

De prometteuses convergences en promotion de la santé

Du fait du considérable effet loupe produit par la crise sanitaire du Covid 19 sur le drame des inégalités sociales de santé, les carences de la prévention, les effets délétères du manque de démocratie sanitaire, ou l'organisation de la santé, à partir des grandes attentes de changement qu'elle a générées, c'est un beau florilège d'idées de propositions, de déclarations qui ont été produites, notamment en contribution au Ségur de la Santé, voire pour le prolonger.

Il était intéressant, au-delà de la lecture de chaque document, chacun fruit de travaux collectifs accélérés, de tenter d'y retrouver des thèmes ou des propositions qui convergeraient, qui se complèteraient voire qui se différencieraient.

L'intention de ce travail, qui s'éloigne vraisemblablement des objectifs trop limités du Ségur de la santé, est de contribuer à mettre en valeur les propositions et attentes, d'apporter une participation au plaidoyer de leurs auteurs, de formuler l'espoir qu'au-delà d'avis, d'appels, de contributions, la force des propositions formulées engage des initiatives de convergence, de coopération, d'actions partagées pour donner la vigueur suffisante pour construire les changements nécessaires attendus.

Dans cette initiative personnelle, il ne saurait s'agir d'une synthèse de l'ensemble des propositions, mais de quelques-unes, importantes, qui se retrouvent dans la plupart des contributions. Plusieurs points n'ont pas été résumés dans cette première contribution, dont notamment ceux de l'hôpital, de la psychiatrie, des personnes âgées ou du financement. Un début de travail qui appelle, s'il recueille de l'intérêt, de le corriger et surtout de le compléter.

Je sollicite la compréhension des auteurs des textes cités, pour une utilisation très limitée de leurs riches contributions.

Le travail ci-dessous, mené dans l'urgence, a sélectionné quelques sujets de grande actualité qui traversent les 9 textes que j'ai pu consulter à ce jour.

Docteur Marc Schoene le 3 juillet 2020

Note : mes quelques brèves remarques en début de paragraphe sont en italique

...

De prometteuses convergences en promotion de la santé

Les 8 thèmes traités dans cette synthèse de contributions et d'avis :

- 1- Faire ensemble, les coopérations
- 2- La place nouvelle de la prévention
- 3- Les soins de santé primaires
- 4- Le numérique, la télémédecine
- 5- Les inégalités sociales et territoriales de santé
- 6- Agir sur les déterminants de la santé
- 7- L'organisation, animation, de la santé
- 8- La démocratie sanitaire

1- Le faire ensemble

Plusieurs contributions relatent que le rapprochement, la collaboration ont été un des effets de la crise sanitaire qui a amené les différents acteurs de la santé, et souvent du médico-social à travailler en étroite liaison et complémentarité. Est souvent précisé en complément l'importance de l'intervention de proximité.

Conférence territoriale de santé 75 (CTS)

« Parmi les leçons à retenir : Rapprochement du monde sanitaire et social au bénéfice des plus fragiles »

CTS 94 : « Un médecin généraliste nous disait n'avoir jamais autant travaillé avec les professionnels de son quartier : infirmiers, pharmaciens »

Une mention retrouvée sur les diverses contributions est celle des CPTS, dispositif qui a favorisé le faire ensemble, le rapprochement des professionnels :

CTS 75 : « La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) pivot de la gestion de la crise sur le territoire

CTS 91 : « Favoriser l'exercice coordonné des soins avec l'installation de nouvelles Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans le département. Si la refondation de l'organisation de la santé suppose un hôpital (public et privé) qui fonctionne bien, il faut veiller à éviter le prisme unique de l'hôpital et le cloisonnement entre l'hôpital, la ville et le médico-social

CTS 75 : les prises en charge de proximité par les réseaux locaux d'acteurs de santé (au sens étroit comme au sens large) sont le pivot d'une politique de santé

CTS 95 : « Promouvoir et renforcer les partenariats entre acteurs en particulier dans les territoires et les infra-territoires, dans des logiques de proximité et de décloisonnement qui représentent des prérequis indispensables à la fluidité des parcours de soin et à la bonne prise en charge des patients (projets portés en commun, appui en compétences auprès d'autres structures, accélération du développement des CPTS...), en valorisant dans les financements les temps nécessaires à la construction et la gestion de ces liens de partenariat »

CTS94 : les CPTS ou les CLSM montrent l'intérêt des coordinations mais elles ne peuvent pas être laissées seulement à des initiatives et à des projets ponctuels ».

CTS 78 :

« . optimiser la coordination ville-hôpital
. poursuivre les coopérations en place en décloisonnant les dispositifs »

France Asso Santé : Intégrer les usagers au sein des CPTS du fait de leur fonction sur un territoire, liée aux problématiques de santé communes identifiées. Il importe que des Représentants des Usagers puissent participer à la gestion, le suivi et l'évaluation des projets au sein des CPTS, facilitant ainsi leur fonctionnement

2- La place nouvelle de la prévention

A partir des bilans des expériences menées à l'occasion de la crise sanitaire Covid 19, l'ensemble des contributions insistent sur le rôle pertinent de la prévention, et le besoin de la conforter significativement, certaines en en précisant les nouvelles orientations nécessaires.

