

# Séгур de la santé

Rapport de la région Normandie

---

- Enquête régionale
- Propositions et pistes de travail
- Exemples de réussites collectives



## Edito



La crise sanitaire du Coronavirus qui a frappé notre pays dans son ensemble a été sans commune mesure par son ampleur. Elle a mis au défi notre système de santé et amplifié les inégalités sociales et territoriales de santé.

En tout premier lieu, je tiens à saluer l'engagement sans faille de l'ensemble des professionnels et partenaires en santé, qui se sont pleinement mobilisés afin de prendre en charge les malades tout en assurant une continuité des soins et des accompagnements pour l'ensemble des usagers de la région.

Engagement sans faille, car malgré un calendrier des plus contraints et alors que la fatigue liée à la gestion de crise perdure encore, les acteurs normands se sont à nouveau mobilisés pour répondre à la concertation Séjour.

En tant que représentante des acteurs de la santé et de la démocratie en santé, c'est confiante en la capacité de mobilisation collective que j'ai souhaité que la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de Normandie prenne en charge la concertation « Séjour de la santé », avec l'appui des équipes de l'ARS. En trois semaines, nous avons donc recensé et capitalisé sur de nombreux retours d'expérience normands, partagé et échangé sur nos réussites et nos échecs.

Et quelle mobilisation ! 500 réponses à l'enquête, 5 réunions départementales des professionnels, 7 conseils territoriaux de santé, trois commissions spécialisées de la CRSA, une assemblée générale des représentants des usagers en commission des usagers...La démocratie sanitaire a confirmé qu'elle est particulièrement efficace lorsqu'elle participe aux décisions. Aujourd'hui, j'ai l'honneur de transmettre notre contribution régionale.

Au cours de ces 3 dernières semaines, je n'ai pu m'empêcher de retrouver et de me souvenir des orientations que nous avons déjà bâties ensemble pour le Projet régional de santé normand il y a 2 ans. Il n'appartient qu'à nous, collectivement, représentants de la démocratie en santé, professionnels et représentants d'usagers, ARS et partenaires institutionnels, de les faire vivre et les concrétiser en actions pour et avec les usagers.

Un défi immédiat se présente à nous : vivre avec un virus qui circule toujours et accroître les efforts pour reprendre les prises en charge et les accompagnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont été interrompus, parfois par les usagers eux-mêmes, afin de prévenir des aggravations dramatiques en termes de santé publique.

Une fois encore, je tiens à saluer l'investissement des acteurs normands, professionnels comme usagers, qui ont, à nouveau, répondu présents pour cette nouvelle phase de réflexion post-crise. Je ne doute pas que les propositions normandes sauront être prises en considération dans le cadre du Séjour de la santé pour construire le système de santé de demain.

Système qui devra veiller à intégrer la santé dans toutes les politiques et à valoriser l'action de ceux qui préviennent, soignent et accompagnent en faveur de la santé, bien commun qui n'a pas de prix.

Respectueusement,

Marie-Claire Quesnel, Présidente de la CRSA

# SOMMAIRE

## 1. Synthèse générale

## 2. Concertation sur les territoires : Pistes et contributions régionales

PILIER 1 : « TRANSFORMER LES METIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT »

PILIER 2 : « DEFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DES SOINS »

PILIER 3 : « SIMPLIFIER RADICALEMENT LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES EQUIPES »

PILIER 4 : « FEDERER LES ACTEURS DE LA SANTE DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS »

## 3. Coopérations territoriales : Exemple de réussites collectives

*Régulation / PDSA / accès aux médecins traitants (Normandie)*

*Les outils de l'accompagnement médico-social à distance (14)*

*L'expérimentation ACT à domicile : une expérience à généraliser*

*La procédure de soutien des ITEP pour les jeunes de l'ASE (27)*

*La participation des usagers à l'organisation en « crise » dans un EHPAD (61)*

*Un suivi personnalisé à distance des assurés et des adhérents organisés par les organismes de protection sociale (Normandie)*

*L'adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à distance - Planeth patient (Normandie)*

*Coopération CHU de Caen / Polyclinique du Parc – coopération public / privé (14)*

*Ouverture de l'hôpital / Cherbourg : plateforme gériatrique (50)*

*Rôle de la dynamique CPTS du Bessin- Pré Bocage dans la réponse aux besoins des territoires (14)*

*Les solidarités et coopérations territoriales à Flers, Sées (61), Evreux, Gisors, Vernon, Grugny, Bémécourt (27), Le Havre, Hodeng le Bosc (76), Pont L'évêque (14)*

*Organisation territoriale de l'offre de dépistage PCR dans la communauté de communes du Vexin Normand (27) Caen (14), Cherbourg (50), Le Havre, Rouen, Dieppe (76) ainsi que de nombreux autres bassins de vie normands*

*Organisation territoriale de l'offre de dépistage PCR dans la communauté de communes du Vexin Normand (27)*

*Le développement de coopérations public/privé sur le territoire de Dieppe (76)*

*Coopération sanitaire/médico-social autour des personnes âgées (plateforme gériatrique du CHU) (76)*

*Coordination entre tous les acteurs de l'hôpital au domicile par l'intermédiaire de la PTA du Vexin (27)*

*Les nouveaux outils : web conférence et autres outils mise en place au sein du GHT au service des parcours (50)*

*Les nouveaux outils déployés dans le cadre du parcours Covid via la PTA de l'Orne (61)*

*Les nouveaux outils mis en place par l'association Sextant (76)*

## 4. Annexes

4.1. Enquête régionale

4.2. Planning de la concertation

4.3. Participants aux réunions

4.4. Contributions des commissions spécialisées de la CRSA

## Synthèse Générale



Les travaux du Séjour qui s'achèvent vont nous aider à écrire une nouvelle page pour la santé en Normandie.

Une page que nous avons collectivement alimentée, par nos réussites à pérenniser et nos objectifs à atteindre.

Je salue une fois encore la mobilisation des professionnels et partenaires en santé. Il nous appartient désormais de continuer à écrire l'histoire ensemble, afin d'améliorer toujours plus notre système de santé, pour et avec les usagers.

L'ARS sera bien sûr aux côtés de ses partenaires pour les accompagner et pour soutenir les initiatives. Je ne doute pas de notre capacité à relever ces défis, pour maintenir et développer la pertinence et la qualité des prises en charge et des accompagnements.

Merci à tous. **Christine GARDEL**, Directrice Générale, ARS Normandie

La crise du COVID19 a mis en évidence l'importance des valeurs de notre système de santé. Elle est un catalyseur et un révélateur. Un catalyseur car elle a montré la force de la mobilisation collective, notre capacité à nous réorganiser et à innover rapidement, pour répondre à une urgence de santé publique. Un révélateur car elle a mis en lumière des organisations et des coopérations inédites entre les professionnels, qu'ils exercent en ville ou en établissements, qu'ils soient libéraux ou salariés, dans le secteur privé ou public, dans le sanitaire, le médico-social, le social ou encore à domicile. Ces coopérations, au bénéfice des usagers, méritent d'être poursuivies et valorisées.

Certaines réussites collectives sont tout particulièrement à souligner en Normandie et surtout à pérenniser, dans l'intérêt et avec les usagers :

- **La réponse à la demande de soins non programmés : l'engagement des médecins généralistes et des SAMU :**

Depuis le 16 mars 2020, les médecins généralistes libéraux ont assumé la régulation des soins non programmés en lien avec les SAMU. Ainsi, en tous points du territoire et à toute heure, les patients symptomatiques du COVID19 ont pu disposer d'un conseil médical, d'une orientation vers une consultation médicale, présente ou en téléconsultation, voire vers les urgences. Afin de faciliter l'isolement des malades, et si nécessaire, les médecins régulateurs pouvaient prescrire directement un arrêt de travail. Ces équipes ont garanti le lien avec les médecins traitants, orienté vers des médecins volontaires pour suivre spécifiquement des patients COVID ou assuré le suivi des patients directement.

- **Le déploiement accéléré des réponses à domicile ou au plus près des lieux de vie : « l'aller vers » :**

Jusqu' alors cette démarche était emblématique des dispositifs à l'attention des populations vulnérables, elle s'est élargie à tous les professionnels et à tous les secteurs pendant la crise COVID19.

Nombre d'interventions antérieurement organisées le plus souvent en établissement ou en institution ont été déployées ou poursuivies à domicile ou au plus près du lieu de vie : suivi et accompagnement des personnes atteintes du Covid, de pathologies psychiatrique et/ou chroniques, accompagnement des personnes en situation de handicap, accompagnement des personnes en situation de précarité, suivi des personnes isolées, maintien des contacts. Le champ des possibles s'est largement ouvert et suscite une nouvelle approche des prises en charge et des accompagnements.

- **La coopération de tous les acteurs sur les territoires :**

Dans le cadre de la crise, un nombre exceptionnel d'initiatives ont été prises par les professionnels, les collectivités locales et territoriales, les entreprises, les particuliers, les associations, les organismes de protection sociale, les institutions... Ils se sont largement mobilisés pour répondre aux enjeux de leur territoire. Ont émergé des organisations pour fluidifier et sécuriser les parcours de patients, pour appuyer les professionnels dans les établissements et services, pour garantir l'accès aux dépistages, pour garantir l'accès aux soins et aux accompagnements pour la population et préfigurent pour la plupart des organisations territoriales pérennes, notamment des Communautés professionnelles territoriales de santé.

**L'avenir et l'enjeu pour demain en Normandie : la coordination des acteurs, de tous les acteurs, autour du et avec le patient.**

Pour transformer l'essai, l'enjeu qu'il nous reste à relever collectivement c'est réussir le lien entre professionnels de santé de la ville, établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et intervenants à domicile autour du patient/usager.

Aucun de ces projets n'aurait pu émerger sans la mobilisation des personnes et des professionnels qui en sont les artisans. Forts des valeurs qui les animent, ils ont fait preuve de pragmatisme, d'engagement, de solidarité, d'agilité en adaptant les méthodes habituelles de travail et de prise en charge. Ils ont su, pour y parvenir, mobiliser de nombreux outils, à usage professionnel bien sûr mais également grand public.

Nous nous devons de rappeler que toutes ces expériences sont nées dans un contexte spécifique et inédit. Certaines coopérations et certains dispositifs ont été rendus possibles par la disponibilité des professionnels qui étaient, pendant cette période, centrés sur les prises en charge et les accompagnements liés à la gestion de crise.

Ces réussites, en temps de confinement, ne doivent pas masquer les difficultés qui persistent dans notre région en matière de démographie et d'attractivité des professions de santé.

Les représentants de la démocratie sanitaire normands signalent que les intitulés de certains piliers ne reflètent pas les leçons tirées de la crise. En effet, la revalorisation des métiers ne concerne pas uniquement ceux qui soignent mais aussi ceux qui accompagnent. Par ailleurs, les usagers sont partie-prenante des collectifs de santé territoriaux qui se structurent, aussi les acteurs se fédéreront, certes « pour » mais aussi « avec » les usagers.

En termes d'enjeu de santé publique, cette crise a su nous rappeler l'acceptation globale de la santé telle qu'elle a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » dans un environnement favorable et a démontré l'impérieuse nécessité de développer l'éducation pour la santé à tous les âges de la vie, dans le but de :

- Renforcer la capacité de la population à identifier l'information dont on a besoin, à y accéder, à la comprendre, à l'évaluer et à l'appliquer pour améliorer sa santé et celle des autres, et également
- Développer les compétences psychosociales, nécessaires pour faire des choix favorables pour sa santé.

Enfin, cette crise a placé la prévention au cœur de la stratégie de protection de la population dans sa diversité et, s'il en était besoin, souligne la réalité des inégalités sociales de santé (qualité des logements, inégalité d'accès à la continuité scolaire, accès à l'alimentation, isolement, ...). Elle rappelle ainsi l'importance de l'action collective sur l'ensemble des déterminants de santé.

## CHIFFRES CLÉS

**500** Réponses à l'enquête régionale (**1800** destinataires)

**5** Réunions départementales avec des professionnels de **ville, hospitaliers** et **médico-sociaux**, soit plus de **250** partenaires associés aux échanges

**3** commissions spécialisées de la CRSA (Commission des usagers, Commission prévention, Commission pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux)

**7** CTS réunissant **200** membres

**6** Comités territoriaux des élus

**1** assemblée régionale des représentants d'usagers organisée par la Commission spécialisée des usagers de la CRSA réunissant **40** personnes

**1** Commission Permanente de la **CRSA**

# Concertation sur les territoires

## Pistes et contributions régionales

PILIER 1 : TRANSFORMER LES METIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT

*“Les professionnels ne travailleront plus comme avant”  
“Valoriser ceux qui soignent et qui accompagnent”*

Placer au cœur du Séjour la question cruciale de la démographie des professionnels et résoudre les inégalités territoriales, en particulier celle de la médecine de ville, sans oublier la médecine scolaire et la médecine du travail, pour apporter des solutions aux besoins d'une population dont les indicateurs de santé sont défavorables **en** renforçant les dispositifs existants et définissant de nouveaux outils en faveur d'une répartition équitable des professionnels.

Avant même d'espérer les installations, il s'agit aussi d'éviter les départs et de maintenir l'offre de santé en particulier en milieu rural y compris en assurant l'équité fiscale et l'accès aux dispositifs financiers.

En cohérence avec l'aspiration des professionnels, favoriser les activités à temps partiel et partagé entre la médecine de ville et l'hôpital ce qui permet, dans le même temps, de faciliter les passerelles et le **partage de pratiques**.

**Renforcer l'attractivité de l'exercice en proximité par le développement de postes partagés entre hôpital périphérique et hôpital de référence et inclure les établissements de proximité dans la dynamique de recherche dans une logique d'universitarisation des territoires.**

Pour contribuer à **l'attractivité** de certains métiers, **reconnaitre et valoriser** certaines professions non-médicales peu reconnues notamment dans l'intervention à domicile (aide à domicile, auxiliaire de vie...) afin de pallier les difficultés de fonctionnement des organisations liées à ces problématiques salariales.

**Augmenter le taux d'encadrement en EHPAD.** Répondre à la problématique **d'attractivité** des établissements de santé en développant la qualité de vie au travail. Créer des organisations permettant la conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle. Exemple : pool de remplacement permettant d'éviter la pression sur les plannings et le rappel des soignants.

**Faire évoluer les métiers et assurer notamment la réorganisation des équipes** dans une démarche d'« aller-vers » dans le but de développer les interventions sur les lieux de vie des personnes : former les intervenants aux interventions hors les murs, assurer la mobilité des professionnels par la VAE (valorisation acquis de l'expérience), l'AFEST (action de formation en situation de travail) notamment, accompagner les équipes au changement, **favoriser les équipes mobiles, les PASS mobiles et les liens avec les soignants de proximité pour**

**optimiser les parcours de santé.** Favoriser la téléconsultation assistée par un professionnel à domicile.

**Faire émerger de nouvelles compétences,** nouveaux métiers liés à la transformation des prises en charge et des accompagnements : infirmières de coordination des parcours patients, infirmières de pratique avancée en gériatrie, référents numériques, référents familiaux...

Construire un plan de formation continue croisé, (tous secteurs confondus) axé sur la pluridisciplinarité et la coopération des acteurs ; Développer les missions ressources et coopérations entre acteurs dès la formation initiale et intégrer des modules d'échanges de pratiques intersectorielles dans les priorités de la formation continue.

