



## **Préconisations de simplifications dans notre système de santé**

Suite à notre enquête menée en septembre-octobre 2017

Synthèse Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne 02/11/17

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne est soucieuse de l'amélioration du système de santé en région. Elle poursuit ses réflexions pour des propositions concrètes. Celles-ci s'appuient sur des propositions validées en plénière ou en Commission Permanente et sur les éléments d'une enquête sur les simplifications à opérer, enquête menée en septembre-octobre 2017 menée auprès de ses membres. Les propositions concernent notre système global de santé, et pourraient-devraient être actées au niveau national assez rapidement au niveau réglementaire dans une démarche positive permettant un gain pour tous. Le système de santé d'aujourd'hui est issu d'une déjà longue histoire ayant produit un empilement de dispositifs, de tarifications compliquées, de lieux de gouvernance. Certaines propositions suivantes sont déjà proposées de longue date par de nombreux acteurs. Ce document n'est sans doute pas exhaustif des simplifications possibles.

Les simplifications sont à concevoir comme nécessaires et indispensables à l'amélioration de notre système de santé. Elles doivent produire un meilleur service aux patients, usagers et aidants, une plus grande lisibilité du système, une facilitation des relations entre les personnes et entre les institutions, une plus grande efficacité, des économies budgétaires, une amélioration dans l'accès de tous aux dispositifs, une marche pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, une amélioration des coordinations indispensables au sein du système de santé et avec les partenaires. Les simplifications devraient être un engagement fort des responsables administratifs de l'Etat ; les trop nombreuses réticences administratives à la simplification sont autant d'entraves à l'amélioration du système et au déploiement des politiques publiques en santé voulues par le législateur. Il s'agit d'avoir une politique nationale et régionale en santé publique claire dans son organisation et ses attendus, efficace et coordonnée, répondant aux besoins de santé de la population, et permettant un parcours de santé coordonné et de qualité.

### **PRECONISATIONS DE SIMPLIFICATIONS CONCRETES QUI DEVRAIENT ETRE MISE EN PLACE RAPIDEMENT ET ASSEZ FACILES A REALISER.**

#### **a) Simplifications dans les rapports des usagers, familles au système et aux professionnels de santé et d'accompagnement**

- **généraliser la mise en place du dossier médical partagé ou personnel (DMP)**, et systématiser le renseignement du DMP par les professionnels autorisés en lien avec le dossier pharmaceutique : l'évolution des technologies numériques sécurisées devant faciliter les tâches, inscription systématique des ordonnances sur le DMP... ; un regroupement des informations patients et des principaux suivis devrait se trouver dans le DMP, cette généralisation du DMP est facteur d'économies, de coordination, d'efficacité, d'amélioration des services aux usagers ; pour rappel, la Cour des Comptes, dans son dernier rapport 2017 sur la Sécurité Sociale, relève que « La Cour avait constaté en 2012 l'échec coûteux du dossier médical personnel (DMP). Depuis lors, la situation n'a que peu évolué : à la mi-juillet 2016, seuls 584 532 dossiers étaient actifs. » La Cour ajoute que « l'incidence effective du dossier médical partagé sur le fonctionnement de notre système de santé est tributaire de son alimentation exhaustive et en temps réel par l'ensemble des professionnels de



santé. En dépit des dispositions légales qui les fondent, des délais d'appropriation de leurs obligations par les professionnels de santé sont à prévoir » ;

- **mettre en place des outils simples et les moyens opérationnels indispensables pour la coordination de soins** (exemple du carnet de maternité, carnet de santé enfant...) avec une vraie réflexion de la difficulté de recueil de données entre les différents outils utilisés par les professionnels pour éviter les recopiations ou impressions de feuilles volantes données aux patients (l'utilisation du numérique pouvant être une aide) ; engager une vraie réflexion sur qui est destinataire des comptes rendus courriers entre patients et professionnels de santé entre professionnels de santé... Quelle place de l'enfant/ ses parents dans les décisions courriers et avis le concernant ? Mieux organiser la sortie hospitalière pour un meilleur parcours de santé en respectant le choix des patients et usagers de leurs professionnels de santé et d'accompagnement, développer les messageries sécurisées entre tous les professionnels de santé afin que l'utilisateur soit bien au cœur des prises en charges et accompagnements ;