CTS 75 : « Crise qui devrait démontrer la place fondamentale de la Prévention, qu'une politique de prévention volontariste est possible, et son rôle majeur »

CTS 94 : (La crise) a montré une fois de plus la faiblesse dans notre pays de la prévention, pourtant essentielle, faiblesse pointée depuis longtemps. »

CTS 94 : « sur une priorité aux politiques de prévention, avec les rôles essentiels pour les publics fragiles et au-delà, en prévention de crises futures aussi, des moyens importants à consacrer, dans les meilleurs délais, à la santé scolaire, la PMI, la santé au travail, aux associations de proximité. »

CTS 94 : « Il faut également renforcer la place et les moyens pour la prévention et la promotion de la santé et, notamment, mettre en place des programmes pour faciliter et accompagner l'accès aux soins et à la prévention des plus fragiles. »

CTS 93 : « Les collectivités territoriales veulent développer l'information et la prévention en créant une école populaire de la santé pour une information adaptée afin de produire des politiques publiques efficaces et envisagent la création d'une plateforme et d'une « ligne verte ».

CTS 78 : « engager une politique de prévention ambitieuse »

CTS 91 : « La santé ne peut être seulement le soin, mais doit inclure notamment la prévention et l'anticipation par l'Education Thérapeutique du patient

Contribution de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) sur la prévention : « La CRSA Ile de France demande que la Prévention, la Promotion et l'Education à la Santé soient enfin considérées et dotées comme une des premières priorités des politiques publiques dans la diversité et la globalité du champ des déterminants de santé.

Un soutien significatif et durable doit être accordé aux grands dispositifs collectifs.

Mais c'est essentiellement au niveau des territoires, avec l'appui des professionnels de santé, des associations, des services sociaux et des collectivités locales qu'elle doit à l'avenir être mise en œuvre. »

A.Rousseau DG de l'ARS IdF : Nous devons assumer en France que la politique de prévention, d'action sur les déterminants de santé, notamment environnementaux, est une partie intégrante de la politique de santé.

Des colibris en santé :

« La prévention, un recours par anticipation et non par défaut

Collective et individuelle, la prévention est toujours là quand on ne connaît pas le danger et les risques, ou que l'on ne dispose pas de traitement efficace. C'est ce qu'on vient de vivre sous le coup de l'urgence massive. La France, pays des soins curatifs et non de tradition préventive, a tardé, tâtonné et appris. La prévention paye, a un coût, sauve des vies et prémunit de trop de souffrances et de réparations. Surtout si l'on sait privilégier l'intelligence, le sens des responsabilités et des solidarités plutôt que le recours trop facile aux registres hasardeux de la peur et de la sanction. Il n'est pas démontré que le comportement marginal et discutable de certains aurait mis à ce point en péril des stratégies de prévention. A l'inverse, les autorités ont fait le choix de mesures répressives pour tous, et en particulier pour les groupes sociaux les plus vulnérables (prisonniers, migrants dans les centres de rétention, personnes sans domicile fixe..).

Proposition 8 : Revaloriser la prévention dans les milieux de vie par le renforcement des moyens accordés à la médecine du travail, à la médecine scolaire, à la Protection Maternelle et Infantile et la Protection de l'Enfance, en renforçant les moyens, en renouvelant les approches et les pratiques par des professionnels et des associations en prévention et en éducation pour la santé. »

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopts) :

« Soutenir la mise en place d'une politique globale de prévention, appuyée sur :

- o Une acculturation du public, des professionnels de tous secteurs et des institutions, aux pratiques de prévention validées,
- o Une intégration de la prévention aux projets de structure et aux actions des établissements des secteurs du soin, du médico-social et du social,
- o Une implication explicite des collectivités territoriales à des échelles diverses, et des services publics de prévention (santé scolaire, médecine du travail, PMI) dans les programmes et actions. »

La coalition

« En France, la prévention au niveau local ne bénéficie pas de financements stables ni conséquents, ce qui entrave sérieusement le développement d'une capacité d'action et d'une expertise qui auraient été fort utiles en cette période de pandémie. »

Conseil National des Villes (CNV) :

« Organiser une communication globale visant à encourager les habitants à se soigner en les rassurant sur l'organisation des soins et de l'accueil

Développer un ambitieux programme d'éducation à la santé notamment en primaire en partenariat entre l'Education nationale et les structures sanitaires.

- Doter prioritairement les établissements scolaires en REP et REP+ d'infirmiers-infirmières et de personnels médicaux.
- Identifier dans les mesures retenues du « Ségur de la santé » un pourcentage défini (3%) dédié aux actions de prévention et de promotion de la santé, y compris sous forme d'un fonds dédié (Fonds Barnier) »

3- Les soins de santé primaires

La crise a mis en évidence la place des acteurs de première ligne, parfois leur insuffisante reconnaissance, la pertinence de les replacer comme acteurs majeurs dans un parcours de santé pertinent.