Intégrer dans les **formations initiales et continues des professionnels de santé des modules spécifiques relatifs à l'accompagnement** des personnes en situation de précarité, des personnes en situation de handicap et à la connaissance de l'organisation de l'offre médico-sociale dans ce champ, aux inégalités sociales de santé. **Généraliser les formations croisées** entre les professionnels du social, du médico-social et du sanitaire par l'intermédiaire du réseau partenarial des services sociaux hospitaliers et des instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux. Intégrer des usagers comme acteurs de la formation et de l'évaluation des professionnels.

**Promouvoir les métiers par une communication positive** et large sur les métiers du soin, de l'accompagnement médico-social mais également de la prévention auprès des acteurs "du milieu ordinaire" : petite enfance, Education nationale, secteur de l'emploi... (exemple : intervention et témoignage en milieu scolaire, intégration dans les programmes de l'Education Nationale des volets inclusion et solidarité afin que la notion de société inclusive et de handicap soit abordée dès le plus jeune âge).

**Faciliter les parcours professionnels diversifiés** (parcours professionnels à l'hôpital valorisant la mobilité intra ou extra fonction publique hospitalière, perspectives de carrières claires, lisibles et évolutives : réduire les écarts de rémunération entre secteur public et secteur privé, convergence des conventions collectives du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif, ...).

**Miser résolument sur les compétences et non uniquement sur les seuls statuts ou diplômes** : les professions de la santé, par leur caractère nécessairement réglementé, se caractérisent en majorité par leur accès par diplôme et formation initiale. La crise sanitaire l'a prouvé : les adaptations réalisées dans des délais record ont été permises non pas grâce aux diplômes, mais grâce à des compétences, encore insuffisamment valorisées, de polyvalence, d'adaptabilité à différents environnements professionnels, de coordination et de coopération.

Afin qu'ils interviennent en soutien des professionnels non spécialisés qui accompagnent les personnes en situation de handicap sur leurs lieux de vie (professionnels de l'Education nationale, de l'Aide sociale à l'enfance, des services à domicile...), **développer la fonction ressource et d'appui des professionnels médico-sociaux.**

Favoriser une meilleure connaissance entre les secteurs, sanitaire, social et médico-social et notamment établissements pour personnes en situation de handicap en développant les

formations adaptées sur la prise en soins des personnes en situation de handicap et les « vis ma vie » ou « vis mon travail » déjà mis en place dans le cadre du développement de la qualité de vie au travail (QVT).

Encourager la construction **d'équipes territoriales de remplacement, constituées de professionnels de différents champs et de différents statuts, proposant un premier niveau de réponse territoriale aux besoins en ressources humaines des établissements d'un territoire dans une logique de** responsabilité populationnelle territoriale. **Développer, entre autres, les groupements d'employeurs** afin de permettre le recrutement de compétences spécifiques mutualisables.

**Investir dans la qualité de vie au travail** des professionnels en établissement (responsabilisation des équipes dans le choix des outils et équipements quotidiens, dans les choix organisationnels, approfondissement de la médicalisation de la gouvernance et de la gestion des établissements de santé).

**Généraliser le recours** à la médiation en santé, à la médiation interculturelle, aux patients experts, au travail pair pour faciliter les parcours de santé des usagers, en particulier pour les personnes vulnérables.

Mettre en place, sur le modèle de l'organisation régionale en place, des comités d'éthique au niveau départemental sous l'égide des Conseils territoriaux de santé.

## PILIER 2 : DÉFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DES SOINS

*« Pour que la règle du stéthoscope prime sur la règle du calcul »  
"La crise a accéléré l'évolution de l'accompagnement"  
"Les outils e-parcours auraient été extrêmement utiles dans cette période"*

**Faire évoluer les prises en charge vers une approche globale et coordonnée du parcours en développant les modalités de financement adaptées : favoriser la rémunération des acteurs au parcours** en valorisant le temps passé plutôt que les actes réalisés.

**Adapter les modes de financement** pour permettre la **diversification des modalités d'accompagnement** médico-social via une rémunération au parcours. Dans ce cadre, valoriser financièrement les interventions hors les murs sur les lieux de vie des personnes.

**Poursuivre la convergence des modes de financement** des établissements de santé publics et privés, pour éviter les effets d'exclusion.

**Faire converger les modalités de financement** du SSR et de la médecine dans les plus petits établissements pour faciliter l'adaptation des capacités en fonction des besoins.

Revaloriser et déployer plus largement le dispositif du **minimum garanti** pour les activités isolées ou à faible attractivité.

**Poursuivre l'augmentation de la part du financement à la qualité** dans le financement des établissements de santé.

**Promouvoir un plan pluriannuel de rattrapage en termes d'investissements et de fonctionnement :**

- Permettre aux établissements qui ne le peuvent plus de réinvestir dans leur fonctionnement courant
- Renforcer les moyens pour la psychiatrie, et plus largement pour la santé mentale
- Renforcer les moyens de la politique de la dépendance
- Investir pour moderniser les hôpitaux de proximité

**Garantir dans le temps les moyens pour soutenir les initiatives locales** mises en œuvre pour améliorer la réponse aux besoins de santé dans les territoires.

**Maintenir l'expérimentation de l'externalisation des honoraires IDEL des forfaits SSIAD** afin de libérer des financements pour augmenter le nombre de places SSIAD et répondre aux enjeux démographiques de demain en favorisant la prise en charge à domicile.

A partir de l'expérimentation menée en région et soutenue au niveau national, **généraliser les appartements de coordination thérapeutique à domicile.**

**Développer le tiers-payant** pour les soins non programmés.

**Investir massivement dans le numérique** comme outil au profit de la relation avec les usagers :

- Favoriser l'accès au suivi à distance en poursuivant et en accentuant le développement des **téléconsultations. Pérenniser les actes de télé-suivi (IDEL, médecins etc...)** des patients (atteints de troubles psychiatriques, patients autonomisés pour leur soins, éducation thérapeutique etc...) pour anticiper les situations critiques et éviter le recours aux services d'urgences.
- **Accompagner financièrement les établissements** pour équiper les personnes accueillies en outils numériques favorisant le suivi et l'accompagnement à distance, voire les relations familiales et sociales.
- **Investir dans des moyens numériques** permettant aux établissements d'utiliser les nouvelles technologies et former les professionnels pour conserver post crise les moyens numériques mis en place pour maintenir les liens familiaux avec les membres de la famille éloignés géographiquement.
- **Diversifier et enrichir les outils numériques** et objets connectés mis à disposition des usagers et des professionnels (vélo connecté, outil mutualisé de visio-conférence géant, tablettes...).

**Investir massivement dans le numérique** comme outil de **partage** des informations entre professionnels (visioconférences, agendas partagés, ressources pédagogiques partagées, ...) :

- Organiser les parcours et ressources de télémédecine dans les territoires (partage des équipements coûteux, nécessité d'accompagnement paramédical de certains patients, mise en relation entre professionnels).
- **Coordonner le déploiement des systèmes d'information** au niveau du territoire et s'assurer de leur interopérabilité pour fluidifier les échanges dans tous les secteurs d'intervention.

**Investir dans la modularité et l'ergonomie** des espaces pour pouvoir adapter les locaux en fonction des besoins de prises en charge et d'accompagnement.

**Clarifier le statut** et prévoir des modalités de rémunération ou d'indemnisation des usagers qui s'engagent pour leurs pairs ou les organisations.

**Aller vers une plus grande transparence** en matière d'allocation de ressources (critères et montant d'attribution notamment...).

### PILIER 3 : SIMPLIFIER RADICALEMENT LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES EQUIPES

*“On a pu agir vite, on n’avait que des personnes ayant délégation autour de la table”*  
*“On a fait de la CPTS sans le savoir”.*  
*“On avait l’esprit CPTS”*  
*“Partir de l’existant, sans rajouter un étage à la fusée”.*

Promouvoir les mutualisations des organisations (ville/hôpital/médico-social) et public/privé centrées sur le parcours de la personne, du patient (personne âgée, personnes en situation de handicap, soins palliatifs...) ; favoriser les coopérations public / privé qui pourraient aller encore plus loin, vers plus d’intégration (ex. PDSES partagée), en revalorisant la participation à la PDSES.

#### Favoriser les décloisonnements :

- Dans le secteur sanitaire, simplifier le régime des autorisations, pour favoriser notamment l’adaptation rapide de l’offre aux besoins en infra annuel (pérennisation du dispositif des autorisations temporaires, attribution d’autorisations à durée indéterminée) ou à l’évolution des besoins à moyen / long terme.
- Favoriser, sur le champ du sanitaire, les coopérations et autres « mises à disposition souples » par simple convention (salles d’opération, boxs de consultation...)
- Faciliter les coopérations et la continuité des parcours, notamment en médecine et en SSR.
- Engager une refonte des autorisations et évolution des modalités de notification des MDPH et de leurs systèmes d’information, dans un objectif de fluidification des parcours :
  - Favoriser un fonctionnement en dispositif, permettant aux usagers de bénéficier sur un territoire d’une palette de prestations médico-sociales
  - Développer les notifications MDPH en mode parcours, sécuriser juridiquement les dispositifs expérimentaux et innovants (répit aux aidants, habitat inclusif, emploi accompagné...)
- Simplifier la fongibilité des enveloppes entre ville et hôpital, sanitaire et médico-social. Le cloisonnement des champs et des financements constitue encore trop souvent un frein à la mise en œuvre de projets, pourtant pertinents médicalement et globalement économes des deniers publics.
- Faire des études d’impact médico-socio-économiques permettant d’identifier et valoriser les effets bénéfiques sur la santé et les économies générées (précocité des interventions accompagnement inclusif au quotidien par exemple...). Simplifier la fongibilité des enveloppes entre ville et hôpital, sanitaire et médico-social.

Pour asseoir une organisation des soins territorialisée, faciliter la participation des acteurs de tous secteurs dans les instances de gouvernance de chacun : participation croisée dans les instances de la CPTS et de l’hôpital par exemple. Il faut laisser aux acteurs de terrain l’initiative d’organiser eux même leur gouvernance afin que celle-ci fasse sens à l’échelle du territoire.

**Faciliter la souplesse** dans la gestion du temps de travail et les organisations pour mieux répondre aux ajustements d'activité (y compris développement du **télétravail**).

**Faciliter la mutualisation des personnels** entre les structures d'un même territoire de proximité (ville, sanitaire, médico-social mais également social) ou entre services d'un établissement.

**Réformer en profondeur** les procédures de validation des diplômes des praticiens étrangers hors UE, en l'organisant au niveau local.

**S'appuyer en priorité sur les dispositifs déjà existants**, structurer les coopérations territoriales autour des outils existants (GHT, CPTS, CLS notamment).

**Accélérer le déploiement des outils facilitant la visibilité et la gestion partagées** des ressources sanitaires et médico-sociales sur un territoire ou dans un établissement : outils de gestion des lits, annuaire partagé des ressources, outils de planification du parcours patient.

**Alléger les contraintes à la sortie de l'hôpital** (pérenniser les allègements aux formalités d'admission en HAD, simplifier le recours à l'accueil temporaire d'urgence et en augmenter le nombre de places par territoire) en articulant PTA et services sociaux des établissements de santé notamment.

## PILIER 4 : FEDERER LES ACTEURS DE LA SANTE DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

*“La politique de santé dans toutes les politiques”  
“Sans facilitateurs de parcours, rien n’est possible”  
“Quand les professionnels de terrain arrivent à s’entendre et à coopérer on peut faire de très belles choses. Les PS ont repris la main et l’initiative et ça marche”  
“On partageait tous un pragmatisme local”  
“La responsabilité populationnelle n’a de sens qu’à l’échelle territoriale adaptée”  
“Fédérer les acteurs pour et avec les usagers”  
“Une plus grande souplesse laissée aux acteurs pour organiser de façon agile et réactive la réponse aux besoins de santé d’un territoire”  
« Placer au cœur du Séjour un renforcement de la proximité. »*

**Mettre la santé dans toutes les politiques en favorisant une approche interministérielle, intersectorielle** et les coopérations indispensables entre tous les acteurs, institutions et collectivités territoriales pour apporter les réponses adaptées aux besoins dans le territoire.

**Maintenir une régulation libérale diurne** structurée dans le cadre d’une organisation globale territoriale de prise en charge **des soins non programmés**.

Définir une **stratégie de santé équilibrée et réductrice des inégalités sociales** de santé, d’accès aux soins et à la prévention, et des objectifs de santé à l’échelle des territoires en **prenant appui sur les acteurs et les usagers concernés** :

- **Pour conserver et renforcer les coopérations territoriales préexistantes ou naissantes** en faveur du parcours coordonné autour de l’usager, favoriser la responsabilité populationnelle territoriale partagée en allégeant les « cahier des charges » des CPTS, en favorisant le déploiement progressif des fonctions attendues et en facilitant l’intégration de l’ensemble des professionnels du territoire,
- Développer la **fonction ressource** des ESMS dans l’accompagnement des personnes en dehors de leur file active et dans l’appui aux professionnels non spécialisés en mettant en avant leur **responsabilité populationnelle et territoriale**,
- **Donner plus de souplesse aux acteurs** pour organiser de façon agile et réactive la réponse aux besoins de santé et d’accompagnement d’un territoire :
  - Encourager la création d’espaces de gouvernance territoriale des acteurs de santé au service d’une population afin d’intégrer tous les acteurs, les mettre en lien, favoriser concertation, coordination et mise en synergie (établissements de santé privés et publics, établissements et services médico-sociaux, CPTS de caractère transversal, PTA)
- **Associer les usagers aux projets territoriaux de santé.**

**Renforcer l'intégration des dispositifs d'appui à la coordination existants en appui des professionnels de santé et des établissements et services médico-sociaux** sans surajouter de niveaux complémentaires et en garantissant une harmonisation des méthodes à l'échelle des territoires.

Favoriser la mise en place d'une **gestion territoriale** des **capacités d'hospitalisation** en développant les plateformes de gestion des lits.

**Créer les conditions de l'innovation territoriale** en favorisant le travail d'équipe (mettre à disposition des compétences d'ingénierie de projet et des systèmes de communication et d'information performants).

Favoriser et valoriser les fonctionnements **en mode plateformes** pour fédérer les différents services et professionnels autour de l'utilisateur : plateformes gériatriques, ....

**Faciliter l'appui des établissements sanitaires aux professionnels de la ville et des ESMS** tant sur le secteur des personnes âgées que sur celui des personnes en situation de handicap, dont les établissements non médicalisés pour éviter le recours non pertinent à l'hospitalisation : astreinte sanitaire, développement des consultations dédiées ayant une fonction d'appui aux établissements, développement de l'intervention des HAD dans les établissements...

**Faciliter l'appui des professionnels de ville** (médecins généralistes, infirmiers) **aux ESMS** par des modalités de contractualisation souples et adaptées (ex: contrats de vacations).

Pour faciliter et fluidifier les échanges d'informations et les coopérations, **déployer des outils de communication et de partage sécurisés et homogènes**.

Ne pas multiplier les outils et intégrer tous les acteurs du parcours, **poursuivre le déploiement du DMP interactif en le faisant évoluer** pour en faire un outil majeur de coordination des parcours.

**Généraliser le développement de la télésanté** (télémedecine et télésoin) sur l'ensemble du territoire, notamment dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux, en privilégiant les ressources médicales ou paramédicales de proximité pour faciliter le suivi des patients (téléconsultation assistée par les infirmiers à domicile ou par le pharmacien d'officine).

**Renforcer la lutte contre l'exclusion numérique sociale et territoriale**. De nombreux canaux numériques ont été développés pour accéder à des services essentiels, alors qu'une proportion importante d'utilisateurs ne peut réaliser seuls leurs démarches en ligne. Un accompagnement s'impose donc pour favoriser ou maintenir l'inclusion sociale, et donc l'autonomie des personnes les plus vulnérables.