- **mettre en place un accès facilitant le recours aux professionnels de santé en cas d'urgence**, de spécialités etc... Y a-t-il vraiment un libre choix du patient ? Rendre facilement accessible par des plaquettes et sites web une information territorialisée sur l'offre médicale 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours à destination des usagers et services ;

- **avoir une meilleure identification du coût réel des soins** pour que les patients mesurent et anticipent les frais, pour une meilleure responsabilisation ;

- **engager une réelle simplification du langage** tant oral qu'écrit utilisé par les administrations et les professionnels pour les échanges avec les usagers. Nécessaire travail de littératie, de prise en compte des spécificités des autres, de l'utilisateur, des aidants pour une bonne appropriation, une bonne compréhension des protocoles, des dispositifs. Il ne suffit pas de dire pour que l'autre comprenne. Pour un bon accompagnement, pour une bonne observance, pour qu'il y ait un consentement éclairé du patient ou encore mieux pour permettre une coopération du patient par rapport aux soins envisagés, un langage trop technique, trop spécialisé est un obstacle, voire facteur de mise en échec.

- **généraliser, par la simplification des procédures, l'accès de tous les bénéficiaires potentiels à l'ACS** (plus des deux tiers ne font pas la démarche malgré les campagnes coûteuses de la SS et des organismes complémentaires pour faire adhérer au dispositif) : l'accès à l'ACS devrait être automatique par la SS compte tenu des croisements des fichiers SS et Services fiscaux, avec possibilité de refus éventuel a posteriori par l'utilisateur. Que l'accès à l'aide à la complémentaire santé ACS soit grandement simplifiée et profite enfin à tous ceux qui y ont droit. Nous sommes dans une situation de carence de mise en œuvre d'une disposition législative. Les procédures de demandes sont très complexes, inefficaces, inutiles puisque n'atteint aucunement son objectif de généralisation de l'ACS aux personnes y ayant droit. Les obstacles posés par l'administration de l'accès à l'ACS sont contraires à la politique de réduction des inégalités d'accès au système de santé. Il convient d'adopter une procédure simple et pérenne d'inscription automatique des bénéficiaires potentiels. L'administration (fiscale ou autre) doit avoir l'obligation d'adresser automatiquement et annuellement une attestation de droit à l'aide à la complémentaire santé à toutes les personnes dont le revenu déclaré est compris à l'intérieur des seuils de revenus fixés, avec inscription automatique du bénéficiaire aux droits de l'ACS.

- **maintien systématique de l'ACS pour personnes retraitées par période de trois ans** sous réserve de contrôle a posteriori des revenus de la personne âgée, ou de demande de suppression à l'initiative du bénéficiaire ;

- **facilitation de la procédure des vaccinations** ou actions de prévention et promotion de la santé conseillées par la SS (vaccin grippe...) : le document actuel n'est pas facilitateur : la SS devrait donner

au patient un bon pour retirer directement en pharmacie les produits pour ensuite aller chez le médecin et non les allers-retours coûteux et compliqués ; s'appuyer sur les disponibilités des professionnels de santé, y compris les pharmaciens formés spécifiquement ;

- **simplifier, pour mieux informer et agir, les actions d'informations, de débats publics**, de communications de prévention et promotion de la santé, de soutien aux aidants, d'informations sur les risques environnementaux, du monde du travail, actions très nombreuses, organisées par des acteurs très divers qui se coordonnent peu ou pas du tout sur les territoires ou en région ; la CRSA pouvant être l'organisme de coordination des informations ;

- **en santé mentale, éviter des ruptures de parcours** par des simplifications réclamées par des directeurs d'établissements et autres acteurs : les ruptures, les incertitudes de poursuites de prises en charge sont très dommageables pour l'efficacité de celles-ci et irrespectueuses de la personne. La problématique en psychiatrie est la césure qui existe entre pédo psychiatrie jusqu'à 16 ans et psychiatrie adulte à partir de 16 ans ...jusqu'à 99 ans. La transition est une phase de rupture pour différentes raisons : majorité 18 ans obligation scolaire 16 ans certains droits ouverts à partir de 20 ans ... D'autres à partir uniquement à 25 ans ... L'idée serait déjà de mettre la pédo psychiatrie jusqu'à 18 ans (psychiatrie des mineurs) ; il faudrait créer des unités ou centre de soins pour jeunes 18-25 ans, et promouvoir une certaine cohérence dans les dispositifs partenariaux.