CTS 94 : « la crise de l'hôpital ne trouvera de solution que dans une vision globale du système de santé. Le positionnement de l'hôpital en première ligne dès le début de la crise a renforcé cette situation. D'autres pays ont fait d'autres choix en utilisant plus intensément les soins de premier recours. (...) Les filières, les réseaux, les coordinations restent encore insuffisantes. »

CTS 94 : « Un médecin généraliste nous disait n'avoir jamais autant travaillé avec les professionnels de son quartier : infirmiers, pharmaciens. (...) Entre les participants, un consensus sur la nécessité fondamentale de construire sur tout le territoire un niveau de premier recours de soins efficace qui limite le recours à l'hôpital. »

CTS 93 : « C'est pourquoi nous attendons du Ségur de la santé qu'il pose les bases effectives pour inciter et faciliter les visites à domicile des médecins de ville, des soignants et para médicaux auprès des personnes handicapées et âgées souffrant d'atteintes de leur autonomie.

Des colibris en santé :

« Le premier recours, ce qu'on appelle la médecine de ville, doit offrir des lieux de soin où la majorité des patients aimerait directement se rendre par proximité et commodité. Les premières réponses aux demandes de soins s'organisent de plus en plus en pratiques pluridisciplinaires, sous forme de Maisons et Centres de Santé. La ville est riche aussi d'un secteur insuffisamment soutenu qu'est le « médico-social », comme les centres de rééducation fonctionnelle, les centres de prise en charge des addictions, les centres de Protection Maternelle et Infantile, les Centres de Planification... »

La Coalition

« Un véritable déploiement de la pratique des soins en exercice coordonné (Centres municipaux de santé, Maisons de santé pluri-professionnelles, Communautés professionnelles territoriales de santé), une réelle coopération entre la ville et l'hôpital et de l'intervention au domicile, la délégation de tâche, la démedicalisation à travers la mise en place de démarches de proximité, en lien avec le secteur social et médico-social, et les services de protection maternelle et infantile, pilotées par les villes, les départements et les associations de santé . »

4- Numérique, télémédecine :

L'utilisation renforcée, souvent aidante du numérique est souligné dans les diverses contributions, avec cependant des points de vigilance sur la fracture numérique ou ses limites quant au nécessaire maintien des relations directes entre acteurs et avec les usagers.

CTS 94 :

« Le développement des téléconsultations nécessite une régulation du marché, de contrôle des produits proposés et qui se sont multipliés sur le marché à la faveur de la crise. Il faudrait mettre en place un outil de coordination et de suivi des parcours avec le respect des libertés individuelles. Enfin, la fracture numérique est un frein qui dépasse clairement le domaine des soins et qui ne peut être résolu que par un engagement politique au niveau national et local. »

CTS78 : « recourir au numérique dans le parcours patient »

CTS 93 :

« Le numérique ne pourra, à lui seul, dans notre Département, être une solution crédible aux inégalités de santé qui constituent un élément majeur qu'a mis en évidence la pandémie. Il s'agit bien de faire de la lutte contre la fracture numérique un chantier prioritaire en matière d'équipements des territoires et des foyers précaires, avec des aides humaines favorisant l'accès au numérique et à son

usage pour tous. » (extrait de l'annexe 1 : Avis des représentants des usagers sur le fonctionnement de la démocratie en santé depuis le début de l'épidémie Covid 19)

C'est pourquoi nous attendons du Ségur de la santé qu'il pose les bases effective pour faire de la lutte contre la fracture numérique un chantier prioritaire en matière d'équipements des territoires et des foyers précaires, avec des aides humaines favorisant l'accès au numérique et à son usage pour tous.

« Le numérique au chevet des inégalités de santé ?

Le Département de Seine Saint Denis est une représentation caricaturale des inégalités en santé (taux et gravité des cancers, diabète et surpoids, santé au travail etc...)

Il l'est également pour les inégalités scolaires.

L'introduction obligatoire pendant la crise de l'enseignement « à distance » a démontré son incapacité à réduire les inégalités scolaires!

Elle a même démontré sa capacité à les aggraver concernant les « décrocheurs ».

Sur le plan sanitaire, si les consultations à distance ont pu aider nombre de professionnels (notamment en EHPAD) elles se sont adressées essentiellement à une population habituée à l'utilisation de l'outil informatique. L'illectronisme quelle que soit sa cause (langue maternelle, matériel inadapté...) reste un obstacle totalement infranchissable et pour longtemps. Il reste une réalité incontournable qui rend illusoire par ce biais, toute espérance de réduction des inégalités en santé.

Les inégalités de santé reposent sur des facteurs autrement plus vastes et complexes que la simple « possibilité » d'utilisation de l'outil informatique.»