**Soutenir les usagers du système de santé** afin qu'ils acquièrent la capacité à être des acteurs de la qualité des soins et de l'accompagnement social et médico-social, au bénéfice de leur propre santé, qualité de vie et expérience lors de leurs interactions avec le système sanitaire, médico-social et social, ou de celles de leurs pairs.

**Reconnaître le rôle des associations de patients et d'usagers** : soutenir et coordonner davantage leurs actions avec les initiatives territoriales, notamment afin de recueillir l'expression des besoins et attentes des usagers.

Pour réguler le système de santé par les besoins des usagers et non par l'offre, **renforcer le rôle et les responsabilités de la démocratie sanitaire** en l'intégrant notamment dans la gouvernance des hôpitaux.

**Donner à la démocratie sanitaire un véritable** pouvoir y compris dans l'attribution des fonds régionaux et s'appuyer sur les associations d'usagers en leur permettant par un financement public de se développer.

# Coopérations territoriales

## Exemple de réussites collectives

### Régulation / PDSA / accès aux médecins traitants (Normandie)

Prise en charge réactive et adaptée des patients en ville : régulation libérale des flux de patients en renfort du SAMU via le 116-117, séparation des flux de patients entre les patients infectieux ou non, amélioration des liens avec l'hôpital.

### Les outils de l'accompagnement médico-social à distance (14)

Pendant la crise LADAPT a continué à accompagner l'ensemble des usagers stagiaires à distance, en les dotant sur leur domicile du matériel numérique nécessaire et en développant de nouveaux outils d'accompagnement.

### L'expérimentation ACT à domicile : une expérience à généraliser

Ce sont des services médico-sociaux d'intervention à domicile, à la rue, en établissement social, squat, caravane...qui déploient leurs équipes pluridisciplinaires rapidement et directement dans le lieu où se trouve la personne. Cette démarche d'« aller vers » permet de répondre aux besoins de la personne malade dans l'attente d'une place en ACT (appartement de coordination thérapeutique) ou LAM (lit d'accueil médicalisé), ou tout simplement de la maintenir dans son lieu de vie. Cadrés en 2017 par expérimentation nationale de 50 places pour 5 régions et des expériences régionales hors cadre expérimental, ces services permettent d'accompagner la personne dans sa santé et son autonomie en amont d'une éventuelle prise en charge en ACT généraliste.

### La procédure de soutien des ITEP pour les jeunes de l'ASE (27)

Les équipes des dispositifs ITEP de l'Eure se sont réorganisées pendant la crise afin d'apporter un appui aux équipes de l'ASE accompagnant des enfants en situation de handicap. Elles se sont constituées sous forme d'équipes mobiles afin d'intervenir directement sur le lieu de vie des enfants (MECS, famille d'accueil...), en binôme avec les professionnels de l'ASE. Une mutualisation des moyens (interventions en binôme avec l'ASE, approvisionnement en matériel de protection, convention de mise à disposition...) et la mise en place d'outils communs comme une fiche de renseignement ont permis une opérationnalité rapide du dispositif.

### La participation des usagers à l'organisation en « crise » dans un EHPAD (61)

Dès le début du confinement, le lien avec les proches a été maintenu, la vie sociale a été « connectée » pour les résidents. L'outil Familéo a permis l'envoi de photos de la vie de l'établissement et la communication sur les choix d'organisation faits dans l'établissement. L'organisation de visioconférences avec les familles sera maintenue après le confinement pour le lien avec les enfants distants ainsi que l'envoi de mails pour les rassurer et éviter la peur pour les autres familles, Un vélo connecté a été installé grâce à une subvention de la Fondation de France. La FEHAP a fourni un totem pour faire des visioconférences en beaucoup plus grand pour le confort des résidents. Un contact avec les représentants des familles du Conseil de vie social (CVS) a également été maintenu. Faire le lien entre les besoins exprimés par les familles et le travail des professionnels a permis à chacun de mieux prioriser les actions à engager afin d'accompagner au mieux les personnes durant le confinement, en cohérence avec leur projet personnalisé.

### **Un suivi personnalisé à distance des assurés et des adhérents organisés par les organismes de protection sociale (Normandie)**

Caisses d'assurance maladie (régime général et MSA), CARSAT, mutuelles... ont organisé des contacts à distance dans une démarche de suivi, d'accompagnement, de lien social et de lutte contre l'isolement.

### **L'adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à distance - Planeth patient (Normandie)**

L'épidémie a perturbé le parcours de santé des patients atteints de pathologies chroniques en compliquant le recours aux soins. Planeth patient a adapté son offre d'éducation thérapeutique à distance en accompagnant les patients pour limiter les répercussions du confinement mais également pour les accompagner dans la phase de déconfinement progressif en lien avec tous les acteurs du parcours. Cela a permis de limiter l'impact du confinement sur le parcours, agir sur les ruptures de prise en charge, prévenir le renoncement aux soins, former et informer sur les gestes barrières...

### **Coopération CHU de Caen / Polyclinique du Parc – coopération public / privé (14)**

Organisation territoriale GHT Normandie-Centre avec les cliniques du plateau caennais (Réa et USC). La montée en charge des capacités en fonction de l'évolution de la situation a été assumée par des établissements privés et publics afin de répartir la charge sur l'ensemble des établissements. Cela a permis une entrée progressive de l'ensemble des établissements dans cette crise. La communication entre les établissements a été directe et régulière, l'organisation pragmatique. Cette gradation a été possible grâce à l'assouplissement du droit des autorisations (autorisations temporaires) et de la garantie financière COVID permettant une réflexion centrée sur la seule question du parcours optimale du patient.

### **Ouverture de l'hôpital / Cherbourg : plateforme gériatrique (50)**

Mise en place d'une plateforme téléphonique gériatrique en appui aux professionnels accompagnant des personnes âgées en coordination avec les Equipes mobiles de soins palliatifs, les Hospitalisations à domicile. Le niveau élevé de coopération et de partage entre les acteurs du territoire a permis de régler des difficultés opérationnelles. Cette organisation préfigure une CPTS au regard de l'articulation qui a pu être mise en place avec les acteurs au niveau local.

### **Rôle de la dynamique CPTS du Bessin- Pré Bocage dans la réponse aux besoins des territoires (14)**

Cette CPTS « pionnière » a défini un projet de santé territorial construit autour de la personne au plus près de son lieu de vie (domicile ou structures médico-sociales). La crise a conforté le rôle de la CPTS dans la définition de la prise en charge d'une pathologie, depuis le premier recours jusqu'à l'hospitalisation en réanimation, dans une logique populationnelle. Certains modes de rémunération ne peuvent y répondre. Les horaires de la PTA (même porteur) ont été élargis. La CPTS a animé des réunions en visioconférences hebdomadaires avec ses membres afin d'organiser les réponses sur leur territoire. L'hôpital de proximité a associé le porteur de la CPTS au fonctionnement de la cellule de crise du CH. Des décisions prises en cellule de crise requéraient une coordination avec des acteurs de ville. L'initiative laissée aux acteurs pendant la crise a permis de construire une gouvernance intégrée et efficace des professionnels hospitaliers et de premier recours, sans formalisme excessif et lourd à gérer.

### Les solidarités et coopérations territoriales à Flers, Sées (61), Evreux, Gisors, Vernon, Grugny, Bémécourt (27), Le Havre, Hodeng le Bosc (76), Pont-L'évêque (14)

La direction de l'EHPAD a rencontré de grandes difficultés du fait de l'apparition de cas de COVID parmi les résidents et le personnel de l'établissement. Une solidarité entre les établissements dont les privés à but non lucratif s'est mise en œuvre. Des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, salariés et libéraux sont intervenus en renfort pour remplacer les professionnels de l'EHPAD victimes eux-mêmes de la COVID. Des entreprises ont facilité l'approvisionnement en matériel. La connaissance des acteurs et la confiance mutuelle font la force de ce territoire.

Pérenniser cette organisation collaborative entre professionnels de villes et établissements (EHPAD, FAM, MAS etc...) pour optimiser l'accès aux soins et éviter le recours aux hospitalisations.

### Organisation territoriale de l'offre de dépistage PCR dans la communauté de communes du Vexin Normand (27) Caen (14), Cherbourg (50), Le Havre, Rouen, Dieppe (76) ainsi que de nombreux autres bassins de vie normands

La stratégie de déconfinement effective à compter du 11 mai a nécessité la mise en place d'une offre de dépistage sur l'ensemble des territoires. Afin de contribuer efficacement à la rupture des chaînes de transmission l'enjeu était de garantir un accès rapide à un lieu de prélèvement, sur des plages horaires adaptées. Les professionnels du territoire ont été sollicités afin de structurer l'ensemble de la filière, du prélèvement initial au retour du test dans un délai de 24h. L'organisation des circuits de dépistage a associé les laboratoires privés, laboratoires hospitaliers, **les infirmiers libéraux**, SDIS dans une logique de complémentarité selon les périodes de la semaine (jours ouvrés, weekend).

### Le développement de coopérations sur le territoire de Dieppe (76)

Organisation des filières Covid et hors Covid entre établissements publics et privés et avec l'appui des élus – structuration des prélèvements par un partenariat entre la ville et l'hôpital. Un partenariat étroit à la fois ville/Hôpital et public/privé a été mis en place entre la clinique Mégival et le CH de Dieppe centré sur le parcours patient. Les relations embryonnaires avant la crise se sont accentuées avec la crise comme la participation conjointe en cellule de crise et le transfert de patients entre les deux établissements. Ce fut une collaboration inédite.

### Coopération sanitaire/médico-social autour des personnes âgées (plateforme gériatrique du CHU) (76)

Il s'agit d'une plateforme préexistante créée en 2010 mais qui a pris un nouvel élan avec la crise covid. Une permanence d'infirmière en binôme avec un gériatre a permis d'apporter réponse, conseil et avis aux professionnels (500 appels en un mois). Un partenariat important et immédiat s'est déployé avec le SAMU 76, les urgences, l'équipe de soins palliatifs et l'HAD. La prise en charge et les parcours patients ont pu être facilités par la mise en lien des équipes concernées et les collaborations entre les secteurs d'intervention. Les missions de cette plateforme sont variées : aide pour les cas complexes, faciliter les prises en charge hospitalières et les admissions en HAD, organiser une téléconsultation si nécessaire, appui aux situations palliatives etc.

### **Coordination entre la médecine de ville et les services d'urgence des établissements par l'intermédiaire de la PTA du Vexin (27)**

Organisation de visioconférence et mise en lien des acteurs pour organiser le suivi ambulatoire des patients covid. La mise en place d'outils a permis la circulation et le partage d'information facilitant le retour à domicile avec tous les services concernés de l'hôpital, de la médecine de ville, des intervenants paramédicaux et du domicile.

### **Les nouveaux outils : web conférence (50)**

Mise en place de « webinaires » à destination des établissements de tout le GHT en intégrant les établissements privés, mais aussi des professionnels de ville (médecins, IDE, paramédicaux), les ESMS dont le secteur PH, les élus et les commerçants. Ce type d'outil a permis de rapprocher les acteurs nombreux et dispersés sur un territoire. L'expérience montre la capacité d'organisation des acteurs de terrain lorsque leur est confié une réelle responsabilité d'organisation des parcours pour une pathologie et une population donnée.

### **Les nouveaux outils déployés dans le cadre du parcours Covid (61)**

Dès le début de la crise le parcours de soins « Covid » s'est construit, incluant des modes de prise en charge innovants, comme l'autosurveillance à domicile, reposant sur les objets connectés gérés par la PTA. Après évaluation médicale, si l'autosurveillance à domicile était décidée, la PTA s'assurait que tout était en place. Un saturomètre était mis à disposition à domicile afin de faciliter le télésuivi. Le CHIC Alençon Mamers a acquis des saturomètres pour équiper le plus grand nombre. Le SDIS s'est chargé de livrer les équipements aux professionnels. Des tablettes avec stéthoscopes connectés ont été mise à disposition dans les MSP/ PSLA du territoire afin de faciliter la téléconsultation assistée d'une infirmière à domicile.

### **Les nouveaux outils » (76)**

Afin de pallier le manque de communication entre les acteurs de santé du territoire, l'association Sextant 76 a rassemblé et concerté les professionnels de santé du territoire havrais afin de faire le choix d'un même outil de télémédecine qui sera utilisé par chacun d'entre eux. Après beaucoup de réunions, la solution IDOMED a été retenue pour réaliser très simplement des actes de télémédecine en mode sécurisé, et s'échanger des informations et des documents. Aujourd'hui, 90 médecins généralistes, 50 spécialistes, toutes les pharmacies du territoire, un grand nombre d'infirmiers et plusieurs EHPAD sont utilisateurs de cette solution qui permet notamment de voir une personne âgée ou handicapée avec l'aidant auprès de la personne. Elle permet des prises en charge très complexes sans mobiliser de ressources importantes.

Sextant 76 a aussi mis en place des groupes de discussion Whatsapp autour de patients, ce qui facilite la prise en charge pluridisciplinaire et la réactivité. Une newsletter a aussi été mise en place avec à ce jour plus de 250 communications relayées.

# ANNEXES

- Enquête Régionale
- Planning de la concertation
- Liste / Qualité des participants aux différentes réunions
- Contributions des Commissions spécialisées

# Questionnaire de l'enquête en ligne régionale « Renforcer et améliorer les coopérations existantes, au bénéfice des usagers »

*La crise du COVID a renforcé et développé les coopérations entre les acteurs dans les territoires.*

*Ce questionnaire doit permettre de faire émerger les réussites, les écueils à éviter ainsi que des pistes à travailler pour bâtir le système de santé de demain.*

## RETOUR D'EXPERIENCES SUR LA CRISE DU COVID

- 1/ Si vous ne deviez retenir qu'une chose de cette crise sanitaire, que serait-elle ?
- 2/ Quelle expérience positive retiendrez-vous de cette crise ?
- 3/ Quel en est selon vous le plus gros écueil ?
- 4/ Que proposez-vous pour y remédier ?
- 5/ Citez une ou plusieurs actions de coopérations réussies, mises en place ou renforcées durant la crise du COVID ?
- 6/ Quelles solutions apportent ces coopérations ?
- 7/ Comment les pérenniser dans un contexte hors crise ?
- 8/ Citez une proposition afin de décloisonner le système de santé pour des parcours de santé simples et clairs ?

## SEGUR DE LA SANTE

**Selon vous, quelles sont les priorités à travailler pour améliorer le système de santé ? (11 propositions)**

Une transformation des métiers

Une revalorisation des métiers

L'attractivité des métiers de la santé

Une nouvelle politique d'investissement et de financement

Une simplification des organisations et procédures en vigueur

Une plus grande coopération entre les acteurs de la santé

Une plus grande souplesse laissée aux acteurs pour organiser de façon agile et réactive la réponse aux besoins de santé d'un territoire

La structuration des soins de proximité

Une clarification et une fluidification de l'organisation de la régulation des soins

Des outils au service d'une nouvelle relation entre les soignants et les patients

Les interfaces entre les secteurs (ville / hôpital / accompagnements sociaux et médico-sociaux)

Autres :

Si vous avez des difficultés à visualiser cet email, [suivez ce lien](#)



# SÉCURITÉ DE LA SANTÉ

**Bâtir ensemble le système de santé de demain**

Retours d'expérience sur les territoires



# **Une enquête régionale pour tirer les leçons de la crise sanitaire du coronavirus, au bénéfice des usagers**

La crise sanitaire du Coronavirus qui a frappé le pays dans son ensemble a été sans commune mesure par son ampleur. En tout premier lieu, je tiens à saluer l'engagement sans faille de l'ensemble des professionnels et partenaires en santé, qui se sont pleinement mobilisés afin de prendre en charge les malades tout en assurant une continuité des soins et des accompagnements pour l'ensemble des usagers de la région.