- **renforcer le décloisonnement entre secteur sanitaire et éducation nationale**, décloisonnement fondamental dans la prévention et l'accès précoce aux soins

- **simplifier les maillages territoriaux de professionnels de santé** et équiper les pharmacies en territoires fragiles d'outils de télé-santé pour sécuriser les patients qui y habitent en se servant de la pharmacie comme poste avancé du système de santé, en lien avec les médecins de proximité et autres professionnels de santé dans une meilleure coordination pour un meilleur service auprès des usagers.

#### **b) simplifications administratives**

- **simplifications du système de tarifications** : tarifications compliquées, inadéquates mettant en difficultés les professionnels, les services, et les patients ; simplification des procédures administratives et de financements ; arrêter la suspicion a priori des professionnels de santé et des services sur les actes et dépenses engagées et n'avoir que du contrôle a posteriori (ce qui est le cas dans d'autres fonctionnements institutionnels). La rupture des prises en charge devant être systématiquement évitée, à charge aux financeurs d'assumer auprès des usagers.

- **Assurer et favoriser une meilleure coordination des soins avec le médecin traitant comme pivot du système**, avec des aides efficaces de l'Etat à cette coordination (à l'appui entre autres de la télémédecine et des technologies numériques..., télémédecine, e-santé étant des outils au service des patients, usagers, professionnels et non une fin en soi) ;

- **Assurer et favoriser plus de mobilité entre la médecine de territoire, de « ville » et l'hôpital** ; favoriser les initiatives d'exercice dans les mêmes lieux en supprimant toute entrave dans les financements et montages administratifs ou de financements (l'Etat apparaît parfois comme entrave au bon fonctionnement du système) ; (quelques propositions : utilisation des plateformes techniques par les médecins libéraux, possibilité aux hospitaliers d'assurer des remplacements sur les territoires en concertation avec les libéraux) ;

- **sur la délivrance des médicaments** : la rendre plus adéquate aux prescriptions médicales : exemple pour un traitement de 5 jours(1C/J) il est délivré une boîte de 30 comprimés, résultat 25 vont dans un placard et seront périmés ; il ne doit y avoir aucune délivrance de médicaments au-delà de la période prévue dans la prescription médicale ;

- **Urgence d'une refonte de la NGAP** (nomenclature générale des actes professionnels) **et simplification de procédures par accès direct à l'infirmier pour tous les actes infirmiers inscrit à la NGAP relevant du rôle propre infirmier** ; s'ils ne sont pas encore inscrits à la NGAP, tous les actes infirmiers prescrits dans le cadre de la chirurgie ambulatoire doivent être pris en charge sur la base d'un forfait décent ; l'Assurance Maladie impose des contraintes qui limitent l'exercice quotidien des infirmiers, les dispositions générales de la NGAP imposent une prescription médicale pour tous les actes effectués par des auxiliaires médicaux, même pour les actes qui relèvent du rôle propre des infirmiers ; les contrôles a posteriori, souvent sur deux ans, peuvent amener à réclamer des sommes faramineuses pour des soins que l'Assurance Maladie sait avoir été effectués pour l'intérêt du patient, réclamations pour défaut de libellé dans la prescription médicale ;
- **la mise en place d'une plateforme unique de gestion des places d'hébergement temporaire** avec guichet unique d'entrée. Le guichet unique d'entrée permet le lien direct et immédiat entre le prescripteur (notamment les établissements de santé) et la plateforme qui gère un nombre suffisamment important de places pour répondre efficacement et rapidement à la demande d'hébergement temporaire.
- **simplification de nombreux formulaires** dont la complexité et la redondance font obstacle à une bonne et saine gestion des finances publiques et du fonctionnement administratif. Le contrôle a posteriori, comme celui en vigueur dans certaines collectivités publiques, devrait être la règle, à charge pour l'Etat de prouver l'erreur dans un délai opposable. Un exemple l'émargement de présence à une réunion régulièrement convoquée devrait entraîner automatiquement l'indemnisation.
- **mettre en place un groupe de travail sur la simplification des procédures MDPH**, veiller notamment à un dossier simplifié pour les renouvellements ; désengorger les MDPH en tenant compte des bilans SSR effectués en amont de la demande d'orientation afin de respecter des délais raisonnables de réponses aux usagers et à leurs proches ;
- **Simplification des procédures d'autorisations et de leur renouvellement** tout en maintenant les visites de conformités. Créer des dossiers types simplifiés homogènes quel que soit les régions et rendre automatique les renouvellements d'équipements lourds s'il n'y a pas de modifications à la baisse du nombre d'implantations dans le SROS ;