CTS 95 :

« Accélérer le virage du numérique et des NTIC, l'interopérabilité des systèmes et un accès partagé aux données de santé (DMP, CRH...).

Amplifier l'accès des acteurs de santé mais aussi de la population aux outils numériques.

CTS 92

« Les conférences téléphoniques, les audio/ visioconférences (Zoom, Whatapps...) ont permis de maintenir le lien avec les acteurs de la crise L'émergence d'applications tel que COVIDOM / COVISAN a concouru à élaborer de nouveaux modèles de prise en charge des patients à la suite de leur consultation. La création de lignes téléphoniques de soutien a apporté une vision explicite de la crise vécue par les citoyens. Le développement de la téléconsultation a constitué un outil indispensable dans le maintien de la relation patients-médecins mais reste néanmoins incompatible pour les spécialistes (gynécologie...) La place du numérique reste encore hétérogène. »

Unioppss :

« Le développement des outils numériques ne doit pas se faire au détriment de l'accès aux droits des personnes (dématérialisation des guichets et des procédures d'accès aux droits). Des moyens massifs doivent être mis en place pour lutter contre la fracture numérique et rendre les outils numériques accessibles. Il apparaît indispensable de poursuivre les ateliers citoyens inscrits dans la feuille de route du numérique en santé, et de co-construire l'Espace Unioppss »

CNV :

« Développer et accompagner avec des outils numériques simples permettant le renforcement du lien et des échanges enseignants/ parents/enfants. »

5- Inégalités sociales et territoriales de santé :

Si la CRSA d'Ile de France a placé l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé au cœur de son projet, adopté une feuille de route visant à aider à une mobilisation large sur les actions de réduction des ISTS, les contributions des CTS et de plusieurs autres acteurs du champ de la santé ou du médico-social illustrent le focus que la crise Covid a mis sur les ISS et la nécessité de franchir une nouvelle étape résolue sur cette question majeure qui interpelle le système de santé français.

CTS 94 :

« Il y a urgence à agir pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé que la crise du Covid a révélées de façon dramatique et à une large échelle. La vulnérabilité d'une partie de la population touchée par l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, s'est traduite par une surmortalité sensible. Les travaux de l'ORS confirment ces éléments. Les leçons de cette situation d'inégalités doivent être tirées, toutes les leçons »

CTS94 :

« Il faut renforcer la place et les moyens pour la prévention et la promotion de la santé et, notamment, mettre en place des programmes pour faciliter et accompagner l'accès aux soins et à la prévention des plus fragiles. »

CTS78 :

« améliorer la prise en charge des publics fragiles »

CTS78 :

« évaluer les stratégies en place dans une démarche de santé publique avec un focus sur les inégalités sociales et territoriales de santé »

CTS 93 :

« nous attendons du Ségur de la santé qu'il pose les bases effectives d'une réduction des inégalités en santé et dans l'accès aux soins particulièrement significatifs dans le département de Seine St Denis en s'appuyant sur la simplification mise en place lors de l'épisode COVID 19 pour l'accès aux droits, l'ouverture de droits, le renouvellement des ordonnances, la télé consultation et le télé soin à domicile comme en EMS »

CTS 91 :

« En Essonne, 85 communes sur 196 sont ainsi classées par l'ARS en zone d'intervention prioritaire. Une iniquité de l'accès aux soins pour les citoyens qui n'est pas acceptable et qui est pire encore dans certaines spécialités : pédiatres, gynécologues, ophtalmologues, psychiatres, etc »

CTS 95 :

« Place des personnes vulnérables, représentation des usagers et enjeux d'éthique –

La crise a soulevé des problématiques profondes qui touchent à la place de la personne confrontée à ses vulnérabilités (accompagnement de la personne en fin de vie, enjeux et conditions de confinement en structures d'hébergement, isolement à domicile ou en établissement, accès aux biens de première nécessité, dépendance et perte d'autonomie, santé mentale...).

Améliorer le repérage des personnes vulnérables, en particulier hors institutions, en s'appuyant sur l'expérience des acteurs territoriaux pour mieux anticiper les mesures d'accompagnement en période de crise dans une logique de réponse accompagnée pour tous. »

Contribution de la CRSA Ile de France sur les ISTS :

« En région Ile-de-France, l'épidémie du COVID 19 a remis en lumière le lien entre les inégalités sociales et territoriales et celles de santé.