Cette crise a été un accélérateur et un révélateur. Un accélérateur car elle a montré notre capacité à nous réorganiser et à innover rapidement, pour répondre à une urgence de santé publique. Un révélateur car elle a mis en lumière des organisations et des coopérations inédites : entre l'hôpital, les cliniques privées, les professionnels libéraux, l'hospitalisation à domicile et les établissements médico-sociaux. Ces coopérations, au bénéfice des patients et usagers, méritent d'être poursuivies et valorisées.

C'est pourquoi, dans le cadre du Ségur de la Santé lancé le 25 mai dernier par le Premier Ministre, il est demandé d'organiser sur les territoires des retours d'expérience, afin de partager et échanger sur nos réussites et nos échecs. En tant que représentante des acteurs de la santé et de la démocratie en santé, l'organisation de ces retours d'expérience revient à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie. C'est donc avec fierté et humilité que je m'attèle à cette mission. Différentes actions seront déployées durant les trois prochaines semaines afin de concerter largement. Elles aboutiront à la remise fin juin d'un rapport au ministère des solidarités et de la santé.

Ce rapport recensera des exemples précis et significatifs d'expériences ou d'initiatives mises en place durant la crise sanitaire et ayant fait sens, afin de contribuer ensemble, au système de santé de demain.

La première étape commence aujourd'hui avec cette enquête. Les retours qui en seront issus serviront de bases aux échanges menées ultérieurement sur les territoires. Là encore, je ne doute pas de votre implication constructive afin que les expériences normandes soient valorisées au niveau national.

Je vous remercie,  
Respectueusement,



Marie-Claire Quesnel,  
Présidente de la CRSA Normandie

Participez à notre enquête !

[Je réponds](#)

# Retour d'expériences des territoires

---

1

30 Mai  
Lancement  
de l'enquête

2

du 9 au 15 Juin  
Réunions  
départementales

3

du 10 au 22 Juin  
Réunions des  
Commissions  
Spécialisées

4

du 15 au 22 Juin  
Présentation en  
Comité Territorial  
de Santé

5

25 Juin  
Commission  
permanente  
CRSA -  
présentation des  
conclusions

6

26 Juin  
Remise du  
rapport au  
Ministère des  
Solidarités et de  
la Santé

Du 29 mai au 19 juin  
contributions libres



# la démocratie en santé



---

*Ensemble, participons à la politique de santé de notre région !*

Si vous ne souhaitez plus recevoir nos communications, [suivez ce lien](#)



# Liste / Qualité des participants aux différentes réunions

CTS ROUEN ELBEUF le 16/06/20

Membres du CTS			
NOM	Structure	Présent	Excusé
<b>Collège des professionnels et offreurs de service de santé</b>			
ALBY Jérôme	Association La Boussole	X	
BRIDIER Sandrine	Coordinatrice Santé Seine Eure		
BOUCHER-LE BRAS Marion	Directrice Promotion Santé Normandie	X	
DANAU Jean-Pierre	Directeur général Clinique de l'Eure/Hôpital privé Pasteur	X	
DE SOUSA Valérie	URPS infirmiers	X	
DJEKBOUBI Khaled	Directeur PEP76	X	
FOULDRIN Gaël	Président CME CH Rouvray		X
LALANDE Marie-Hélène	URPS pharmaciens	X	
LAURENT Thierry	URPS Infirmiers	X	
LEVITRE Dominique	Institut régional médecine du sport	X	
LINARD Geneviève	URPS orthophonistes		X
LION Sophie	Directrice générale Association le pré de la bataille	X	
PERRIER Dominique	Directrice politique territoriale et des coopérations CHU Rouen	X	
POILLERAT Didier	CHI Elbeuf Louviers	X	
SIMON Didier	Président CME CHI Elbeuf Louviers	X	
VENARD Jean-Marc	Directeur EHPAD Les Jardins de Matisse		X
<b>Collège des usagers du système de santé</b>			
DELABARRE Daniel	CDCA 76	X	
GESLIN Annie	UDAF 76	X	
LAMARRE Brigitte	APF	X	
MIGLIERINA Jean-Louis	Ligue contre le cancer	X	
PONS Michel	Vice-Président Coordination Handicap Normandie	X	
RUEDOLF Philippe	CDCA 76	X	
<b>Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale</b>			
ALLEAUME Annick	CARSAT	X	
MARTIN FRILOUX Séverine	CPAM Rouen	X	
<b>Collège des collectivités territoriales du territoire</b>			
BONATRE Nathalie	CD 76	X	
FLAVIGNY Catherine	Conseillère départementale 76		X
MOURET Olivier	Adjoint au maire ville Rouen Président du CTS Rouen Elbeuf	X	
VERBAERE Alexandre	Directeur de la solidarité Métropole Rouen Normandie	X	
TERLEZ Anne	1 <sup>ère</sup> maire adjointe Louviers	X	

Etaient également invités à cette réunion (autres élus) :

NOM	Structure	Présent	Excusé
AUTRET Jean-Yves	Directeur CH Dieppe	X	
BLONDET Mathieu	Médecin Le Havre Président association Sextant	X	
KERLEAU Jean-Marc	Médecin CH Dieppe	X	
LECLERC Stéphanie	Pilote MAIA Territoire Caux Austreberthe	X	

ARS :

NOM	Structure	Présent	Excusé
ALEXANDRE Cynthia	Déleguée territoriale	X	
DENION Yvan	Directeur délégué départemental	X	
DEVAUX Isis	Chargée de mission prévention	X	
FIGUEIREDO Marie- Hélène	Cadre unité personnes handicapées	X	
GOURLIN Stéphanie	Chargée de mission accompagnement RH établissements de santé	X	
NOEL Alice	Cadre unité personnes handicapées	X	
PLANQUAIS Alain	Délégué territorial	X	

CTS LE HAVRE le 17/06/20

Membres du CTS			
NOM	Structure	Présent	Excusé
<b>Collège des professionnels et offreurs de service de santé</b>			
CASADEI François	URPS Infirmiers	X	
DELPLANQUE Christophe	URPS Pharmaciens	X	
FUSEAU Alain	Président CME GH du Havre		X
LACOMBLE Tonino	PEP CMPP Le Havre	X	
LARCHER Nathalie	HAD HOSPIDOMI Le Havre	X	
MICELI Fabrice	Centre rééducation la Hève		X
SALADIN Jean-Luc	URPS médecins	X	
SIMON Jean-Pierre	Président ALPEAIH	X	
<b>Collège des usagers du système de santé</b>			
DEHEDIN Jean-Paul	CDCA 76		X
FOUSSE Brigitte	UNAFAM	X	
LECLERC Virginie	Présidente Ligue Havraise	X	
LEMARCIS Xavier	CDCA 76	X	
MARRE Françoise	Vice-présidente Asperger Family	X	

<b>Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale</b>			
LANTRAIN Thierry	MSA	X	
NICOLI Vanina	Sous-préfète du Havre	X	
<b>Collège des collectivités territoriales du territoire</b>			
EGLOFF Valérie	Vice-présidente AURH	X	
LECROSNIER Serge	Adjoint au maire de Saint Léonard	X	
<b>Collège personnes qualifiées</b>			
VIELPEAU Claude	Association Le Grand Lieu	X	

Etaiement également invités à cette réunion (autres élus) :

NOM	Structure	Présent	Excusé
AUTRET Jean-Yves	Directeur général CH Dieppe	X	
BEGUE Florence	Directrice adjointe CH Dieppe	X	
BOLLENGIER P.	Cadre de santé CHU ROUEN	X	
CHAPEY Magali	Secrétaire général Sous-préfecture du Havre	X	
FAGOT Elsa	Médecin généraliste Le Havre	X	
KERLEAU Jean-Marc	Président CME CH Dieppe		X
LEVASSEUR Caroline	Médecin gériatre CHU Rouen	X	

ARS :

NOM	Structure	Présent	Excusé
DENION Yvan	Directeur délégué départemental	X	
MERLIN-BERNARD Marie-Françoise	Médecin Pôle établissements de santé	X	
PLANQUAIS Alain	Délégué territorial	X	

CTS du Calvados – 18 juin 2020

<b>Membres du CTS</b>			
NOM	Structure	Présent	Excusé
<b>Collège des professionnels et offreurs de service de santé</b>			
ALLIZARD Patrick	Ligue de l'enseignement	x	
BLOT Jacky	FEHAP	X	
BONNIEUX Christine	URPS Infirmiers	x	
BUSBOSCQ Stéphane	URIOPSS	X	
COCHET Samuel	ANECAMSP	X	
DESCHAMPS Gilles	ADMR	x	
FERRENDIER Olivier	FHF	X	
GEARA André	URPS pharmaciens	X	
KERFOURN Jean-Marie	FHF		X
KOWALCZYK Samuel	FHP	X	
LANDRU Isabelle	FHF	X	

LARMOIRE Corinne	FEHAP	X	
LESUEUR Magali	Planeth Patient	X	
LOCHU Thierry	URML		x
MARABETI Sandrine	SYNERPA	x	
SAINMONT Nicolas	FMPS Normandie	X	
VIALE Johnny	Promotion Normandie Santé	X	
<b>Collège des usagers du système de santé</b>			
DELPERIE Nicole	APAJH	X	
DO Claudine	UNAFAM	X	
DUBOIS Annick	UFC Que choisir	X	
DUJARDIN Jean-Marc	AFD	X	
GUERARD Philippe	ADVOCACY	X	
GUILY Claudine	UNAFAM	X	
HAISE Annick	APF		X
JAMET Brigitte	UFC Que Choisir	X	
<b>Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale</b>			
LETELLIER Christian	CARSAT	X	
NAVARRO Michel	CPAM	X	
<b>Collège des collectivités territoriales du territoire</b>			
LENOURRICHEL Sylvie	Conseil départemental	x	
ROCA Michel	Conseil départemental		X
THOMAS Rodolphe	Communes		x
<b>Collège des personnes qualifiées</b>			
GUICHOUX Jean-Jacques	Mutualité		X

Etaient également invités à cette réunion (autres élus) :

NOM	Structure	Présent	Excusé
GANDON Thierry	GCS Bessin / CPTS	X	
LETENEUR Laure	GCS Bessin / CPTS	X	
M. VENNIN	Préfecture 14, secrétaire général	x	

CTS de la MANCHE – jeudi 18 juin 2020 à 10 heures

Membres du CTS			
NOM	Structure	Présent	Excusé
<b>Collège des professionnels et offreurs de service de santé (coll.1)</b>			
BERTHE Anne	FHF	X	
LE GOUPIL Béatrice	FHP	X	
BLOT Stéphane	FHF	X	
ALLOMBERT Joanny	FHF	X	
BROCHARD Yves (Dr)	CROM	X	
De BEAUCOUDREY Alain (Dr)	CROM	X	
LABBEY Véronique	UNAPEI	X	
LEDUNOIS Sébastien	URPS	X	

LEGRAVEREND Mathieu	Planète Patient	X	
LEMAIRE Katia	URIOPSS	X	
OURY Elisabeth (Dr)	ANPAA	X	
PESKINE Anne (Dr)	FHP	X	
SERRAND Philippe (Dr)	FHF	X	
VASTEL Amandine	URPS orthophonistes	X	
BLOCKLET Sylvie	FHF		X
BATAILLE Olivier	FENOR		X
FERANDIN Sébastien (Dr)	FNEHAD		X
CHOLET Philippe (Dr)	Médecin libéral		x
DANIN Jean-Pierre (Dr)	IREPS		X
PELLET Virginie	URPS		X
LUGBULL Thierry	FHF		X
<b>Collège des usagers du système de santé (coll.2)</b>			
DUMONT Jean-Claude	FNAR	X	
LAPORTE Jean-Pierre	UFC Que Choisir	X	
LEHOUSSEL Claude	AFD	X	
VIVET Catherine	Union territoriale des retraités CFDT	x	
GAUTSCHI Danièle	UDR – RO Manche		X
LECHATREUX Michel	Fédération retraités fonction publique		x
LEBLACHER Geneviève	UDAF		X
NIVIERE Philippe	UNAFAM		X
<b>Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale (coll.4)</b>			
MINOT Thierry	CPAM		X
SIMPLICIEN Laurent	Etat		X
<b>Collège des collectivités territoriales du territoire (coll.3)</b>			
HAREL Anne	ADF	X	
BAUDRY Dominique	AMF		X
LEMOINE Martine	ADF		X
<b>Personnes qualifiées (coll.5)</b>			
BEAUDOIN Laurence	Mutualité		X

Etaiement également invités à cette réunion (autres élus) :

NOM	Structure	Présent	Excusé
DECAEN Philippe	CPAM	X	
HUBERT Sylvie	MSA	X	
MORIN Astrid	MSA	X	
SIMON Stéphanie	MSA	X	
LEPRELLE Philippe	Fondation Bon Sauveur de la Manche	X	
HENRY Bertrand	Représentant de l'APEIL	X	
LEFRANCOIS Sylvie	DDCS	X	
THOMAS Jean-Pierre		X	
BERTOLI Sébastien	Directeur de la petite enfance, de l'enfance et de la famille –CD 50	X	

CTS de l'Orne le 18/06/2020

Membres du CTS			
NOM	Structure	Présent	Excusé
<b>Collège des professionnels et offreurs de service de santé</b>			
CARTEL Yvan	FEHAP		X
CHARETON François	Ordre des médecins	X	
CHESNAIS Didier	FEHAP	X	
GADOIS Annick	URPS Orthophonistes		X
GAL Jean-Michel	Ordre des médecins	X	
GENIN-COSSIN Christine	ANP	X	
LE BRIERE Jérôme	FHF		X
LENOIR Claire	ADMR	X	
LOGNONE Yves	FHF	X	
OBLIN Karine	FNEHAD		X
RIMEY Michel	Professionnels de santé libéraux		X
TOIN Mickael	ANECAMSP		X
VALLEE Joëlle	URIOPPS		X
VIOT Marie-Claire	FHF		X
<b>Collège des usagers du système de santé</b>			
BAGOT Hervé	UNAFAM	X	
LAMBERT Michelle	FGR-FP	X	
LELANDAIS Yveline	ANAI	X	
MOREAU Guy	UFC Que choisir	X	
SERGEANT Yvonne	UDAF		X
<b>Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale</b>			
ROYER Christine	Sous-Préfète		X
LEONCE Bertrand	Chargé de mission	X	
<b>Collège des collectivités territoriales du territoire</b>			
OLIVEIRA Maryse	Conseillère départementale		X
<b>Collège composé de personnes qualifiées</b>			
HENRY Raymond	Conseil départemental de l'Orne		X

Etaiement également invités à cette réunion (autres élus) :

NOM	Structure	Présent	Excusé
BERARD Pierre-François	Clinique d'Alençon	X	
GARCIA Françoise	Orthophoniste	X	
GAUTIER Ninon	CHIC Alençon-Mamers	X	
GODET Mathieu	Sous-préfecture d'Argentan	X	
LECORNU Brigitte	EHPAD La Forêt de Bagnoles de l'Orne	X	
MANZONI Karine	PTA Orne	X	

