

REFORME DU SYSTEME DE SANTE

Sécur de la santé

Le 21 juillet s'est achevé le «Sécur de la santé», après 50 jours de négociation, par la présentation de 33 mesures.

Ce Sécur était organisé autour de 4 piliers.

Pilier n°1 : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent (fait l'objet d'un groupe de travail spécifique) ;

Pilier n°2 : définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;

Pilier n°3 : simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;

Pilier n°4 : fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

L'Unaf a participé à cette réflexion, dans le cadre de travaux entrepris au sein de France Assos Santé, qui représentait les usagers du système de santé dans le cadre de ce Sécur. Elle a également participé à une audition sur les piliers 3 et 4.

Comme cela était prévu, les questions portant sur la rémunération des professionnels et la valorisation des métiers et des carrières ont été au centre de cette opération. Les mesures concernant ces deux sujets ont abouti à la signature le 13 juillet 2020, des accords du Sécur de la santé. Ces accords aboutissent notamment à l'attribution de 8,2 milliards d'euros pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD (7,6 milliards d'euros par an à la revalorisation de l'ensemble des métiers non-médicaux dans les établissements de santé et médico-sociaux des secteurs publics ou privés et prévoyant également le recrutement de 15 000 personnels ; 450 millions d'euros par an à l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers ; 200 millions d'euros par an à la revalorisation des indemnités de stages et émoluments d'internat, à la revalorisation des gardes pour les internes).

Les accords envisagent également d'augmenter immédiatement les effectifs en formation paramédicale, après concertation avec les régions (en charge de la formation des professionnels de santé). Le rôle de premier recours des infirmiers en pratique avancée sera renforcé, en permettant aux patients de les consulter directement et en élargissant leur périmètre d'action.

Au-delà de ces accords, des mesures relevant des 3 autres piliers de la concertation ont été prises. Parmi les mesures entérinées, nous notons : la poursuite et l'accélération de la réduction de la part de T2A dans le financement des établissements de santé, ainsi que le développement de la transition, écologique à l'hôpital ; la reprise de la dette des établissements participant au service public hospitalier (13 milliards d'euros) ; le déploiement d'un plan d'investissement de 6 milliards d'euros pour le médico-social, les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville-hôpital, la compensation du retard sur le numérique ; l'association des élus locaux à l'appréciation des besoins en santé, afin qu'ils soient pleinement parties prenantes des décisions d'investissement ; une meilleure prise en compte la qualité et la pertinence des soins et des parcours des patients dans les modes de financement des activités de soins ; le développement des dispositifs d'intéressement collectif à la qualité des soins ; la possibilité d'ouverture ou la réouverture de lits dans les structures de médecine, en fonction des besoins, à travers la mise en place de lits «à la demande», permettant aux établissements de s'adapter à la suractivité saisonnière ou épidémique ; le lancement d'une mission de refonte de l'ONDAM pour créer les conditions d'un débat démocratique et en évaluer et renouveler les moyens de régulation ; la généralisation de la mise en place des hôtels hospitaliers, en s'appuyant sur l'expérimentation introduite par la loi de financement pour 2015.

Au sujet de la simplification des organisations, plusieurs mesures sont actées, en particulier celles visant à : renforcer la place des paramédicaux et des usagers dans la gouvernance des établissements de santé, en rendant systématique la définition de modalités de leur association dans le règlement intérieur de chaque établissement ; permettre aux établissements de santé de s'organiser plus librement ; remédicaliser la gouvernance ; permettre l'expérimentation de modalités alternatives d'organisation de la gouvernance.

Enfin, pour le volet visant à fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers, le Gouvernement s'engage à : améliorer la prise en charge des personnes âgées, en pérennisant et en systématisant les astreintes sanitaires pour les établissements de personnes âgées, les équipes mobiles, les parcours d'admissions directes non-programmées ; lever les freins à la téléconsultation et pérenniser la prise en charge à 100 % ; développer l'accès aux soins non-programmés et l'exercice coordonné, en faisant de l'exercice coordonné la norme en le développant sous toutes ses formes, par la négociation conventionnelle ; déployer une plateforme numérique en partenariat par le SAMU et la ville, pour faciliter l'accès à l'information en santé et aux soins non-programmés (prise de rendez-vous) ; lancer des expérimentations sur des organisations mixtes ville-hôpital, pour la prise en charge des appels des patients pour des besoins urgents ou non-programmés.