Face à ce tragique constat, il convient de promouvoir des actions volontaristes et pérennes et notamment de :

- développer la solidarité nationale et régionale
- faire plus encore pour les territoires les plus fragiles, en assumant le principe de discrimination positive de l'action publique
- organiser, mobiliser de nouvelles coalitions d'acteurs (Etat, collectivités territoriales, Assurance maladie, établissements et professionnels de santé, associations) pour « aller vers » les publics les plus précaires

Mais, il faut à plus long terme engager une action globale pour que les politiques publiques intègrent que les conditions socio-économiques et environnementales de vie de nos concitoyens sont facteurs de maladies et méritent une intervention puissante de l'Etat. »

A.Rousseau, DG de l'ARSIDF :

« L'impact essentiel des inégalités n'est pas une découverte. Pour l'ARS, c'est une bataille qui est au coeur de son projet depuis dix ans, mais nous savons désormais, et l'étude que nous avons commandée à l'Observatoire régional de santé le démontre, que les caractéristiques de cette épidémie, ses formes de transmission en ont fait un amplificateur supplémentaire d'inégalités. Le Covid-19 a touché plus fortement les territoires où se concentrait la pauvreté selon une mécanique qui semble implacable : des pauvres plus exposés aux contaminations, du fait, notamment, de leurs logements et de leurs emplois ; des populations qui développent plus fréquemment des formes sévères, compte tenu de la prévalence de facteurs de comorbidité (obésité, diabète...) ; des patients dont l'entrée dans les soins a été tardive. Tirer les leçons de cette épidémie suppose d'ouvrir la focale, de replacer ce que nous avons vécu dans un champ large, de sortir de l'exceptionnalité pour en tirer des actions durables »

Uniopss

« Renforcer l'offre de santé de proximité avec une attention particulière aux populations les plus vulnérables et renforcer la prévention

Lutter contre les inégalités sociales de santé passe aussi par le renforcement des politiques de prévention.

La prévention doit donc avoir toute sa place dans l'offre de santé de proximité et la crise a notamment mis en lumière :

- L'impact sur la santé de l'isolement social (exemple des personnes âgées en EHPAD).
- Le besoin d'accompagnement et de soutien psycho-social face aux problématiques de santé mentale, accrues par les crises sanitaire, sociales et économiques.
- Le besoin d'éducation aux gestes d'hygiène et de politique globale de prévention
- Le besoin d'une éducation aux gestes d'hygiène à tous les âges de la vie, dans une perspective de promotion de la santé, c'est-à-dire prenant en compte l'ensemble des déterminants de comportements « à risque » sur le plan de l'hygiène personnelle et collective.
- Le besoin de s'appuyer peut s'appuyer sur une offre de premier recours et des programmes de prévention opérationnels et ancrés dans les territoires

Pour lutter contre les inégalités territoriales et sociales de santé (flagrantes pendant la crise, en témoigne le taux de mortalité élevé en Seine Saint- Denis), il est proposé :

- De conserver le N° vert d'appel afin de pouvoir orienter les usagers sans médecins traitants.
- De conserver les « brigades sanitaires » pour pérenniser un dispositif d'aller vers et d'accompagner les personnes plus éloignées du soin dans des parcours de santé (un dispositif qui irait plus loin que les dispositifs PFIDASS actuelles de l'Assurance Maladie). Ce dispositif pourrait permettre d'accroître les

campagnes et démarches de santé publique sur certains territoires, comme cela a été le cas via des dépistages massifs du Covid-19 et mobiles pendant la crise.

- Revoir redéfinir les modalités de coordination, de supervision, d'interconnexion, de formation ou d'accompagnement des acteurs. »

CNV :

« Doubler le nombre d'adultes-relais, et les professionnaliser pour conduire des missions de médiation dédié à la prévention, à l'éducation et à la promotion de la santé comme de l'accompagnement de l'utilisation des outils numériques.

• Développer des réseaux d'écoute et de soutien valorisant les ressources, savoir-être et savoir-faire des parents. »

6- Agir sur les déterminants de la santé

Sauf lecture insuffisante des contributions, la dimension promotion de la santé autre que santé publique est très peu abordée.

CTS 93 :

« C'est pourquoi nous attendons du Ségur de la santé qu'il pose les bases effectives pour accélérer la destruction de l'habitat insalubre et l'adaptation des logements sociaux aux besoins des personnes à mobilité réduite. »

« Les transports et le logement constituent des freins à l'attractivité du territoire »

SFSP :

« articuler, plus et mieux encore, les diverses politiques qui contribuent à la santé »

A.Rousseau DG de l'ARSIdF :

« La nécessité d'une action globale

Pour (les travailleurs pauvres) nous devons faire davantage, pour mieux saisir la façon dont leur position sociale produit des effets sur leur santé et sur leur prise en charge. Cela recouvre des effets individuels, mais aussi des logiques urbaines, notamment de ségrégations, toutes les formes de ségrégations, qui nécessitent une action globale, bien au-delà du champ de la santé. On pense bien sûr au logement, à l'éducation, à l'urbanisme ou aux transports. »

Uniopss :

« Simplifier l'accès aux droits et aux soins, notamment via la généralisation du tiers payant, l'intégration de l'Aide Médicale d'Etat (AME) dans la Protection Universelle Maladie (PUMa). »

Coalition

« La mortalité liée au Covid-19 touche de manière plus importante les quartiers pauvres et populaires : une politique de santé centrée sur les soins ne pourra en rien réduire les inégalités sociales de santé scandaleuses qui sous-tendent ce constat. Partout dans le monde - y compris en France, le même constat est fait : les conditions de vies (conditions de ressources, de logement, d'emploi, niveau d'éducation), et les inégalités territoriales expliquent davantage cette surmortalité que ne le font les facteurs liés à l'accès et à la qualité des soins