**CTS EVREUX le 18/06/20**

<b>Membres du CTS</b>			
<b>NOM</b>	<b>Structure</b>	<b>Présent</b>	<b>Excusé</b>
<b>Collège des professionnels et offreurs de service de santé</b>			
ALEXANDRE Sylvie	Responsable HAD Eure Seine	X	
BEISSY Gilbert	Directeur Clinique Bergouignan	X	
BLANC Gwenaël	Directrice CMPP Victor Hugo et SAFT	X	
CARDALIAGUET Marianne	Directrice CH Les Andelys	X	
DANAU Jean-Pierre	Directeur général Hôpital privé Pasteur	X	
DOURVILLE Sophie	Directrice EHAPD Korian Les Nymphéas bleus	X	
DULIZE Muriel	URPS Infirmiers	X	
DUPUIS LOQUIN Cécile	Attachée d'Administration Hospitalière Direction Nouvel Hôpital de Navarre	X	
DURAND Marc	Médecin généraliste Promotion Santé Normandie	X	
FAINSILBER Pierre	Médecin généraliste MSP Gaillon	X	
JULIENNE Nathalie	URPS Orthophonistes		X
LE MONNIER Sophie	Président de CME NHN Navarre	X	
LEFRANC Laura	Directrice générale par intérim CH Eure Seine		X
MARGUIER Messaouda	URPS médecins		X
MAUBOUSSIN Philippe	URPS médecins	X	
NICOLAS François	Directeur général Filseine	X	
NZITUNGA Léonard	Directeur général l'Abri	X	
PALLADITCHEFF Catherine	Directrice générale SSR La Musse	X	
TELLIER Gaëlle	Directrice ADISSA		X
TRIQUET Jérôme	Directeur CHAG Pacy sur Eure	X	
WATERLOT Patric	Directeur Nouvel Hôpital de Navarre		X
<b>Collège des usagers du système de santé</b>			
DECRAENE Jean		X	
DUHAIL Alice	SESSAD Trisomie 21 Vernon		X
LAGREE Annick			X
LE RETIF Eliane	Directrice générale Association Marie-Hélène	X	
LOISEL Michel	CFDT	X	
MARAGLIANO Francine	Association AFTC		X
MIKLARZ Michel	Président de l'APAJH de l'Eure et de la Coordination Handicap Normandie	X	
<b>Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale</b>			
DAVOUST Jacques	CPAM	X	
<b>Collège des collectivités territoriales du territoire</b>			
FORZY Perrine	Vice-présidente Conseil Départemental de l'Eure	X	
OUZILLEAUX François	Maire de Vernon	X	
PETIT Guillaume	Médecin PMI		X
<b>Collège personnes qualifiées</b>			
RICHARD Christian		X	

Etaient également invités à cette réunion (autres élus) :

NOM	Structure	Présent	Excusé
BOULANGER Myriam	Directrice générale Ass Les Fontaines	X	
FERNANDES Alexandre	Coordonnateur maison de santé Etrepagny	X	
HOLE Stéphane	Directeur CPAM de l'Eure	X	
POUZET Baptiste	SCAED Préfecture de l'Eure	X	
TARDIEU Marie-Pierre	Chargée projet de santé Région Normandie	X	

ARS :

NOM	Structure	Présent	Excusé
LIBERMANN Jérôme	Délégué territorial	X	
DENION Yvan	Directeur délégué départemental	X	
MERLE Sandrine	Référente établissement de santé	X	
POUJOULY Marina	Cadre unité personnes âgées	X	
ROMBEAU Simona	Médecin inspecteur de santé publique	X	
SEREMES Murielle	Chargée de mission prévention	X	

### CTS DIEPPE le 19/06/20

Membres du CTS			
NOM	Structure	Présent	Excusé
<b>Collège des professionnels et offreurs de service de santé</b>			
AUTRET Jean-Yves	Directeur CH Dieppe	X	
COUVERT Nancy	Directrice générale APEI région dieppoise	X	
FERAY Didier	Vice-président CME CH Dieppe	X	
GARRAUD Valérie	CAMPS Henri Wallon Dieppe		X
GODARD Jean	URPS médecins	X	
GREMONT Fabrice	URPS infirmiers	X	
KERLEAU Jean-Marc	Président CME CH Dieppe	X	
LE FLOHIC Didier	URPS pharmaciens	X	
LECONTE Stéphane	Directeur Maison de Fannie Arques la bataille		X
LECOSSAIS François	Directeur EHPAD Résidence La Varenne Arques la bataille		X
LEGRAS Marc	PEP IME de Rieux	X	
OLIVIER Nicolas	Chef de bureau affaires économiques et sociales Préfecture de Dieppe	X	

POUSSE Marie-Christine	Directrice Clinique Mégival	X	
SANS JOFRE Michel	Médecin RESOPAL Bacqueville en Caux	X	
TISCA Jean	CH Valéry en Caux		X
WINCKLER Jéhan-Eric	Sous-préfet de Dieppe		X
<b>Collège des usagers du système de santé</b>			
CORGNET Catherine	CDCA 76	X	
FLAHAUT Nicolas	CDCA 76		X
HOULE Yves	CDCA 76		X
QUINT Didier	CDCA 76	X	
<b>Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale</b>			
BIENAIME Sylvain	CPAM	X	
<b>Collège des collectivités territoriales du territoire</b>			
BARBIER Michel	Conseiller communautaire Communauté de communes des villes sœurs		X
BUICHE Marie-Luce	Adjointe au maire de Dieppe	X	
DERRIEN Yves	Vice-Président Communauté de communes des villes sœurs	X	
JUMEL Sébastien	Député-Président du CTS	X	
LUCOT-AVRIL Virginie	Maire d'Aumale Vice- présidente département Seine Maritime		X

Etaient également invités à cette réunion (autres élus) :

NOM	Structure	Présent	Excusé
BAUDE Claire	médecin conseillère technique auprès de la Rectrice Académie de Normandie		X
OLIVIER Jean-Michel	Chargé de mission démographie médicale Communauté d'Agglomération Dieppe Maritime	X	

ARS :

NOM	Structure	Présent	Excusé
ALEXANDRE Cynthia	Déléguée territoriale	X	
DENION Yvan	Directeur délégué départemental	X	

Présence au titre du comité territorial des élus du GHT Caux Maritime :

- Monsieur Nicolas LANGLOIS, maire de Dieppe
- Monsieur Yves DERRIEN, maire de Eu
- Monsieur Laurent JACQUES, maire du Tréport
- Monsieur Guy AUGER, maire de Luneray
- Madame Sophie DORÉ, maire de Saint-Crespi

# Contributions des Commissions spécialisées



Direction de l'Autonomie  
Pôle de l'organisation de l'offre médico-sociale  
Affaire suivie par :  
**Martine GILLES**  
Tél. 02.32.18.32.19  
**N. DJEFFAL**  
Tél. 02.32.18.32.74  
Courriel :  
[martine.gilles@ars.sante.fr](mailto:martine.gilles@ars.sante.fr)  
[nasser.djeffal@ars.sante.fr](mailto:nasser.djeffal@ars.sante.fr)

## COMPTE-RENDU DU 11 JUIN 2020

### COMMISSION SPECIALISEE POUR LES PRISES EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX

#### Présents

##### Présidente de la CRSA Normandie

Marie-Claire QUESNEL

##### Représentants des conseils départementaux

Patricia LECONTE

Stéphane TILLARD

Sylvie OCTAU

##### Représentant des associations agréées au titre de l'article L 1114-1 et œuvrant dans le domaine sanitaire

Francine MARIGLIANO

Eric MEDRINAL

##### Représentant des associations de retraités et personnes âgées

Sylvie VIOLETTE

##### Représentant de la mutualité française

Johnny VIAL

##### Représentants des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes en situation de handicap

Emmanuel AFONSO

Jean-Yves BLANDEL

Sophie LION

Jean-Marc RIMBERT

##### Représentants des personnes morales gestionnaires d'institution accueillant des personnes âgées

Philippe JAMMET

##### Représentant de personnes morales gestionnaires institutions accueillant des personnes en difficultés sociales

**M. NZITUNGA, président de la CSAMS**

##### Représentant des Unions Régionales des Professionnels de santé

Sylvie MOURTOUX

Membres issus de la commission spécialisée de l'organisation des soins

David SAINT VINCENT

Représentants l'ARS

Françoise AUMONT, directrice de l'autonomie

Valérie DESQUESNE, directrice de la stratégie

Maxime TROMPIER, référent organisation de l'offre médico-sociale

Martine GILLES, référente planification, programmation

Nasser DJEFFAL, secrétaire de la CSAMS

**Ordre du jour**

- validation du compte rendu de la CSAMS du 27 avril 2020
- point de situation sur la crise sanitaire et le dé-confinement
- grandes lignes de l'instruction budgétaire 2020
- organisation de la concertation Ségur de la Santé

**Validation compte rendu 27 avril**

Aucune observation n'étant formulée, le procès-verbal de la réunion de la CSAMS du 27 avril 2020 est validé.

**Situation sur la crise sanitaire et le dé-confinement**

En préambule, Françoise AUMONT annonce la présence de Valérie DESQUESNE, directrice de la stratégie pour le point spécifique de la concertation Ségur.

Concernant le point de situation sur la crise sanitaire, Françoise AUMONT indique que depuis le dé-confinement, les indicateurs de la région ont permis d'être classé en zone verte, il est noté une moindre circulation du virus en Normandie.

Au 4 juin, une confirmation de la baisse de la circulation du virus est observée, le taux de positivité est inférieur à 2 % (en baisse régulière). Les indicateurs relatifs au nombre de patients hospitalisés et au nombre de passages aux urgences observent la même tendance (baisse sur les 5 départements) :

Au 2 juin, 5 passages aux urgences ont été recensés sur la région. Sur la journée du 3 juin, le nombre de patients hospitalisés est de 317 personnes (- 9) dont 19 en réanimation (-2).

Sur le secteur médico-social dont les données sont issues du système d'information dédié à la déclaration des signalements des établissements, il a été constaté 341 signalements d'établissements. A ce jour 219 établissements ont clôturés leurs fiches de signalement

Françoise MARIGLIANO observe et regrette de ne toujours pas avoir de données de distinction entre les établissements PA, PH et ASE.

Françoise AUMONT précise que les 341 signalements se répartissent à hauteur de 197 dans les EHPAD, 23 dans les autres établissements pour personnes âgées (type résidence autonomie), 89 en ESMS PH, 20 en établissements relevant de la protection de l'enfance et 12 dans d'autres établissements médico-sociaux.

Elle ajoute qu'en Normandie, 733 résidents (603 en EHPAD) et 218 professionnels ont été déclarés positifs au COVID. Au 4 juin, le nombre de décès de résidents est de 277 dont 198 en EHPAD.

Françoise AUMONT propose que le bilan soit annexé au compte rendu de la réunion.

Concernant la phase de dé-confinement, l'ARS a développé la stratégie nationale visant à tester, isoler et faire barrage.

Pour ce faire, une nouvelle doctrine de dépistage a été mise en place dans une visée de recherche de cas contacts et recherche d'éventuels clusters. Le premier enseignement qui en est tiré montre que parmi les personnes asymptomatiques, il y a des porteurs sains. La nouvelle stratégie vise à identifier ces personnes. A ce jour, et dès lors qu'ils en sont d'accord, tous les établissements qu'ils soient du secteur personnes âgées, personnes en situation de handicap ou personnes en difficultés spécifiques peuvent lancer un dépistage de l'ensemble de leurs résidents et professionnels. L'ARS a mobilisé des équipes mobiles hospitalières pour réaliser ces tests, les établissements peuvent également avoir recours aux laboratoires de ville s'ils le souhaitent.

S'agissant des dépistages de masse dans les établissements d'hébergement collectif et sur la base de sa propre expérience, Léonard NZITUNGA suggère à l'ARS qu'un temps de prévenance entre la transmission des consignes et leur mise en œuvre soit de façon générale plus importante pour laisser aux établissements le temps de s'organiser. Sur l'opération de dépistage des cas asymptomatiques, les organisations ont été difficiles à mettre en œuvre sur un temps aussi court. Il indique néanmoins qu'au sein de l'association l'ABRI, le taux de participation au dépistage a été relativement important.

### **Point sur les grandes lignes de l'instruction budgétaire 2020**

Les points principaux de la circulaire budgétaire 2020 sont :

- La prise en compte de la crise sanitaire,
- Des délais assouplis pour la campagne et la remontée des documents réglementaires pour tenir compte tenu de la période de la gestion de crise,
- L'octroi de financements ayant pour objectif de compenser les dépenses exceptionnelles liées à la crise.

Parmi ces dépenses exceptionnelles, il est notamment visé la couverture des pertes de recettes dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. En effet, dans la mesure où les établissements ont dû geler les nouvelles admissions, cela a engendré une baisse des taux d'occupation compte tenu notamment des décès survenus.

Françoise AUMONT précise que bien qu'il s'agisse de pertes de recettes d'hébergement, elles seront couvertes par l'assurance maladie.

Il est également prévu une prise en charge de certains surcoûts liés aux renforts en personnel et achats de matériels en lien avec la crise sanitaire.

Sur le secteur des personnes en situation de handicap et compte tenu des mesures de confinement mises en place, certains organismes gestionnaires ont dû organiser une offre pour permettre des

accompagnements en structure d'hébergement 7 jours sur 7. Les surcoûts seront également compensés pour ces dépenses exceptionnelles.

Enfin, conformément aux engagements du gouvernement, une enveloppe exceptionnelle pour le financement de primes COVID à l'ensemble des établissements médico-sociaux a été déléguée pour l'ensemble des professionnels présents sur la période entre le 1<sup>er</sup> mars et 30 avril 2020 (1000 € par agents pour les établissements en zone verte).

D'autres mesures d'accompagnement de la sortie de crise sont également prévues sur le secteur personnes en situation de handicap (soutien à domicile, soutien à la politique d'inclusion scolaire et organisation du répit).

Une des mesures de la campagne budgétaire également liée à la crise sanitaire concerne le déploiement de communautés 360 afin de faire face à la situation de sortie de confinement. D'autres financements spécifiques sont également alloués pour réponse aux situations d'urgence qui seront accompagnées par ces communautés.

Françoise AUMONT rappelle que le numéro national a été ouvert le 8 juin dernier (0800 360 360), il reçoit les appels et rebascule sur les organisations territoriales mises en place dans les régions. En Normandie, un travail de construction de ces communautés reste à finaliser en articulation avec les MDPH et en lien avec les conseils départementaux et les services et établissements des territoires.

Enfin, Françoise AUMONT évoque la poursuite du déploiement de la stratégie nationale pour l'autisme, des mesures visant au développement de centres ressources à la vie intime et la santé sexuelle des personnes en situation de handicap. Elle annonce également la poursuite des financements dédiés au déploiement des astreintes IDE de nuit en EHPAD.

Francine MARIGLIANO questionne l'ARS sur le financement des GEM. L'ARS précise qu'il n'est pas fait mention de ce point dans la circulaire mais que cela paraît normal car ces dispositifs n'émargent pas sur les financements de l'assurance maladie.

Sylvie VIOLETTE observe qu'il y a des orientations budgétaires pour compenser les pertes de recettes en EHPAD mais demande ce qu'il en est d'une compensation pour les activités de prise en charge à domicile (parfois des pertes de 40 %). Elle regrette que ce secteur soit négligé et souhaite que son propos figure au procès-verbal de la CSAMS.

Françoise AUMONT rappelle que la campagne budgétaire concerne le financement de l'assurance maladie et que les services du domicile sont sous la régulation budgétaire des CD. Elle précise néanmoins que pour les primes COVID les personnels du domicile sont également éligibles mais que la décision de financement revient aux CD.

Sylvie VIOLETTE rappelle que pour les EHPAD, les pertes de recettes « hébergement » seront bien prises en charge par l'assurance maladie, donc, pourquoi pas le domicile ?

