, en quelques jours, en établissements sanitaires, gardant la prise en charge de patient Covid+ au sein des unités Covid des établissements.

Adapter la formation des professionnels à leurs parcours et carrières

Par ailleurs, la gériatrie est une spécialité peu plébiscitée à la sortie de l'internat des jeunes médecins. Parce qu'elle est une spécialité transverse à d'autres spécialités et parce qu'elle peut attirer des professionnels à tout moment de leur carrière, la formation à la gériatrie devrait être possible en continue et à tout moment dans la carrière d'un professionnel qu'il soit médecin généraliste, gastro-entérologue, psychologue, etc.

Favoriser le maintien à domicile

Le corollaire d'une médicalisation des EHPAD est de permettre le maintien à domicile (ce qui, le plus souvent, est leur souhait) ou l'accueil dans d'autres types de structures, de personnes âgées en situation de dépendance non sanitaire.

Ainsi, il faut favoriser et développer au maximum les dispositifs d'aide à domicile. Aujourd'hui, ces aides sont multiples, dépendent d'une dizaine d'acteurs différents et il est très compliqué de bénéficier de toutes les aides auxquelles on est éligible ou même, d'en avoir connaissance.

C'est pourquoi l'identification d'un interlocuteur unique concernant les dispositifs d'aide au maintien à domicile est un premier pas souhaitable en matière de simplification des démarches pour les personnes âgées ou en situation de handicap et leurs entourages, que ce soit :

- Les aides financières : allocations, subventions
- Les aides à la personne : ménage, soins, compagnie
- Les aides liées à l'adaptation des logements
- Les aides à la mobilité

Le rôle des assistants sociaux dans le retour à domicile apparaît primordial. Le métier d'assistant social doit pouvoir bénéficier d'une rémunération attractive, une formation lui permettant de répondre aux sollicitations auxquelles il est confronté.

La définition voire la séparation claire des rôles, responsabilités et financements comme garantie de l'accès aux soins

Une définition claire des rôles et responsabilités de chaque acteur au-delà de permettre l'efficacité du système (cf. atelier *Les approches pluri-professionnelles et intersectorielles*), favorise la bonne perception du système de santé par l'usager et la compréhension de son parcours au sein du système de santé. Et si les patients doivent pouvoir bénéficier d'une vision plus claire du système de santé, la réciproque est aussi vraie : le personnel soignant et accompagnant doit disposer d'une vision de bout en bout du parcours du patient pour assurer son suivi (cf. *l'apport des données de santé et des outils numériques dans le suivi du patient interprofessionnel et intersectoriel*).

Un exemple est la nécessaire simplification et clarification entre le sanitaire et le médico-social autour de la question de l'organisation de la fin de vie. L'un des problèmes à résoudre concerne la double-tutelle dont souffrent les EHPAD et ses effets négatifs à la fois sur :

- La structure, son organisation et son fonctionnement : des financeurs multiples, des personnels qui n'ont pas le même employeur, des turn-over importants...
- L'offre et la qualité des soins au sein de ces établissements : exemple de la présence ou non de psychologues, diversité des situations et des parcours appelant des réponses différentes (accueil de personnes aux pathologies multiples et dans le même temps de personnes valides sans pathologies mentales et/ou physiques), matériel inadapté au grand âge ou au handicap...

Concernant le financement de ces soins, il apparaît important de gommer la frontière entre le sanitaire et le médico-social, notamment lorsque leurs objets sont si proches et indissociables.

La création d'une équipe proche du territoire

Outre une clarification des rôles et des acteurs du sanitaire et du médico-social dans la prise en charge des parcours de santé des personnes âgées, apparaît la problématique du point d'entrée du parcours des personnes âgées.