Des mesures intéressant la réduction des inégalités en santé sont envisagées : doter chaque région d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités, associant l'ensemble des acteurs (usagers, élus, associations, experts...) ; recourir aux démarches d'aller vers, pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles ; renforcer en temps médicaux et paramédicaux les 400 permanences d'accès aux soins de santé prenant en charge les patients sans droits dans les hôpitaux ; créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations des territoires défavorisés, basée sur leur participation aux projets du centre et le recours à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat ; créer 500 nouveaux « lits halte soins santé » (LHSS) pour atteindre 2 600 places d'ici 2022, offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe.

D'autres mesures relatives à la prise en charge des personnes âgées et des personnes porteuses de handicap sont proposées : structurer dans chaque territoire, des parcours d'admissions directes non-programmées à l'hôpital pour les personnes âgées, afin d'éviter les passages inutiles aux urgences ; renforcer le déploiement des équipes mobiles et les interventions de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des professionnels libéraux sur les lieux de vie des personnes âgées ; renforcer le dispositif de présence (garde ou astreinte) infirmière la nuit dans les EHPAD ; reconnaître l'accès des personnes en situation de handicap à un médecin traitant comme un objectif de santé publique et mettre en place le juste financement de l'exigence d'adaptation des modalités de suivi ; lancer un programme d'adaptation des conditions de soins pour les personnes handicapées, avec notamment la mise en accessibilité de la télémédecine.

Peu de mesures portent sur les hôpitaux de proximité. Nous pouvons néanmoins, souligner la volonté de donner plus d'autonomie aux hôpitaux de proximité lorsqu'ils sont de statut public, en définissant des missions gérées localement dans une convention avec les Groupements hospitaliers de Territoire (GHT).

Quelques mesures visent la psychiatrie, mais qui ne seront sans doute pas à la hauteur des attentes des acteurs de ce champ, notamment en ce qui concerne la pédopsychiatrie : mise en place d'un numéro national de prévention du suicide 24h/24 et 7j/7 ; recrutement de 160 psychologues supplémentaires dans les centres médico-psychologiques pour un soutien psychologique accessible à tous.

Un point particulier concerne le soutien de l'organisation des soins en outre-mer (chaque DOM bénéficiera d'une enveloppe pour l'investissement, avec la prise en compte d'un rattrapage pour les régions sous-équipées). Monsieur Olivier Véran (ministre des Solidarités et de la Santé) a annoncé qu'il travaillerait avec le ministère de l'Outre-mer pour compléter ces premières mesures.

Le volet traitant du développement de la démocratie en santé, reprend beaucoup de propositions faites par France Assos Santé et l'Unaf. Il est ainsi prévu de renforcer les missions et l'indépendance des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), afin d'en faire de véritables « Parlements de santé », néanmoins aucun crédit n'est fléchi sur cet objectif ; revoir le décret relatif aux missions, à l'organisation et à la gestion des CRSA afin d'étendre leur capacité de consultation et mieux les articuler avec les autres instances de la démocratie sanitaire dans les territoires ; inscrire dans les textes relatifs à la CRSA le principe de leur consultation aux décisions prises pendant les périodes de crise sanitaire.

Pour mettre en application ces principes, Il est prévu une concertation avec les acteurs et notamment, les associations de patients et d'usagers et les élus locaux pour modification législative et réglementaire du Code de la santé publique en 2021. Le seul regret sur ce point est qu'il ne soit pas fait référence aux conférences territoriales de santé (CTS) qui ont pourtant un rôle important à jouer dans l'évaluation notamment des projets territoriaux de santé.

Dans son discours de conclusion, Monsieur Olivier Véran a annoncé la tenue d'un «Séguir de la santé publique», où seront notamment abordées la santé des enfants, l'éducation à la santé, l'organisation d'une santé publique opérationnelle, la préparation à la gestion de futures crises sanitaires, la formation, la recherche, sans préciser de calendrier.