Françoise AUMONT précise qu'il y a un point d'entrée dans le financement pour les EHPAD puisqu'ils ont déjà une dotation de l'assurance maladie ce qui n'est pas le cas pour le domicile. Elle ajoute néanmoins que les SSIAD pourront bénéficier de mesures de correction dans le cadre de la crise sanitaire.

Par rapport aux communautés 360, Jean Marc RIMBERT indique comprendre que Mme CLUZEL ait souhaité profiter de la dynamique installée dans le contexte de crise sanitaire pour déployer ces dispositifs mais il regrette tout comme pour l'organisation du Ségur de la santé, les délais contraints qui sont imposés.

Il observe également les délais contraints pour le versement de la prime COVID pour laquelle une enquête va prochainement être lancée par l'ARS alors que les textes ne sont pas encore sortis et que les organismes gestionnaires naviguent à vue.

Il demande enfin ce qu'il en est dans le cadre de la campagne budgétaire de la poursuite du déploiement des équipes mobiles de scolarisation qui ont été mises en place en urgence et dont on n'entend plus parler.

Maxime TROMPIER répond que, de mémoire, 3 équipes mobiles de scolarisation ont été installées l'année dernière et que la circulaire budgétaire permet de poursuivre l'installation de ce type de dispositif. Le sujet n'est pas abandonné.

Françoise AUMONT indique ne pas avoir l'enveloppe à disposition pour la Normandie mais précise qu'au niveau national 10 M€ sont délégués pour les 4 derniers mois de l'année. Après vérification, l'enveloppe allouée à la Normandie est de 500 K€

### **Organisation de la concertation Ségur de la Santé**

En qualité de présidente de la CRSA Normandie, Marie-Claire QUESNEL a souhaité participer à cette CSAMS car la CRSA doit faire la synthèse de l'ensemble des travaux des commissions spécialisées en vue d'une remise de propositions formalisées au ministère le 20 juin 2020.

Elle rappelle l'ambition de la CRSA Normandie d'une réelle participation des différents acteurs et précise à ce titre que 2.000 personnes de la région ont été destinataires d'une enquête en ligne lancée par la CRSA (300 réponses) et que les 7 CTS de la région seront également consultés dans les prochains jours. Tout comme les membres de la CSAMS, elle regrette le manque de temps pour mener cette réflexion si importante mais émet le souhait d'une production normande faisant état de propositions innovantes

Elle souligne la qualité des liens entre les instances de démocratie sanitaire et l'ARS tout au long de la pandémie.

Léonard NZITUNGA rappelle les 4 piliers définis par le niveau national pour servir de base de réflexion dans le cadre du Ségur de la Santé. Au niveau local, il rappelle le lancement d'une enquête le 30 mai ainsi que l'organisation de réunions départementales. Les commissions spécialisées de la CRSA sont réunies entre le 9 au 18 juin et la concertation des CTS se déroulera entre le 15 et le 19 juin prochain. La commission plénière de la CRSA se tiendra le 19 juin pour une présentation des contributions des commissions spécialisées. La contribution de la CRSA Normandie devra remonter au ministère le 20 juin 2020

D'ores et déjà, des points positifs de la gestion de la crise sanitaire ont été mis en exergue lors des réunions départementales.

Concernant les remontées d'info au national, Valérie DESQUESNE rappelle que l'on ne part pas de rien, des propositions ont été déjà formulées. Enjeu pour le 20 juin est de construire une production de réponse extrêmement synthétique afin que le niveau national puisse disposer d'éléments clairs. Toutes les propositions seront donc probablement intégrées d'un tableau allégé.

Le livrable sera soumis aux membres de la CRSA avant transmission.

Avant de décliner les propositions faites par les membres de la commission, il est précisé que trois contributions préalables à la CSAMS ont été produites d'une part par Mme VIOLETTE, représentant les associations de retraités et personnes âgées, et d'autre part par NEXEM et la FAS/FSH. L'ensemble de ces contributions seront jointes à la contribution de la CSAMS.

De façon unanime les membres de la CSAMS observent que les débats tant au niveau national que lors des premières réflexions régionales, apparaissent très hospitalo-centrées. Il est rappelé que la santé ne saurait se cantonner aux soins. Nécessité de tenir compte du « CURE » et du « CARE ».

Jean-Yves BLANDEL rappelle le contexte particulier du secteur hospitalier public qui a été soumis à des contraintes énormes depuis 10 ans.

David ST VINCENT indique avoir beaucoup entendu parler dans le cadre du Ségur de la santé du fait que l'hôpital devait se recentrer sur sa mission première. Il évoque les équipes addictologies qui ont la volonté d'agir dans le champ médico-social. Les membres du groupe s'accordent à dire qu'il y a probablement des marges de manœuvre en matière d'addictologie.

La place et le rôle du médico-social doivent être reconnus en amont et en aval de l'hospitalisation.

Jean Marc RIMBERT observe que durant la crise, la relation entre le secteur médico-social et la protection de l'enfance a été très importante.

Léonard NZITUNGA souligne l'importance de la notion « d'aller vers » décliné dans les propositions de NEXEM dans le cadre des interventions à domicile.

La nécessité d'une coordination sanitaire (intégrant le secteur libéral), sociale et médico-sociale est réaffirmée pour se traduire dans le parcours de vie de la personne.

Un échange a lieu entre les membres de la CSAMS sur la coordination entre les acteurs institutionnels (Préfet, ARS, CD, autres services de l'Etat) pendant la crise, certains estimant qu'elle aurait pu être plus efficiente en matière de coordination des parcours, d'autres membres étant plus pondérés sur la coordination mise en place.

Quelques difficultés observées durant la crise sont évoquées:

- En matière d'urgence sociale et alors que les personnes précaires sont en grandes difficultés pour observer les gestes barrières, les dotations en masques ne sont intervenues que début avril,
- D'autres établissements médico-sociaux n'étaient pas dans les premières doctrines...

Françoise AUMONT apporte des points de précision par rapport aux échanges.

Des points positifs ont pu être observés pendant la crise. Des coopérations qui étaient compliquées à finaliser en temps normal ont pu se mettre en place pendant la crise.

Exemple : les plateformes gériatriques pour lesquelles la situation a poussé les organisations à mettre en œuvre des expertises en appui des EHPAD et des professionnels de ville.

Au travers du Ségur de la santé il faut pouvoir valoriser les éléments de réussite et voir les leviers pour les pérenniser.

La question de l'aller vers est primordiale ainsi que la gestion des modalités d'intervention. Il convient de laisser la possibilité aux initiatives locales pour faire évoluer les organisations.

Léonard NZITUNGA confirme que les contributions de la CRSA devront nécessairement valoriser ce qui a fonctionné pendant la crise et qu'il conviendrait de pérenniser. Parmi les remontées, il est constaté qu'il s'agit principalement des expériences sanitaires. S'il est vrai qu'il faudra voir ce qui relève des organisations interne à l'hôpital, il conviendra aussi de regarder ce qui relève de l'intervention des professionnels dans et/ou au profit d'autres établissements sociaux ou médico-sociaux.

Il ajoute qu'il faudra prendre plus de temps et se retrouver après l'exercice Ségur afin de voir ce qui a pu fédérer et tirer l'expérience des organisations et des espaces d'expression mises en place.

Sylvie MOURTOUX évoque les difficultés rencontrées par les professionnels libéraux durant la crise en l'absence d'instance de coordination avec les hôpitaux. Elle indique que pour les sages-femmes des staffs ont pu être organisés avec la PMI et qu'il serait bien que cela puisse perdurer

**Les propositions de NEXEM** sont synthétisées par M. AFONSO

**Pilier 1** : La nécessité que le Ségur de la Santé ne se concentre pas uniquement sur la fonction publique hospitalière (pas d'hospitalo-centrisme). La place et le rôle du social et du médico-social doivent être reconnus en matière de santé

**Pilier 2** : question est posée de la création d'une 5<sup>ème</sup> branche en matière de protection sociale, de la prise en compte du « CARE et du « CURE » ainsi que de la place de la prévention.

**Pilier 3** : la place du numérique, le télétravail, l'évolution des façons de travailler, le management et le sens du travail (moins de sollicitation administrative).

**Pilier 4** : le regret que « ma santé 2022 » ne soit centrée que sur les professionnels du champ sanitaire, nécessité d'inclure le champ médico-social. Que ce soit en matière d'allocation de primes ou de distribution des masques, la problématique de l'intervention de différentes institutions auprès des établissements induit des iniquités de traitement. Nécessité de revoir la question des doubles tarifications des établissements sous compétence ARS et CD. En fin des mesures de simplification sont attendues notamment pour faciliter le déploiement de dispositifs innovants (ex : mise à plat des dispositifs de coordination existants sans surajouter de niveaux complémentaires ; créer les conditions de l'innovation territoriale en favorisant le travail d'équipe dans une logique de «cluster»...).

Sylvie VIOLETTE commente les propositions qu'elle a envoyé et précise être en accord avec le contenu des propositions de NEXEM

**Pilier 1,** elle souligne la nécessité de revalorisation des personnels du domicile, la possibilité de mettre en place des délégations de compétences pour les IDE afin de compenser le manque de médecins et le souhait d'une modification du diplôme aide-soignant, en intégrant des compétences psychosociales.

**Pilier 2 :** la politique d'investissement doit tenir compte de l'amélioration des conditions de prise en charge hôtelière. Sur le financement des établissements, elle souligne la nécessité d'une réforme de la T2A et la problématique des financeurs multiples pour un même établissement. Enfin, est évoqué la nécessité de favoriser le maintien à domicile des PA/PH en facilitant et accélérant les démarches administratives pour adapter le logement ainsi que le recours aux aides à domicile.

**Pilier 3:** préconisation de mettre fin aux fermetures de lits et de poursuivre les prises en charge ambulatoires. Faire en sorte que les personnes âgées bénéficient d'une filière d'accès direct à l'hôpital sans passer par les urgences et favoriser le recours aux équipes mobiles pour éviter les hospitalisations.

**Pilier 4 :** rien à ajouter par rapport aux propositions NEXEM

Léonard NZITUNGA au titre de la FAS/FSH indique qu'une contribution écrite a été envoyée et qu'il ne revient pas sur toutes les propositions mais en rappelle quelques-unes qui lui paraissent essentielles, notamment concernant les personnes en situation de précarité:

**Pilier1 :**

- Généraliser le recours à la médiation en santé, à la médiation interculturelle, au travail pair pour faciliter les parcours de santé des personnes en situation de précarité ;
- Généraliser l'expérimentation ACT à domicile :

Ce sont des services médico-sociaux d'intervention à domicile, à la rue, en établissement social, squat, caravane...qui déploient leurs équipes pluridisciplinaires rapidement et directement dans le lieu où se trouve la personne. Cette démarche d' « aller vers » permet de répondre aux besoins de la personne malade dans l'attente d'une place en ACT ou LAM, ou tout simplement de la maintenir dans son lieu de vie. Cadrés en 2017 par expérimentation nationale de 50 places pour 5 régions et des expériences régionales hors cadre expérimental, ces services permettent d'accompagner la personne dans sa santé et son autonomie en amont d'une éventuelle prise en charge en ACT généraliste.

Il s'agit à présent de sortir du schéma expérimental et de généraliser cet accompagnement à tous les ACT, sur l'ensemble du territoire national, y compris en zones

**Pilier2 :**

- Capitaliser l'expérience des équipes mobiles PASS Précarité en développant des équipes mobiles santé/précarité en s'appuyant sur les équipes des dispositifs déjà existants notamment les

Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les Lits Halte Soins Santé(LHSS), les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et les Centres de Soins et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dont les professionnels connaissent déjà le public

**Pilier 3 :**

- Soutenir le développement du e-parcours et encourager le déploiement d'un système d'information commun pour les établissements « Personnes en situation spécifiques » en ayant des interfaces avec les acteurs du sanitaire (hospitaliers et médecine de ville)
- Accompagner financièrement les établissements à équiper les personnes accueillies dans le diffus en outils numériques favorisant l'accompagnement à distance
- Amplifier le développement de l'offre d'hébergement en lien avec le soin : ACT, LAM et LHSS sur l'ensemble du territoire régional : avec un objectif de à terme de 150 places ACT, 75 places LAM et 100 places LHSS

**Pilier 4 :**

- Inscrire une réelle prise en compte des populations en situation de précarité dans les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et dans les Projets Territoriaux de Santé (PTS), en mettant en place des indicateurs de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de précarité (personnes sans droits ouverts, personnes bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'Aide Médicale d'Etat).
- Faire de la lutte contre les refus de soins un objectif des instances de coordination des parcours de soins des personnes en situation de précarité afin que celles-ci puissent accéder dans des conditions optimales aux soins et ne reportent pas ces derniers aux urgences des hôpitaux engendrant des dépenses évitables pour le système de santé
- Intégrer les téléconsultation/télémedecine dans tous les établissements médico sociaux et sociaux pas uniquement dans les EHPAD.

Pour la suite des travaux, Léonard NZITUNGA demande à Mme QUESNEL la date à laquelle la contribution de la CSAM est attendue.

Valérie DESQUESNE indique que le premier CTS aura lieu mardi et qu'il serait utile que la proposition de la CSAMS soit disponible avant.

Il est convenu un retour pour lundi 15 juin au soir au plus tard.

Le compte rendu de la réunion sera transmis au plus tard vendredi 12 juin en fin de matinée pour permettre une relecture par l'ensemble des membres d'ici lundi 15 juin midi.

Marie Claire QUESNEL souligne la richesse et la complétude des débats qui viennent appuyer ce qui a été vu dans les deux autres commissions spécialisées. Elle conclue en disant que la santé ne doit pas être observée que sous l'aspect soin. Elle doit s'inscrire dans un parcours avec la prévention et la promotion de la santé. Il faut que l'on y fasse attention. Cela correspond bien à notre PRS

Françoise AUMONT remercie les membres de la commission mais également l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux qui ont su adapter leurs organisations durant la période de crise sanitaire (les professionnels et les organismes gestionnaires ont su rapidement adapter les accompagnements et prises en charge).

Pendant cette période, des espaces d'échanges et de discussions ont été trouvés avec les acteurs ARS et CD. Dans les retours d'expérience de l'ARS, il sera important de trouver une fréquence pour maintenir ces échanges en pensant à réserver une place pour le secteur précarité.

Léonard NZITUNGA remercie l'ensemble des membres et tient à souligner la présence de l'ARS Normandie durant cette crise, ce n'a pas toujours été le cas dans d'autres agences. Il se dit très favorable pour capitaliser sur les lieux d'expression mis en place.

Par rapport à l'instruction budgétaire, il demande une présentation plus détaillée lors d'une prochaine réunion.

