



Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne

Avis sur le projet de loi

(Ministère des solidarités et de la santé NOR : SSAX1900401L/Rose-1)

relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé prévu pour 2019

Avis adopté à l'unanimité par sa Commission Permanente du 16-01-2019

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne, organisme légal de démocratie représentative consultative en santé, contribue régulièrement à l'analyse et formule des propositions pour des évolutions de notre système de santé. Pour rappel, la CRSA Bretagne a formulé un avis sur la Stratégie Nationale de Santé le 16 novembre 2017 et le projet de loi y correspondant.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne insiste encore pour que les « corps intermédiaires » participent régulièrement à l'élaboration des lois, et plus particulièrement les instances consultatives régionales. A l'heure aujourd'hui où le Président de la République appelle, dans le cadre du « Grand débat national » à se saisir des questions des politiques publiques, de notre fonctionnement démocratique et des organisations de l'Etat, il est contradictoire de refuser aux CRSA de s'en saisir, alors même que la décentralisation de la gouvernance de la santé, voulue par le législateur en créant les CRSA, participait certes à renforcer son pilotage, mais en même temps, en y associant des organes périphériques, il veillait à maintenir par l'expression d'un lien démocratique tenu entre les territoires et la CRSA, par exemple à travers des Conseils Territoriaux de Santé, l'expression et la prise en compte des professionnels, des usagers et des élus locaux. Les Conseils Territoriaux de Santé ayant pour vocation de remonter les préoccupations des territoires dans leurs diversités afin de permettre à la CRSA, de prendre des décisions et orientations éclairées dans la formulation de leurs avis et par ailleurs dans l'évaluation du droit des usagers. C'est aussi aujourd'hui ce qui transpire d'une façon sourde, à travers les revendications fondées ou fantasmées portées par "les gilets jaunes".

Par conséquent, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne décide de s'autosaisir. Malgré le délai très court, elle formule quelques propositions en lien avec ses propositions antérieures.

La CRSA éventuellement en lien avec les autres CRSA, complétera éventuellement son avis pendant les mois à venir, et la discussion parlementaire sur ce projet de loi.

Tenant compte des souhaits exprimés par les acteurs d'avoir des lieux d'expression et de contribution sur les politiques publiques globales, les instances régionales de démocratie en santé devront être régulièrement sollicitées pour avis. Cela est d'autant plus pertinent quand dans le projet de texte comme celui-ci porte entre autres sur la territorialisation du système. Le respect des formes démocratiques et du débat citoyen demande que les délais nécessaires soient accordés aux acteurs de

terrains et aux instances de démocratie en santé régionale et territoriale de s'organiser pour contribuer.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne partage des points de l'exposé des motifs, et notamment le paragraphe :

« Il convient de partir des besoins des patients et des professionnels de santé, qui sont les meilleurs experts de leur situation. L'assouplissement des contraintes et l'éclosion des initiatives locales doivent inspirer la transformation profonde du système de santé. Il s'agit également de poursuivre une dynamique de décloisonnement à tous les niveaux : entre hôpital, ville et médico-social ; secteurs public et privé ; entre professionnels, de la formation initiale à l'exercice, celui-ci devant être plus ouvert, pluri-professionnel et coordonné ».

Le titre Ier met en œuvre la réforme des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé.

Le chapitre Ier a trait à la formation initiale et continue des professions médicales.

Il faut arrêter le principe du numerus clausus des formations de médecins et avoir des politiques publiques prospectives qui permettent de construire le système de santé des années à venir, et permettre à tout citoyen d'avoir des médecins et autres professionnels de santé, de prises en charge et accompagnements en nombre suffisant exerçant dans tous les territoires, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou d'autres établissements et services. Il faut travailler à la répartition des médecins sur l'ensemble des territoires en priorité sur ceux en tension, avec des aides à l'installation.

Le secteur du domicile, comme d'autres, a besoin de personnels en nombre suffisant, bien formés et rémunérés à la bonne hauteur. Pour favoriser les recrutements à venir, il faut mettre en place une gratuité de la formation des aides-soignantes, recrutement sur obtention du bac pro et après entretien. Il faut également favoriser la formation en cours d'emploi que ce soit par le biais des VAE ou par la mise en place de dispositifs financiers non pénalisants pour les employeurs qui s'inscrivent dans ces dispositifs.

Le chapitre II est relatif à l'offre hospitalière de proximité et à la gradation des soins.

Les années récentes ont vu le développement de la chirurgie ambulatoire, la constitution de groupements hospitaliers, tout en continuant à avoir des insuffisances en personnels médicaux, ceci contraignant au recours à de l'intérim coûteux. Il ne faut pas négliger certaines difficultés actuelles d'organisation et de coordination de l'« offre médicale » globale tant hospitalière que libérale, de premier recours ou de second recours, ainsi que l'insuffisance de médecins dans les urgences.

La question majeure aujourd'hui serait la gradation et la qualité des soins, ce qui implique de réfléchir avec l'ensemble des personnels médicaux sur un territoire de proximité.

Il faut faciliter et financer, avec les municipalités et EPCI concernés, l'installation des maisons médicales de garde auprès des hôpitaux locaux en secteur rural.

Le chapitre III est relatif à la fluidification des carrières entre ville et hôpital.