Ce système de santé refondé doit, en plus de traiter les maladies, agir sur les facteurs environnementaux, sociaux, économiques qui déterminent la bonne santé d'une population »

7- Organisation, animation, de la santé

La CRSA d'Ile de France a consacré nombre de travaux, des séminaires sur les questions de territorialisation ou d'organisation infra-régionale de la santé. Plusieurs contributions précisent les attentes des CTS sur une clarification des rôles des différentes instances de décision, sur un rôle accru des collectivités locales, sur un pilotage et une organisation efficaces de la santé, en soulignant la nécessité d'une co-existence de niveaux divers de décision aux fonctions explicitement précisées.

Des propositions de réorganisation sont également proposées dans les différentes contributions colligées.

CTS 94 :

« La crise a été révélatrice de l'inefficacité d'une gouvernance centralisée et pyramidale sans relation avec les acteurs impliqués à l'échelle des territoires, qu'il s'agisse des élus locaux, du tissu associatif et citoyen, des acteurs de prévention et du social. Ces acteurs se sont mobilisés, le plus souvent avec les médecins de ville, confirmant ainsi la nécessité de revalorisation des soins de santé primaires et la nécessité d'instances locales sous la responsabilité partagée entre l'Etat et les Maires permettant de travailler en commun à partir d'une approche globale de la santé, prenant en compte les réponses hospitalières, de la médecine de ville, de la prévention et promotion de la santé, de la santé mentale et des réponses à apporter aux inégalités sociales et territoriales de santé. (...) »

Il faudrait définir une organisation territoriale minimum partout, qu'elle repose sur le public, le privé ou les deux, mais unifiée pour que l'accès à la prévention et aux soins de premier recours soit garanti. Ces territoires de santé doivent être cohérents, visibles pour les acteurs et la population, équilibrés en moyens et partagés par les professionnels.

L'organisation territoriale doit articuler la Ville et l'hôpital, c'est-à-dire les CPTS et les GHT, mais aussi le médico-social et les élus.

Cela suppose une clarification du rôle et des compétences de chacun et une réflexion sur deux points importants : comment et par qui sont prises les décisions, comment répartir les moyens en fonction des missions. »

CTS 78 :

« renforcer l'implication des élus dans la déclinaison locale des politiques de santé »

CTS 95 :

« Promouvoir et renforcer davantage une dynamique territoriale de concertation et de coordination des parties prenantes du système de santé, sur la base d'une organisation représentative de leur diversité, avec un cadre souple et adaptable, en faisant confiance à la capacité des acteurs à s'organiser et travailler ensemble, avec une indépendance suffisante pour favoriser le libre engagement de tous, avec des missions permettant de faire un diagnostic territorial partagé de l'offre et des besoins, de proposer un projet territorial de santé et de contribuer à l'amélioration des parcours de santé (par exemple en s'inspirant du modèle des CTS et des PTSM).

Enjeu d'un pilotage du système de santé avec plus de souplesse, de concertation et de confiance

A l'avenir, il est souhaitable de maintenir une dynamique de concertation régionale régulière dans les différents champs d'activité, animée par l'ARS.

Préserver et promouvoir l'état d'esprit dans lequel le pilotage de la gestion de crise par l'ARS IDF avec l'implication de l'ensemble des acteurs, comme vecteur d'un nouveau modèle de dialogue dans la santé. »

Définir à l'avenir, en associant l'ensemble des acteurs concernés, une organisation de gestion de crise claire, connue et coordonnée (pilotes et interlocuteurs identifiés au niveau régional et dans les

territoires, prise en compte des différents secteurs d'activité impliqués, modalités de coordinations et de contact...). »

Contribution de la CRSAIF sur la territorialisation :

« Il faut que l'Etat confie l'animation des territoires aux acteurs de terrain, regroupant librement les professions de santé, les établissements et structures sanitaires et médico-sociaux et les usagers, en association étroite avec les élus locaux et les citoyens (dans une logique de santé communautaire).

Il convient que ces regroupements se structurent de manière simple et souple et puissent à partir d'un diagnostic de santé partagé, élaborer un projet territorial et passer avec l'ARS un contrat garantissant le respect des priorités de santé publique et du Projet Régional de Santé (PRS), ainsi que la mise en oeuvre des parcours de santé »

France Asso Santé :

« Impliquer les usagers au travers des associations agréées dans l'élaboration des politiques de santé et pas seulement à titre consultatif. »

SFSP :

« Un vaste chantier sur la gouvernance du système de santé

Il est bien identifié, de longue date, que nous faisons face à une structuration fragmentée du système de santé – qui peine, justement, à faire système. La crise Covid-19 a continué de nous confronter à ces éléments structurels, et notamment, la profusion de décideurs, de financeurs, d'intervenants de statuts divers... Une littérature abondante a documenté, au cours des vingt dernières années au moins, les évolutions qui pourraient permettre de faire de notre système de santé un véritable « système », là où l'on peine à coordonner les interventions de santé publique sur la base d'objectifs fixés en population. A cet égard, le champ de la dépendance et du handicap est exemplaire d'un morcellement du pilotage, de la décision et du financement, dont pâtissent d'abord les personnes concernées (âgées ou en situation de handicap ou d'incapacité) et leurs proches.