### **POINT EXHAUSTIF DES PROPOSITIONS REMONTEES PAR LES TROIS CONTRIBUTEURS**

(bleu : Mme VIOLETTE – rouge : FAS/FSH – vert : Nexem)

#### **Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent**

- Revalorisation salariale des aides à domicile à la main des départements qui va engendrer des inégalités territoriales,
- Proposer des délégations de compétences pour les IDE sous condition de revalorisation salariale pour compenser la pénurie médicale,
- Repenser le métier d'aide sociale (évolution du diplôme) par une formation intégrant une attitude et des compétences psychosociales,
- Revaloriser et rendre visible la fonction de travailleur social hospitalier afin de permettre au travail social hospitalier d'être un levier dans le parcours de vie des personnes en situation de précarité et non pas une tension pour les équipes soignantes,
- Renforcer les équipes de travailleurs sociaux hospitaliers afin d'accompagner les personnes dans leur accès aux droits et aux soins à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital
- Intégrer dans les formations initiales et continues des professionnels de santé des modules spécifiques relatifs à l'accompagnement des personnes en situation de précarité, aux inégalités sociales de santé, à l'organisation de l'intervention médico-sociale. Généraliser les formations croisées entre les professionnels du social, du médico-social et du sanitaire par l'intermédiaire du réseau partenarial des services sociaux hospitaliers et des instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux,
- Généraliser le recours à la médiation en santé, à la médiation interculturelle, au travail pair et aux professionnels non médicaux facilitant les parcours de santé des personnes en situation de précarité à l'hôpital
- Généraliser l'expérimentation ACT à domicile : services médico-sociaux d'intervention à domicile, à la rue, en établissement social, squat, caravane...qui déploient leurs équipes pluridisciplinaires rapidement et directement dans le lieu où se trouve la personne. Cette démarche d' « aller vers » permet de répondre aux besoins de la personne malade dans l'attente d'une place en ACT ou LAM, ou tout simplement de la

maintenir dans son lieu de vie. Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins,

- Valoriser les métiers : donner des moyens similaires au secteur associatif par rapport au secteur public. S'inscrire dans un fonctionnement partenarial (partager la vision des objectifs, la trajectoire plutôt qu'encadrer par des taux directeurs)
- Impulser les parcours professionnels des salariés (perspective de carrières claires, lisibles et évolutives : convergence des conventions collectives du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif ; concertation du secteur associatif dans les politique publique de santé,
- Agir sur les métiers et territoires en tension : créer un contrat d'engagement de service d'intérêt social à l'instar du contrat d'engagement du service public (ex de métier en tension : Aide-soignant en gérontologie),
- Permettre aux établissements de concevoir et mettre en œuvre les mesures idoines pour recruter et fidéliser sur certains métiers en tension,
- Promouvoir les métiers par une communication positive et large sur les métiers du soin (intervention et témoignage en milieu scolaire, intégration dans les programmes de l'Education Nationale des volets inclusion et solidarité afin que la notion de société inclusive et de handicap soit abordée dès le plus jeune âge),
- Renforcer les moyens du service civique et accroître la reconnaissance de cet engagement citoyen, notamment en alignant les montants d'acquisition des droits au titre du CEC (compte d'engagement citoyen) sur les plafonds d'acquisition des droits au CPF,
- Capitaliser sur les innovations nées à la faveur de la crise sanitaire et leur conférer le cadre juridique nécessaire pour les pérenniser (mutualisation des ressources humaines ; ouverture de « tiers lieux » d'accompagnement, etc.),
- Miser résolument sur les compétences et non uniquement sur les seuls statuts ou diplômes : les professions de la santé, par leur caractère nécessairement réglementé, se caractérisent en majorité par leur accès par diplôme et formation initiale. La crise sanitaire l'a prouvée : les adaptations réalisées dans des délais record ont été permises non pas grâce aux diplômes, mais grâce à des compétences, encore insuffisamment valorisées, de polyvalence, d'adaptabilité à différents environnements professionnels, de coordination et de coopération.

#### **Définir une nouvelle politique d'investissement de financement au service des soins**

- Au-delà des investissements en matériel médical, développer l'investissement en lien avec le confort hôtelier dans les hôpitaux publics (salles de bain privatives,
- Réviser la T2A pour permettre de revaloriser la prise en charge des maladies chroniques et aiguës,
- Favoriser le maintien à domicile des PA/PH en facilitant et accélérant les démarches administratives pour adapter le logement ainsi que le recours aux aides à domicile,
- Renforcer le maillage des permanences d'accès aux soins de santé notamment dans les territoires ruraux et celui des PASS psychiatriques sur le territoire national. Généraliser l'essor des permanences d'accès aux soins de santé de ville permettant l'entrée dans le soin, le suivi des personnes sans droits ayant des maladies chroniques en ville,

- Capitaliser l'expérience des équipes mobiles PASS Précarité en développant des équipes mobiles santé/précarité en s'appuyant sur les équipes existantes des ACT LAM et LHSS, qui connaissent déjà le public,
- Amplifier le développement de l'offre d'hébergement en lien avec le soin : ACT, LAM et LHSS sur l'ensemble du territoire régional : avec un objectif de à terme de 150 places ACT, 75 places LAM et 100 places LHSS,
- permettre aux professionnels des PASS, et aux travailleurs sociaux des services sociaux hospitaliers d'informer et de former les professionnels de l'hôpital à la prise en compte de la précarité dans les protocoles de soins et aux accompagnements médico-sociaux intra et extra hospitaliers,
- Augmenter les budgets des missions d'intérêt général (MIG) Précarité pour les hôpitaux accueillant un plus grand nombre de personnes en situation de précarité (financement de temps d'ingénierie du travail partenarial hospitalier afin que celui-ci s'ouvre plus grandement aux champs social et médico-social, pourrait permettre de financer des postes de médiateur en santé, et de l'interprétariat professionnel en santé),
- Faire évoluer les modes de financement des séjours hospitaliers afin de pouvoir travailler pendant leur séjour la continuité et la coordination des parcours de soins et de vie des personnes en situation de grande exclusion avec le concours des professionnels sociaux hospitaliers en lien avec les dispositifs d'hébergement et d'hébergements médicalisés,
- Afin de garantir la mise en œuvre effective du décloisonnement entre secteurs (social, médico-social et sanitaire) et acteurs, la complémentarité et l'harmonisation des politiques publiques, les principes d'universalité et d'égalité républicaine pour l'accès à la santé des personnes fragiles, NEXEM propose la création d'une cinquième branche de protection sociale. Elle couvrira les risques perte d'autonomie et exclusion et sera financée par la solidarité nationale,
- propose que les conditions et les niveaux de financement du statut hospitalier et des conventions collectives fasse l'objet de procédures et de négociations harmonisées entre L'Etat et les partenaires sociaux des champs publics et privés afin de garantir l'attractivité des métiers et l'absence de concurrence entre statut hospitalier et conventions collectives,
- propose que les financements des plans d'investissement des champs sanitaires et médico-sociaux fassent l'objet de procédures harmonisées et coordonnées, au niveau territorial et national, sur des critères de construction des parcours, de qualité et de complémentarité des offres. La proposition N° 1 de création d'une cinquième branche, en simplifiant la gouvernance des politiques publiques et en réduisant le nombre de financeurs participe de cette recherche de cohérence des investissements,

### **Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes**

- Développer des postes adaptés pour soulager les personnels soignants des tâches administratives, de gestion des médicaments, des commandes...,

- Mettre fin aux fermetures de lits, poursuivre le développement des prises en charge ambulatoires et scinder les organisations médicales ambulatoires de l'hospitalisation temps plein,
- Renforcer le passage d'info entre les urgences et la médecine de ville, favoriser le recours aux équipes mobiles pour éviter les hospitalisations,
- Eviter le passage aux urgences des personnes âgées et malades chroniques en organisant les services pour permettre leur accueil direct,
- Soutenir le développement du e-parcours et encourager le déploiement d'un système d'information commun pour les établissements « Personnes en situation spécifiques » en ayant des interfaces avec les acteurs du sanitaire (hospitaliers et médecine de ville),
- Digitalisation des organisations et simplification des procédures
  - Développement du télétravail,
  - Refonte des autorisations (objectif de fluidification des parcours ; réduire le nombre de catégories d'établissement et services, favoriser un fonctionnement en dispositif,
  - Permettre une fongibilité des ressources pour mobiliser l'ensemble des palettes des dispositifs,
  - Faire des études d'impact médico-socio-économiques permettant d'identifier et valoriser les effets bénéfiques sur la santé et les économies générées (précocité des interventions accompagnement inclusif au quotidien),
- Supprimer les doubles compétences ARS/CD,
- Renouer avec la proximité des organisations et redonner corps à la notion d'équipe et de service
  - Lutter contre le turn-over, QVT, proximité des équipes, mode projet (accroître l'attractivité du secteur et réduire le fonctionnement en mode silos),
  - Revenir sur la multiplicité des indicateurs et travaux de reporting (l'administratif prend le pas sur l'opérationnel),
  - S'appuyer sur le management intermédiaire (culture commune aux étudiants en travail social),
  - Favoriser la mobilité des professionnels,
  - Faciliter l'évolution des pratiques managériales vers un management plus participatif (formation initial et investissement sur le développement des compétences),
  - Limiter les contraintes administratives,
- Réinscrire les professionnels de soins en ESMS PH (l'absence de médecins contraint les IDE à exercer des responsabilités plus importantes : pas de reconnaissances adaptées). Recours aux libéraux et intérimaires coûteux (favoriser la revalorisation des métiers),
  - Revalorisation financière et conventionnelle du métier d'IDE en ESMS,
  - Création de fonctions de médecins coordinateurs en ESMS PH à l'instar du secteur PA,
  - création de stages d'immersion en ESMS des étudiants de médecine inscrits dans leur parcours de deuxième année (ex : initiative Déficience),
  - Fidélisation des équipes pour diminuer le turn-over, onéreux et peu efficace,
  - mobiliser des équipes mobiles sanitaires et médico-sociales (double compétence) pour rétablir le lien avec la psychiatrie dans les établissements et faciliter les convergences entre sanitaire et médico-social,
  - Mieux reconnaître les interventions à domicile ou à l'école des équipes MS

- Repenser le format des GHT et leur gouvernance afin que les ESMS aient une part active,
- Faire converger les secteurs PA/PH pour éviter les ruptures de parcours (il convient qu'à l'âge pivot de 60 ans, les usagers PH, rejoignent le secteur PA sans rupture de parcours),

### **Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers**

- Enjeux de lisibilité des dispositifs existants pour les usagers,
- Inscrire une réelle prise en compte des populations en situation de précarité dans les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et dans les Projets Territoriaux de Santé (PTS), en mettant en place des indicateurs de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de précarité (personnes sans droits ouverts, personnes bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'Aide Médicale d'Etat),
- Permettre aux acteurs sociaux et médico-sociaux d'être partie prenante de la mise en œuvre des Projets Territoriaux en Santé Mentale (PTSM) afin que les personnes en situation de précarité puisse bénéficier d'une attention particulière dans la coordination des parcours de soins psychiatriques et ou psychiques leur permettant d'accéder à la prévention, à la promotion de la santé mentale, au diagnostic et aux soins,
- Intégrer ou tout du moins permettre la participation des acteurs sociaux et médico-sociaux, les PASS de ville, les PASS et les EMPP dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ainsi les acteurs de la veille sociale (maraude, SIAO), les acteurs du médico-social (LHSS, LAM, ACT, CSAPA, CAARUD), les acteurs de l'hébergement et du logement (CHRS, CHU, Résidences Sociales, Pensions de famille) pourraient prendre part à la coordination des parcours de soins des personnes en situation de précarité en apportant leurs expertises par rapport aux personnes qu'ils accompagnent,
- Faire de la lutte contre les refus de soins un objectif des instances de coordination des parcours de soins des personnes en situation de précarité afin que celles-ci puissent accéder dans des conditions optimales aux soins et ne reportent pas ces derniers aux urgences des hôpitaux engendrant des dépenses évitables pour le système de santé,
- Développer des plateformes d'interprétariat pour les professionnels de santé de ville afin que les personnes allophones puissent avoir accès aux soins en ville sans difficultés de communication et ne reportent pas leurs soins vers des dispositifs y ayant accès.
- Appliquer l'Art. 70 de la loi Egalité et citoyenneté pour favoriser la sortie de l'établissement vers un logement de droit commun, en priorisant réellement l'attribution du logement social
- Permettre aux personnes en situation de précarité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques territoriales et locales de santé
- Donner plus de souplesse aux acteurs pour organiser de façon agile et réactive la réponse aux besoins de santé et d'accompagnement d'un territoire ;
- Veiller à ce que la simplification annoncée passe par une mise à plat des dispositifs de coordination existants sans surajouter de niveaux complémentaires et en garantissant une harmonisation des méthodes à l'échelle des territoires.
- Créer les conditions de l'innovation territoriale en favorisant le travail d'équipe dans une logique de « cluster » (mettre à disposition des compétences d'ingénierie de projet et des systèmes de communication et d'information performants)
- Structurer les soins de proximité et l'interface entre la ville / les établissements et services d'accompagnement et l'hôpital ;

- les communautés professionnelles territoriales de santé :
  - la pleine insertion des établissements et services médico-sociaux dans l'élaboration de l'organisation des filières et des parcours de soins doit être une condition à la mise en œuvre.
  - L'un des objectifs premiers des CPTS étant la facilitation de l'accès aux médecins traitants sur les territoires, le développement de la mixité des exercices passe par la possibilité pour le médecin coordonnateur en établissement ou services d'assurer la plénitude des fonctions de médecin et notamment la prescription
- Déployer à grande échelle les outils de la télésanté (télémédecine et télésoin) pour en faire un véritable élément dans la lutte contre les inégalités territoriales et sociales.
- pérenniser les dispositifs d'appui sanitaire aux EHPAD et aux autres établissements médico-sociaux
- Renforcer les liens entre ces structures, les établissements et les professionnels de santé pour garantir les parcours les plus adaptés pour les personnes âgées ou en situation de fragilité.

## Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires

### Contribution des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé de Normandie au Ségur de la Santé <sup>1</sup>

Alors que cette crise sanitaire :

- a mis au défi notre système de soin,
- a interpellé le secteur de la prévention pour trouver, diffuser et appliquer les moyens de protéger la population dans toute sa diversité,
- a révélé à tou-te-s la réalité des inégalités sociales de santé (qualité des logements, inégalité d'accès à la continuité scolaire, accès à l'alimentation, isolement, etc.)
- a mis l'accent sur des points de fragilité dans notre société et montré de manière effective l'impact des déterminants de la santé sur nos capacités à gérer la crise et ses conséquences,

nous ne pouvons que regretter que le Ségur de la Santé ne nous invite qu'à « tirer collectivement les leçons de l'épreuve traversée [...] **pour bâtir les fondations d'un système de santé** encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple... », **au lieu de nous inviter à repenser plus globalement notre politique nationale de santé, afin de l'ancrer résolument dans les fondements de la promotion de la santé**, seule approche qui intègre toutes les dimensions de la santé humaine, que sont la santé physique, la santé psychologique et la santé sociale. « **Priorité prévention 2018 – 2019** » a constitué une avancée qui doit être poursuivie et développée.

#### La santé dans toutes les politiques<sup>2</sup> : un incontournable

Afin de guider les décideurs, les opérateurs et la population pour faire face aux situations épidémiques notamment, nous souhaitons aujourd'hui **réaffirmer l'importance d'engager une véritable réflexion sur « la Santé dans toutes les politiques », d'évaluer l'impact en santé de toute politique publique et de l'intégrer à la réflexion comme à la prise de décision.**

Cette « approche intersectorielle des politiques publiques est destinée à mieux prendre en compte les conséquences sur la santé des décisions, à rechercher des complémentarités/synergies entre les secteurs afin d'éviter les conséquences néfastes pour la santé et ainsi améliorer la santé de la population et l'équité en santé ».

Elle repose sur plusieurs principes :

- Mettre la santé et l'équité au cœur des politiques,
- Développer une action gouvernementale concertée, interministérielle, afin d'agir de façon coordonnée sur l'ensemble des déterminants de la santé,
- Agir à tous les niveaux, du national au local et inversement, afin d'enrichir les orientations nationales de l'expériences des acteurs de terrain mais également en transversalité pour garantir l'intersectorialité.

La « Santé dans toutes les politiques », c'est considérer que la santé n'est pas seulement une affaire de spécialistes mais un bien commun dont la préservation et le développement reposent sur une responsabilité partagée de tous les secteurs. <sup>3</sup>

Si les mesures prises en urgence pour remédier à la crise COVID-19 étaient essentielles, elles ont cependant révélé et accru les inégalités sociales de santé<sup>4</sup>.