### **c) simplification des gouvernances pour une réelle politique de santé en France**

- **revisiter la gouvernance globale de notre système de santé en clarifiant les responsabilités et missions** des structures : organismes d'évaluation et de mise en prospective des politiques publiques de santé ; organismes de collecte des financements ; organismes de régulation de la mise en œuvre des politiques publiques en santé ; organismes consultatifs ; organismes de gestion régionale des actions des politiques publiques en santé, ... La gouvernance globale doit être portée par un gouvernement qui dirige (non piloté par les lobbys) et impose des règles équitables d'intérêt général (exemple: contraintes d'installation des médecins comme pour les autres professionnels de santé, les pharmaciens, infirmiers libéraux...); le dernier rapport 2017 de la Cour des Comptes relatif à la Sécurité Sociale évoque « une simplification de l'organisation de la sécurité sociale » ;
- **diminuer le nombre d'instances trop nombreuses**, de groupes de travail, leur multiplicité est chronophage, assez inefficace, pouvant démobiliser certains acteurs ;
- **améliorer la gouvernance des politiques publiques en matière de prévention et promotion de la santé** : Renforcer la promotion de la santé et la prévention au cœur de toutes les politiques publiques en santé en créant des équipes mobiles de prévention, et avec le soutien actif de l'ensemble des professionnels de santé ;

. La prévention dès avant l'école, mais aussi à l'école pour une bonne éducation à l'hygiène et la santé, dès le primaire ;

. Une égale répartition de l'accès aux soins sur le territoire en fonction des besoins des populations (respecter et renforcer les missions des Conseils territoriaux de santé) ;

- **simplifier le nombre et les appellations de dispositifs qui ne cessent de s'empiler** (ex MAIA CLIC AZALEE CTA PTA CHT GHT PSI PPCH PPS PSAD PPAC RPS...) ; stabiliser les appellations : la multiplicité et certaines variations dans la significations d'acronymes sont des obstacles à la bonne compréhension, à la bonne gestion du système, ainsi qu'à l'égalité d'accès ; autant d'obstacles aux parcours de santé ;

- **réformer l'accès aux études médicales et leur contenu** : (exemple entretien de motivation pour accéder à la formation en médecine ; intégrer les nouvelles dimensions de l'exercice médical : travail en équipe, gestion de son exercice, démocratie en santé, instances dans les établissements...) ; réformer les contenus des formations en introduisant une formation aux ressources humaines, à la démocratie en santé, à l'éthique...

- **avoir une gouvernance des politiques publiques en santé véritablement décloisonnée** en partant des besoins de l'usager et ne plus raisonner en silo (dans le sanitaire, comme dans le social, comme dans le médico-social), l'usager ne devant pouvoir se découper ni entre administrations, ni entre dits financeurs puisque ce sont les citoyens qui financent au travers de leurs impôts ; prendre en compte la personne dans son environnement (écologie, aidants et proches) ;

- **simplifier et clarifier le lien de gouvernance entre responsables CRSA et personnels ARS affectés** à la démocratie en santé : que ces personnels soient sous l'autorité fonctionnelle directe du Président CRSA et des Vice-Présidents chacun dans leurs champs, comme dans une position de mis à disposition auprès de la CRSA comme organisme public ;

-**Simplification dans le fonctionnement des instances de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie** Bretagne et de la démocratie représentative consultative en santé en général : exemple avis CSOS, procédure simplifiée d'examen des remplacements d'équipement lourd approuvée par la CSOS du 21 septembre 2017 avec la possibilité d'un renouvellement tacite après dépôt d'un dossier d'évaluation et instruction s'avérant positive. Chaque remplacement d'équipement lourd doit faire l'objet d'une procédure complète d'autorisation. La CSOS a déterminé des critères permettant de catégoriser les demandes de remplacement d'équipement en : celles pouvant être exonérées d'une présentation explicite et pouvant se prévaloir d'un avis « tacite » des membres de la CSOS ; celles devant faire l'objet d'un examen et d'un vote explicites.