Dans les débats actuels, plusieurs pistes sont évoquées, parmi lesquelles une orientation vers une forme de décentralisation des politiques de santé à l'échelon régional. L'année 2020, celle de leur dixième anniversaire, est une année de mise à l'épreuve des Agences régionales de santé, qui ont été en première ligne de l'organisation de la riposte. Si la « crise Covid » apporte un éclairage intéressant sur leur capacité à répondre aux urgences, elle ne raconte pas tout de la façon dont les objectifs qui avaient été fixés lors de leur création ont été remplis ou pas. Aussi est-il urgent de mener un travail rigoureux d'évaluation de leur action durant la décennie écoulée au regard des objectifs déterminés par le législateur. Il en va de même pour Santé publique France (Agence nationale de santé publique), dont la création à partir de plusieurs agences préexistantes est encore plus récente, et dont l'action n'a pas encore pu être évaluée, en temps de crise mais aussi dans son activité courante, en particulier en matière de prévention et de promotion de la santé. Sur ce champ précis, il sera d'ailleurs pertinent de mettre en regard l'action des ARS et celle de Santé publique France.

Les données issues de ces évaluations devront nourrir les réflexions sur la gouvernance du système de santé qui permettra de mettre en oeuvre les objectifs collectivement fixés en matière de santé des populations. Une dimension territoriale semble pouvoir être davantage affirmée, car c'est aux échelons infranationaux et en proximité que se construisent et s'animent les dynamiques communautaires avec l'ensemble des parties prenantes d'un territoire, à commencer par les communes ou regroupements de communes. A ce stade cependant, nous indiquons que ceci n'aura d'effet positif que si les responsabilités en matière d'organisation et de financement sont clairement définies. En outre, nous attirons l'attention sur le poids des inégalités sociales et territoriales de santé, que l'épidémie est venue cruellement rappeler. La réduction de ces inégalités, qui sont largement documentées, doit être l'horizon commun à tous les acteurs du système de santé. A ce titre, nous invitons à peser les bénéfices et les limites d'une plus grande territorialisation de l'action publique en santé au regard de cet objectif partagé et défini au niveau national. Si une plus grande latitude devait

être donnée à un ou des acteurs au niveau régional, ceci ne pourrait aller qu'avec une responsabilité accrue, celle de s'inscrire dans le cadrage national des politiques de santé et de rendre compte de l'atteinte des objectifs fixés en matière de santé des populations.

Des colibris en santé : « Comment réformer et adapter les instances de coordination existantes qui disposent souvent de très peu de moyens humains (animateurs, coordinateurs) ? Comment intégrer aussi les initiatives des collectivités territoriales qui interviennent sur la plupart des déterminants de la santé et ont vocation à fédérer ou réunir des énergies, des acteurs divers. »

Il convient aussi que des moyens financiers pérennes soient octroyés à ces regroupements territoriaux, dans le cadre des contrats signés avec les ARS.

Organiser la gouvernance d'un territoire autour d'une population, de l'ensemble des intervenants et services, et sur la base d'indicateurs de santé d'une population, en intégrant tous les secteurs et en particulier le « secteur médicosocial ».

Uniopss

« Les liens ville-hôpital-médico-social et social doivent être renforcés, et les cloisonnements financiers et administratifs ne permettent pas une fluidité de l'accompagnement, de la prise en charge et du parcours des usagers du système de santé.

Une réflexion doit être menée pour lever les cloisonnements entre pilotage national et gouvernance locale, entre sanitaire, social et médico-social, entre domicile et établissements.

Au plan territorial, il importe que les autorités publiques s'interrogent sur leur capacité de coordination quand il est nécessaire d'organiser la logistique en même temps que la sécurité sanitaire. (Préfet plutôt qu'ARS).

L'Uniopss propose de repenser l'organisation territoriale en s'appuyant sur les territoires de la démocratie en santé, et de renforcer l'information et la communication à destination du public et des professionnels sur cette organisation dans le but de :

- Renforcer les coopérations territoriales
- Lutter contre les inégalités territoriales
- Contribuer à élaborer le bon niveau de coordination à l'échelle territoriale.