L'entrée des personnes âgées dépendantes dans le parcours de soin est un moment charnière du maintien en bonne santé de la personne. Il s'agit donc de détecter les populations, identifier leurs besoins et parcours et offrir rapidement une réponse adaptée. Cela peut par exemple passer par :

- **La prévention et ses acteurs à l'échelle de la commune** par leur connaissance des usagers sur leur territoire :
 - Les associations d'usagers ou la mise en place d'un nouvel acteur « médiateur en santé » à la rencontre des usagers et l'identification de leurs problématiques ;
 - Les communes, leurs élus locaux, leurs CCAS ou tout autre rôle de « référent santé » sur la commune ;
 - Les professionnels de la médecine ambulatoire (médecins de ville, de campagne, maisons de santé...) ;
 - Les professionnels des soins à domicile (aides-soignants, aides à domicile, infirmiers libéraux...).
- Au-delà du rôle de veille et d'alerte des acteurs précités, des **outils de repérage** performants, notamment numériques par la gestion de la *donnée* (cf. atelier *Les usages du numérique dans le soin*).
- La mise en place d'un **point d'entrée unique des parcours de santé doit être implanté dans les territoires, identifié des patients** :
 - L'identification d'« équipes traitantes » qui prendraient en charge une population qu'elle connaît, à l'image du « médecin traitant ». L'équipe traitante doit être formée pour la population spécifique dont elle s'occupe. Cela nécessite plus de facilité à exercer et des temps de traitements différents.
 - La création d'un guichet unique santé où les personnels du territoire (infirmiers en pratiques avancées, infirmiers libéraux...) pourraient assurer des permanences médicales au sein de ces structures, orienter les patients voire effectuer des actes simples.
 - La création d'un guichet unique pour les demandes et démarches liées au médico-social. Par exemple au sein des CCAS ou encore des maisons France Service sont des lieux uniques où les usagers peuvent venir pour être accompagnés pour toute leur orientation et leurs démarches d'usagers.
- La création d'un numéro 15 BIS pourrait permettre de différencier les urgences des interventions non programmées.

Conclusion de la synthèse

Cette journée d'échanges autour de ces différents sujets a permis de voir émerger plusieurs grands axes de consensus.

- **L'utilisateur soit remis au cœur du système de santé**, pour que ses besoins soient totalement pris en compte. Ceci doit mener à réfléchir à des solutions pouvant simplifier les démarches pour l'utilisateur, son parcours. A laisser aussi une place plus importante à la prévention, ainsi qu'aux acteurs de la démocratie sanitaire.
- **La simplification portée au parcours des patients doit également profiter aux organisations, aux équipes et aux professionnels** afin de créer les conditions optimales de l'exercice de leurs fonctions.
- **Cette simplification doit notamment passer par la refonte du modèle de gouvernance** du système de santé et la clarification des rôles par type d'acteur et maille de représentation du territoire selon les principes suivants :
 - **Une autorité régulatrice de la santé représentative de l'instance nationale** garante de l'égalité des territoires, définissant le cadre d'application réglementaire, s'assurant de la mise en œuvre de politiques publiques de santé sur le territoire auprès des acteurs concernés, animant la veille sanitaire et assurant la gestion des données de santé, ... C'est le rôle dévolu aux ARS, comme « Préfecture de la santé » sur les territoires.
 - **L'affirmation du territoire comme échelon pertinent de la réponse aux problématiques de santé** par la mobilisation de ses acteurs : une autonomie d'organisation des soins par les établissements et dispositifs de terrain (CPTS, DAC...), mettant en place une offre de soins autour des parcours de santé cohérente en fonction des besoins du territoire et de ses populations ; ainsi qu'une liberté d'innovation par exemple sur la mise en place de modèles de financements plus proches de la réalité des besoins de soins.
- La volonté exprimée par l'ensemble des intervenants est également de **favoriser encore davantage les coopérations entre les différentes professions de l'écosystème de santé français**, par le développement de l'inter-professionnalité et l'intersectorialité. Des CPTS « sauvages » ont émergé, permettant aux professionnels d'échanger autour de situations complexes, comme rarement auparavant.