Cet épisode a illustré que chacun d'entre nous peut être considéré comme vulnérable à un moment donné, certains l'étant plus fortement, plus souvent, plus longtemps...<sup>5</sup>

Pourtant, les moyens d'action sont connus :

- Le développement de la capacité d'agir (connaissances, attitudes, aptitudes, motivation) des personnes et des groupes,
- Le renforcement de la cohésion sociale et de la solidarité en amenant les acteurs communautaires (élus, professionnels, décideurs institutionnels et habitants) à porter des initiatives collectives,
- L'amélioration des conditions de vie et de travail,

- Et l'optimisation de l'accès aux biens et services essentiels (éducation, alimentation, logement, aide sociale, soins, etc.).<sup>6</sup>

Dès lors, on comprendra que pour construire une politique de santé réaliste et efficace, élément de réponse indispensable à moyen et long terme à la situation actuelle et pour anticiper de futures crises, la coopération de tous les secteurs est un impératif.

Ces démarches globales, intersectorielles, représenteront un axe essentiel de la prévention, notamment lors de crises sanitaires.

### **Des réponses adaptées aux réalités et aux besoins de chaque territoire :**

Un axe de la Promotion de la santé vise à promouvoir des actions sur les environnements et conditions de vie favorisant la mise en place des mesures nécessaires :

- Sur le plan matériel, qualité du cadre de vie, accès aux produits de première nécessité...
- Sur le plan humain : renforcement de la solidarité, du lien social et du soutien social, gages d'un « vivre-ensemble » de qualité, y compris en période d'épidémie.

Les dynamiques partenariales portées par les collectivités territoriales représentent des « points d'appui importants à la mise en place de réponses rapides, adaptées et concertées, au plus près des besoins et ressources des populations »<sup>7</sup> (ex : CLS, ASV, CLSM etc...).

Dans le cadre de la crise COVID-19, nombre d'initiatives remarquables des collectivités (fabrication et distribution de repas, de masque, gel, mise à disposition d'ordinateurs, organisation de la garde des enfants de soignants, etc.) ont permis de répondre aux besoins prioritaires de chaque territoire pour faire face rapidement à cette crise.

Le rôle des collectivités locales et territoriales dans la gestion de la crise sanitaire a été prépondérant, il devra être davantage reconnu, soutenu et coordonné avec les initiatives nationales.

### **Des initiatives solidaires et coordonnées au plus près des citoyens :**

Le troisième axe de la promotion de la santé, porte sur les démarches communautaires fondées sur la participation des personnes et des groupes, le soutien à l'organisation de collectifs, le développement du pouvoir de dire et d'agir, permettant le déploiement sur tout le territoire national d'initiatives solidaires, dans le cadre d'une responsabilité partagée entre les décideurs, les professionnels et la population<sup>8</sup>.

Le principe des « Voisins solidaires »<sup>9</sup> qui vise à développer la convivialité et l'entraide entre voisins pour améliorer le bien-être de tous et la vitalité des quartiers, s'appuyant sur une démarche municipale et s'inscrivant dans les plans municipaux (famille/jeunesse, sécurité, action sociale, etc.) en est un bon exemple. A l'image de ce projet, les démarches communautaires en santé renforcent les liens sociaux de proximité, le pouvoir des habitants et la prise de conscience que chacun peut agir pour améliorer la santé de tous<sup>10</sup>. Ces initiatives seront à développer et encourager.

Les initiatives pertinentes, d'où qu'elles viennent, doivent être repérées précocement, soutenues, dynamisées et démultipliées si nécessaire. Au-delà du volontariat les acteurs doivent être reconnus et valorisés.

La situation de crise a bien démontré la nécessité d'avoir une capacité de coordination territoriale, de mise en synergie, d'encadrement et de répartition de l'ensemble des actions solidaires issus de tous les champs de la société et de tous les acteurs volontaires, de l'individu à l'entreprise et à la collectivité...

### **Une démarche éducative indispensable :**

Les conseils, les avertissements et les injonctions peuvent être nécessaires au moment de l'émergence d'une crise sanitaire et de la mise en place de mesures urgentes. Ils sont largement insuffisants et à la longue, contreproductifs, lorsque l'atteinte des objectifs de protection de la santé de la population impose une évolution durable des comportements<sup>11</sup>. L'anxiété et la résistance qu'ils génèrent entraînent des mécanismes de défense (rejet, déni, la transformation en contraire...) voire des traumatismes.

Afin d'accompagner les transformations sociales attendues, l'éducation pour la santé devra être développée à tous les âges de la vie dans le but de :

- Renforcer le niveau de littératie en santé de la population, c'est à dire sa capacité à identifier l'information dont on a besoin, à y accéder, à la comprendre, à l'évaluer et à l'appliquer pour améliorer sa santé et celle des autres,
- mais également développer les compétences sociales, cognitives et émotionnelles nécessaires pour faire des choix favorables pour sa santé et permettre l'acquisition d'une résilience accrue et le développement des capacités d'adaptation.

### **Un système de soin ouvert à la démocratie en santé**

La situation de crise sanitaire nous a montré l'intérêt, plus que jamais, de mobiliser les instances de démocratie en santé telles que les conférences nationale et régionales de la santé et de l'autonomie, ou les conseils territoriaux de santé.

Ces organismes consultatifs, lieux de représentation et d'expression de tous les acteurs institutionnels et associatifs sur la santé, contribuent à l'élaboration de réponses collectives adaptées intégrant une réflexion éthique et acceptables autant par les politiques que par la population.

La crise COVID-19 est un évènement sans précédent dans le monde depuis de nombreuses décennies. Cette expérience nous permet cependant de tirer des leçons qui nous permettront d'être mieux préparés pour faire face à d'autres crises.

Profitons des enseignements de cette pandémie pour enfin amorcer une réelle politique de Promotion de la Santé en France qui tienne compte des nécessaires ajustements et revalorisations du secteur du soin sans oublier de l'articuler avec tous les déterminants de la santé pour améliorer et préserver la santé de tous, en portant une attention soutenue aux plus vulnérables et avec un souci constant d'équité.

Une stratégie de santé se voulant équilibrée et réductrice des inégalités sociales de santé, d'accès aux soins et à la prévention, voulant améliorer ses capacités d'adaptation aux situations de crise, se doit :

- D'être pensé en termes de responsabilité populationnelle et territoriale, reposant sur une intersectorialité où chacun a sa place, et déclinée de manière adaptée aux territoires.
- D'intégrer tous les acteurs, de les mettre en lien, de favoriser concertation, coordination, mise en synergie.

Notre capacité collective à concevoir, avec toutes les parties-prenantes, des réponses personnalisables, adaptatives, évaluables et évolutives, est ici mise au défi.

Les réalités sont connues, les besoins identifiés, les acteurs, les usagers, chacun dans son champ et à son niveau, ont fait des propositions dans le cadre de la réflexion « Ma santé 2022 ». Faute d'une refondation totale de notre système de santé dans les délais imposés, à l'aune des enseignements tirés de la crise, intégrons au moins ces réflexions et ces propositions, et répondons aux besoins exprimés de nos concitoyens en matière de santé.

**Ne confondons plus Soins et Santé. Sachons enfin ne pas opposer prévention et soins.  
Prenons en compte l'ensemble des déterminants de santé. Construisons des réponses Territorialisées et intersectorielles.**

*[Texte largement inspiré de la Tribune de la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé « Epidémie, crise sanitaire et Covid-19 » en date du 5 mai 2020]*

## SOURCES ET REFERENCES PRINCIPALES

- 
- <sup>1</sup> Source : Épidémie, crise sanitaire et COVID-19, Tribune FNES (Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé) - 5 mai 2020
- <sup>2</sup> Health in All Policies (HiAP) : Framework for Country Action. Geneva : WHO, 2014, 17 p. En ligne : [https://www.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908\\_eng.pdf?ua=1](https://www.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1)
- <sup>3</sup> Françoise Jabot, " la Santé dans toutes les politiques et Covid-19", Semaine Européenne de Santé Publique du 11 au 15 mai 2020, Entretien réalisé par la Société Française de Santé Publique
- <sup>4</sup> Villeval M, Pelosse L. Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'action pour la promotion de la santé. Lyon : Ireps Auvergne Rhône-Alpes, 2020, 6 p. En ligne : <http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=1339>
- <sup>5</sup> Tribune ANCREAL « Parce que nous sommes tous vulnérables ! », Le Monde juin 2020
- <sup>6</sup> Sandon A. Inégalités sociales de santé et promotion de la santé. Dijon : Ireps Bourgogne, 2016, 50 p. (Dossier technique ; 7). En ligne : [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier\\_technique\\_iss\\_complet.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_iss_complet.pdf)
- <sup>7</sup> Fabrique Territoires Santé, Élus Santé Publique et Territoires, Réseau français des villes santé OMS. Covid 19 et lutte contre les inégalités : pour un véritable soutien aux dynamiques territoriales de santé. Paris : ESPT, 2020, 4 p. En ligne : <https://espt.asso.fr/wpcontent/uploads/2020/04/CP-FTS-ESPT-avril-2020.pdf>
- <sup>8</sup> Massé R. Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique. Éthique publique 2005 ; 7(2) :107-24. DOI : 10.4000/ethiquepublique.1943
- <sup>9</sup> Réseau québécois de Villes et Villages en santé. Voisins solidaires : guide de mise en oeuvre à l'intention des municipalités et des organisations locales (site voisinsolidaires.ca). Montréal : RQVVS, 2017, 72 p. En ligne : <http://voisinsolidaires.ca/wp-content/uploads/Livre-num%C3%A9rique2.pdf>
- <sup>10</sup> Stachowiak S, Akey T, Beyers J, Chew A, Habtemariam E, Gutierrez J, et al. When collective impact has an impact: a cross site study of 25 collective impact initiatives., Denver : Spark Policy Institute ; Seattle : ORS Imact, 2018, 124 p. En ligne : [https://www.orsimpact.com/DirectoryAttachments/10262018\\_111513\\_477\\_CI\\_Study\\_Report\\_10-26-2018.pdf](https://www.orsimpact.com/DirectoryAttachments/10262018_111513_477_CI_Study_Report_10-26-2018.pdf)
- <sup>11</sup> Van Den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. Health Promotion International 2020 ; 0 :1–6. DOI : 10.1093/heapro/daa042



## **Séjour de la Santé**

### **Contribution de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers**

Le Séjour de la Santé a été lancé le 25 mai dernier par le Premier Ministre et le Ministre des solidarités et de la Santé.

Cette grande concertation nationale vise à refonder le système de santé, en tirant collectivement les leçons de la crise sanitaire du coronavirus en organisant les réflexions autour de 4 piliers :

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

Afin de participer à cette concertation, des retours d'expériences sur les territoires ont été collectés, sous l'égide de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de Normandie, instance régionale de démocratie en santé au sein de laquelle siègent des représentants de l'ensemble des acteurs du système de santé, dont les usagers.

En vue de contribuer aux propositions qui figureront dans le rapport adressé au Ministère des solidarités et de la santé, la CSDU :

- s'est réunie le 9 juin 2020 en présence de la Présidente de la CRSA, en associant à la fois les membres titulaires et suppléants de la commission ;
- a organisé le 16 juin 2020 une assemblée régionale des Représentants d'usagers (RU) désignés par l'ARS pour siéger au sein des Commissions des usagers (CDU) des établissements de santé normands.

Près de quarante RU, siégeant dans des établissements de santé publics et/ou privés des cinq départements normands, ont participé à cette assemblée régionale. France assos santé (FAS) Normandie a également été associée à ce temps d'échange.

En préambule, les usagers émettent le souhait d'une reformulation du quatrième pilier. Il s'agit de : « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires avec et pour les usagers ».

Les échanges et débat ont permis de dégager deux objectifs majeurs :

- d'une part élargir le vivier des Représentants d'usagers (RU) à travers :
  - o une augmentation du nombre de RU ;
  - o une diversification des profils des RU (actifs, lycéens...).
- d'autre part favoriser et accroître la légitimité des représentants d'usagers à travers :
  - o une reconnaissance du rôle des RU ;
  - o une facilitation de l'exercice des mandats des RU.

Afin d'y parvenir, les propositions concrètes ci-dessous sont formulées :

- faire des RU du système de santé un véritable statut afin de permettre aux usagers souhaitant s'investir dans un tel mandat de disposer d'un congé de représentation, rendant par exemple compatible l'exercice d'une activité professionnelle avec un investissement au sein d'une instance de démocratie en santé (CRSA, CTS, CDU, CVS...) ;
- au sein des instances où le nombre de représentants d'usagers est proportionnellement faible, permettre à la fois aux titulaires et aux suppléants de siéger et ainsi instaurer un collectif de travail reposant sur un plus grand nombre d'individus ;
- faciliter la participation et l'engagement des RU au sein des instances où ils disposent d'un mandat, notamment en veillant à indemniser les frais engagés au titre des déplacements et à limiter ceux-ci dès que possible (visio-conférence, mise à disposition d'outils collaboratifs) ;
- permettre à des usagers qui ne sont pas adhérents d'une association d'usagers du système de santé agréée de solliciter un mandat afin de siéger en tant que RU au sein des établissements de santé favoriser au sein des différentes instances (CDU, CVS...) ;
- proposer aux RU et aux professionnels de bénéficier d'une offre de formation riche et diversifiée facilement accessible et en adéquation avec les besoins recensés ;

La CSDU souhaite rappeler que la majeure partie de ces actions sont fondées à poursuivre leur déploiement dans le cadre de la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) normand, et peuvent également prendre appui sur les préconisations réalisées au sein du « Plaidoyer pour un déconfinement réussi en Normandie », adopté par la Commission permanente (CP) de la CRSA le 5 juin 2020.

La CSDU propose d'intégrer au rapport qui sera adressé au Ministère des solidarités et de la santé les éléments suivants :

- intégrer des usagers comme acteurs de la formation et de l'évaluation des professionnels (pilier 1) ;
- généraliser le recours à la médiation en santé, à la médiation interculturelle, aux patients experts, au travail pair pour faciliter les parcours de santé des usagers, en particulier pour les personnes vulnérables (pilier 1) ;
- clarifier le statut et prévoir des modalités de rémunération ou d'indemnisation des usagers qui s'engagent pour leurs pairs ou les organisations (pilier 2) ;
- soutenir les usagers du système de santé afin qu'ils acquièrent la capacité à être des acteurs de la qualité des soins et de l'accompagnement social et médico-social, au bénéfice de leur

propre santé, qualité de vie et expérience lors de leurs interactions avec le système sanitaire, médico-social et social, ou de celles de leurs pairs (pilier 4) ;

- reconnaître le rôle des associations de patients et d'usagers : soutenir et coordonner davantage leurs actions avec les initiatives territoriales, notamment afin de recueillir l'expression des besoins et attentes des usagers (pilier 4).

Enfin, la CSDU appelle également de ses vœux une articulation forte des travaux qu'elle porte :

- à l'échelle nationale avec la Conférence nationale de santé (CNS), désormais dotée d'un groupe de travail permanent chargé de l'élaboration d'un rapport annuel spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social ;
- à l'échelle régionale, en lien avec les autres commissions spécialisées de la CRSA ;
- à l'échelle territoriale, en lien avec :
  - o les Conseils territoriaux de Santé (CTS), comprenant chacun une formation spécifique organisant l'expression des usagers ;
  - o les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Le Président de la commission spécialisée  
dans le domaine des droits des usagers du système de santé de la CRSA

Michel LOISEL