Dossier de presse sur les conclusions du Séguir de la Santé - juillet 2020.

Dans le cadre des travaux sur le Séguir, l'Unaf a fait un certain nombre de propositions organisées autour de 8 axes :

- Renforcer l'information des familles sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé
- Capitaliser les bonnes pratiques issues de la crise
- Adapter le système afin de pouvoir répondre aux nouveaux besoins des patients, des familles et aux nouvelles aspirations des professionnels
- Se donner les moyens de réussir le virage ambulatoire
- Définir la place de l'hôpital dans l'organisation de notre système de santé en lien avec les autres acteurs de son territoire
- Renforcer la politique de prévention et de promotion de la santé en y associant les familles
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins
- Donner plus de poids à la démocratie en santé et aux instances régionales et locales associant l'ensemble des acteurs dont les usagers du système de santé

Vous trouverez ces propositions en suivant ce lien : <https://www.unaf.fr/spip.php?article26642>

ACCES AUX SOINS

Déserts médicaux

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), a publié une note sur les difficultés et l'adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins.

Selon les dernières projections de la DREES, les effectifs des médecins libéraux diminueraient jusqu'en 2027 et seraient inférieurs de 24 % à leur niveau de 2012. Ce recul serait plus important chez les médecins généralistes, puisque leurs effectifs diminueraient de 30 % durant la même période.

Cette étude montre qu'en 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de généralistes est insuffisante sur leur territoire (22 % pensent même que celle-ci est très insuffisante, ils sont deux fois plus nombreux à la juger très insuffisante lorsqu'ils exercent dans un territoire de vie-santé sous-dense).

Plus de 80 % des médecins généralistes indiquent avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients et la moitié déclare que ces difficultés ont un impact sur leur pratique.

Face à cette situation, 72 % des médecins interrogés déclarent adapter leur pratique ; 72 % indiquent faire des journées plus longues que souhaité et presque la moitié écourtent le temps dédié à la formation professionnelle. 54 % affirment devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous et 53 % disent refuser de nouveaux patients en tant que médecin

traitant. Quant aux demandes de consultations non-programmées (pour le jour-même ou le lendemain) seuls 28 % des médecins généralistes sont en mesure de les accepter toutes. Ces pourcentages sont encore plus élevés lorsque ces médecins exercent dans des zones sous-denses.

77 % des médecins généralistes sont confrontés à des difficultés pour trouver des confrères en mesure de prendre en charge leurs patients. Ces difficultés viennent, pour partie, de la distance ou du coût des consultations, mais surtout aux délais d'obtention d'un rendez-vous dans un délai raisonnable. Cependant, les difficultés d'accès aux professionnels de santé paramédicaux sont moindres, à l'exception de l'orientation vers des masseurs kinésithérapeutes.

En raison de ces évolutions, 29 % des médecins généralistes déclarent se «spécialiser» dans certains domaines de la médecine comme la gynécologie (49 %), la pédiatrie (45 %) ou encore la gériatrie (27 %).

Face au recul des ressources médicales sur les territoires, certains envisagent de changer d'activité professionnelle, ou de s'installer sur un autre territoire. Par ailleurs, 1 médecin sur 5 pense à changer de mode d'exercice (devenir salarié par exemple).

Ce recul de la démographie médicale dans les territoires conduit les médecins à repenser leurs pratiques de soins auprès des patients, afin de les rendre plus autonomes par le biais par exemple de l'éducation thérapeutique. Ils estiment également qu'ils devront travailler d'une manière plus collective en rejoignant ou participant à la création d'une structure d'exercice coordonné comme une maison de santé pluri-professionnels.

Enfin, un tiers des médecins ayant répondu à l'enquête considère que l'utilisation des outils de la télémédecine n'est pas une solution intéressante pour prendre en charge les patients résidant dans des zones à faible densité médicale. Il sera intéressant de les questionner à nouveau à ce sujet, après l'épisode du Coronavirus, afin d'observer si l'utilisation des outils de télémédecine a progressé.



«Difficultés et l'adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins», Hélène Chaput, Martin Monziols et coll ; Etudes et Résultats Numéro 1140, janvier 2020

TERRITOIRES ET SANTE

Projet territorial de santé

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé a prévu la mise en place de projets territoriaux de santé. Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non-programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire.

Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins.

Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire, du projet territorial de santé mentale, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé.

Un décret est paru en mars. Il précise que les structures ayant pris l'initiative de l'élaboration du projet territorial de santé adressent au directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent, un document précisant la délimitation du territoire proposé, ainsi que la liste des personnes ou structures participant à son élaboration.

Pour établir cette liste, la communauté professionnelle territoriale de santé et l'établissement ou service de santé, social ou médico-social qui initient le projet territorial de santé sollicitent au moins les maires, les présidents des établissements publics de coopération intercommunale et les conseillers départementaux élus sur le territoire envisagé du projet territorial de santé, ainsi qu'au moins une association agréée des usagers du système de santé pour participer à son élaboration.



Décret n° 2020-229 du 9 mars 2020 relatif au projet territorial de santé. J.O 11 mars 2020

PREVENTION

Création d'un statut «Citoyen sauveteur»

L'arrêt cardiaque inopiné ou mort subite de l'adulte, moins connue que celle du nourrisson, est responsable d'environ 40 000 à 50 000 décès par an.

Un tiers des victimes a moins de 55 ans et près de 800 cas de mort subite surviennent lors de la pratique d'une activité sportive. Aujourd'hui, l'arrêt cardiaque inopiné représente 9 % des causes de décès chaque année en France, soit une cause de mortalité dix fois plus importante que les accidents de la route.

Sur certaines parties de leurs territoires, les pays Anglo-Saxons et Scandinaves présentent un taux de survie de 20 à 40 % des victimes d'un arrêt cardiaque inopiné, contre seulement 3 à 4 % en France, en raison d'un manque crucial de connaissance des comportements qui sauvent.

Ce texte poursuit plusieurs objectifs. D'abord celui d'avoir sensibilisé 80 % de la population d'ici 10 ans aux gestes qui sauvent, en particulier le massage. Il s'agit ensuite de faire passer le taux de survie des victimes de l'arrêt cardiaque inopiné d'environ 3 à plus de 10 % d'ici 10 ans, ce qui correspondrait à près de 3 000 vies sauvées chaque année.

Enfin, cette loi crée le statut «Citoyen sauveteur», afin de protéger le citoyen venant en aide aux victimes d'un arrêt cardiaque inopiné.

Dans ce cadre, quiconque porte assistance de manière bénévole à une personne en situation apparente de péril grave et imminent est un citoyen sauveteur et bénéficie de la qualité de collaborateur occasionnel du service public.

Le citoyen sauveteur effectue, jusqu'à l'arrivée des services de secours, les gestes de premiers secours par, le cas échéant, la mise en œuvre de compressions thoraciques, associées ou non à l'utilisation d'un défibrillateur automatisé externe.

Lorsqu'il résulte un préjudice du fait de son intervention, le citoyen sauveteur est exonéré de toute responsabilité civile, sauf en cas de faute lourde ou intentionnelle de sa part.

Concernant la formation aux gestes qui sauvent, la loi prévoit que tout élève bénéficie, dans le cadre de la scolarité obligatoire, d'une sensibilisation à la prévention des risques et aux missions des services de secours, ainsi que d'un apprentissage des gestes de premiers secours.

Cet apprentissage se fait suivant un continuum éducatif du premier au second degré. Il comprend notamment une sensibilisation à la lutte contre l'arrêt cardiaque et aux gestes qui sauvent, organisée dès l'entrée dans le second degré.

Au-delà des jeunes, les salariés bénéficient également d'une sensibilisation à la lutte contre l'arrêt cardiaque et aux gestes qui sauvent, préalablement à leur départ à la retraite. De même, du côté des sportifs, la formation des arbitres et juges intègre une sensibilisation à ces gestes.

Il est institué enfin, une journée nationale de lutte contre l'arrêt cardiaque et de sensibilisation aux gestes qui sauvent.



Loi n° 2020-840 du 3 juillet 2020 visant à créer le statut « Citoyen sauveteur », lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent. J.O du 4 juillet 2020.

Retrouvez toutes les archives du Bloc-notes Santé dans
REZO/Publications