L'article 6 vise à développer l'exercice partagé à l'hôpital de professionnels libéraux (modalités de recrutement par contrat). Il doit être rédigé de telle façon que la prise en charge de patients à besoins spécifiques (personne en situation de handicap ou de vulnérabilité) par ces professionnels de santé libéraux soit adaptée, raccourcie, simplifiée. Cela pourrait se faire notamment par l'accès à des

« plateaux techniques hospitaliers pluriprofessionnels » en chirurgie dentaire, gynécologique, dermatologique : accès aux tables d'opération sur des créneaux réservés.

Le titre II s'attache à développer un collectif de soins, entre professionnels, et secteur ambulatoire, médico-social ou hospitalier, et à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires. Il encourage le développement de projets de santé de territoire

L'article 7 crée, d'une part, le projet territorial de santé, qui concrétise l'objectif de décloisonnement entre ville, hôpital et médico-social. Il prévoit, d'autre part, que les projets des communautés professionnelles territoriales de santé sont soumis à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé afin d'assurer leur coordination avec les autres acteurs du système de santé.

L'article 8 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures visant à redéfinir les missions et les modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité. Cette mesure permet la concrétisation de l'objectif de labellisation des premiers hôpitaux de proximité dès 2020.

Le renvoi à des ordonnances devrait être exceptionnel. Il n'est pas une bonne procédure démocratique.

La question du collectif de soin nécessite que les professionnels travaillent en équipe autour et AVEC le patient. Il faut faire en sorte que l'interconnexion des administrations publiques (cnamts, cnaf...) Ne serve pas uniquement à lutter contre les fraudes, mais contribue également à améliorer l'accès aux soins. Importance d'un document d'information remis à toute personne bénéficiaire de la Cmu ou de l'AME.

Sur le refus de soin par le patient : permettre aux structures comme les Pmi, les centres de santé, de prévention en addictologie.... d'agir auprès des populations les plus défavorisées avec des financements et une vision à moyen terme des moyens qui seront mis à leur disposition.

Le Projet de Territoire de santé est une idée permettant un travail coordonné de réflexion et d'organisation de la proximité. Cependant, il ne doit pas correspondre à l'empilement d'existant, très nombreux, avec des périmètres divers, lourds en temps d'organisation et de rencontres, difficilement lisibles par les acteurs de terrain. Le territoire de santé doit être de taille mesurée permettant l'interconnaissance et la rencontre et mobilisation de tous.

Dans cette approche, il faut faire attention à ne pas supprimer d'emplois de soignants, en faisant des regroupements en vue de cette labellisation. Il faut donner les moyens financiers de cette labellisation.

La validation doit être celle du Conseil Territorial de Santé, le DG ARS étant co-signant sauf s'il fait un recours argumenté de la délibération du Conseil Territorial de Santé.

Le titre III encourage la transformation numérique du système de santé et des pratiques des soignants.

L'article 13 définit **le télésoin** comme pratique de soins à distance

Le télésoin permet quelques économies sur le transport mais pas sur le temps soignant et médical
L'exercice du télésoin peut nécessiter la mise en place d'une plateforme d'accueil et d'accompagnement du patient.

Cela doit être pensé et financé, et ce toujours pour une amélioration de la qualité des prises en charge et accompagnements.

Le titre IV comprend diverses mesures de simplification et de sécurisation

Art 19 Le I prévoit, en métropole comme outre-mer, la simplification des modalités d'exercice par les agences régionales de santé de leurs missions et la modification de leur organisation et de leur fonctionnement,

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne rappelle ses analyses et contributions de son avis du 16 novembre 2017 à la Stratégie Nationale de Santé et les nécessaires simplifications administratives et réglementaires urgentes.

Les démarches entre l'administration et les médecins nécessitent d'être améliorées et surtout simplifiées pour faciliter le temps médical. Les nouvelles dispositions liées à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel impactent les professionnels exerçant en Maison de Santé Pluriprofessionnelle, entraînant surcharge administrative et compétences pour le suivi des indicateurs. Par ailleurs, le suivi des objectifs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) impacte également très largement l'exercice de la médecine générale. Nous pouvons ici parler de temps « non médical », en augmentation et pour lequel les médecins sont incités à s'investir davantage. Or, l'enjeu n'est-il pas de permettre aux soignants de mettre à profit leur temps pour de la médecine ?

Concernant l'activité médicale, l'organisation des soins primaires est en pleine mutation depuis la loi de Santé de 2016. Il est difficile d'observer à ce jour l'impact de la reconnaissance des Equipes de Soins Primaires et de la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

Les Plateformes Territoriales d'Appui pour leur part commencent à fournir leurs services dans les territoires, à des niveaux variables. Nous constatons également dans les territoires la volonté des pouvoirs publics régionaux d'inciter à la « convergence des dispositifs », chère à Madame la Ministre. Nous serons vigilant concernant ces fusions de dispositifs, qui vont entraîner un regroupement de plusieurs structures sur des territoires élargis.

L'esprit de la convergence doit être de se rapprocher des habitants au plus près de leurs préoccupations et de leurs besoins. Il ne faudra pas perdre de vue cet objectif et permettre aux professionnels locaux d'être également partie prenante des projets de santé.

La CRSA souligne les évolutions importantes de nos pratiques sociales, l'empilement de réformes de l'organisation de l'Etat et des collectivités, et la numérisation renforcée de l'ensemble des documents que les citoyens et les professionnels doivent produire aux administrations. La CRSA rappelle qu'en Bretagne il y a 7% d'illettrés et environ 20% touchés d'illectronisme.

Un calendrier précis des simplifications à réaliser doit être produit par le Ministère, dans l'année, suivi d'une présentation annuelle à la Conférence Nationale de Santé.