Avant de demander aux acteurs de se coordonner entre eux il faudrait avoir plus d'exigence sur la coordination des PP. double approche transversale et locale en dépassant le champ de chacun »

La Coalition

« Notre coalition affirme qu'une véritable refonte du système de santé doit inclure :

. une sincère co-élaboration et le partage de la décision, au niveau territorial, entre l'Agence Régionale de Santé, les collectivités territoriales et tous les acteurs locaux, notamment les habitants, les personnes soignées ou accompagnées, et y compris l'hôpital et les organismes médico-sociaux,

. une valorisation des coopérations et coordinations locales portées par la ville (Atelier santé ville, Contrat local de santé, Conseil local en santé mentale) qui ont au cœur de leurs démarches la participation des citoyens et la démocratie en santé »

Retour de Terrain ; Juin 2020 (voir référence ci-dessous) : « Une note rédigée à partir de témoignages de coordonnateurs et partenaires de dynamiques territoriales de santé (15 entretiens individuels et compte-rendu d'échanges collectifs organisés par le CRES Paca, l'IREV, Profession Banlieue et le Centre de ressources Val d'Oise) ainsi que d'élus locaux délégués à la santé » propose une réflexion qui devrait être contributive aux réflexions prochaines sur les modalités de facilitation des dynamiques locales de santé. Une référence utile qui ne peut être résumée dans ce premier document de travail. Quelques points cependant relevés :

« le manque de stratégie et de coordination des actions entre tous les acteurs - Etat, collectivités, institutions, associations – et un fonctionnement en silo sont peu favorables à la mise en cohérence des acteurs de terrain pour une prise en charge efficace de la complexité des situations. »

« Mettre en place des outils de diffusion de l'information auprès des membres du réseau. La constitution de répertoire d'acteurs pour faciliter l'information et la communication entre les professionnels et acteurs associatifs, la diffusion d'informations officielles, d'articles et de textes de réflexion, l'identification d'expériences/benchmarking, ou encore le repérage des professionnels libéraux de santé et le recensement des services et accueils maintenus durant le confinement sont des exemples d'outils créés par des coordinateur·rices pour faciliter la diffusion d'informations et renforcer les actions. Les dynamiques territoriales de santé reposent sur des réseaux de partenaires, construits de longue haleine et prouvant tout leur intérêt en situation de crise : les acteurs et actrices locaux se connaissent, ont pris des habitudes de travail en commun et trouvent, grâce aux coordinateur·rices, des espaces de partage et de dialogue. Les coordinateurs et coordinatrices font part d'un sentiment d'impuissance et d'une forme de frustration au début du confinement : ils et elles ont été peu sollicités par leur administration. Concernant la délégation (politique) santé spécifiquement, au sein des majorités municipales, celle-ci pouvait être perçue jusqu'alors, sur certains territoires, comme très « technique », relevant d'un registre très « spécialisé » ou réduit au champ du soin. La crise étant avant tout sanitaire, cela a pu faciliter l'identification de l'élue déléguée à la santé comme personne ressource, pour ses contacts avec les acteurs et actrices de terrain, du soin en particulier, et aussi sa connaissance des dispositifs et des enjeux ...

Des difficultés rencontrées dans le dialogue avec les pilotes régionaux (ARS, préfecture). Perçues comme des démarches descendantes, les consignes et prescriptions de la part des représentants régionaux de l'Etat, tiennent rarement compte des attentes et des initiatives locales, souvent antérieures et prises par les communes. La faiblesse – voire l'absence - du dialogue entre services des collectivités et services de l'Etat n'est pas favorable à un véritable travail coopératif, reconnaissant et valorisant la place et le rôle des collectivités locales pourtant « sur le pont » et mobilisées aux côtés des associations et acteurs locaux depuis les premiers jours du confinement.

Des enseignements à tirer pour l'avenir des dynamiques territoriales de santé. Un cloisonnement encore trop présent, un manque de pilotage, d'articulation et de stratégie

Le manque de stratégie et de coordination des actions entre tous les acteurs - Etat, collectivités, institutions, associations – et un fonctionnement en silo, sont autant d'éléments peu favorables à la mise en cohérence des acteurs de terrain pour une prise en charge efficace de la complexité des situations.

la question du profil et du positionnement de la personne qui incarne le CLS dans l'organigramme de la collectivité, ainsi que des moyens humains accordés au service. »

8- Démocratie sanitaire ou démocratie en santé :

Les contributions font apparaître les nets déficits tant de fonctionnement que de définition des fonctions des instances de la démocratie et la volonté largement partagée d'une redéfinition et d'une majoration des fonctions de ces instances, avec une participation renforcée de tous ses acteurs et notamment des habitants-usagers-citoyens.

CTS 91 :

(titre : « Replaçons le citoyen au centre de l'organisation de la santé »

CTS94 :

« Une véritable démocratie sanitaire demande des processus plus élaborés que la simple réunion de personnes, aussi éminentes soient-elles.

L'investissement des élus est essentiel parce que la santé est un élément majeur de la vie et de la cohésion de la Cité. Des élus ont aussi exprimé le sentiment d'avoir perdu un rôle décisionnel pour une simple consultation. Ce qu'illustre le passage des conseils d'administration aux conseils de surveillance ou leur place au sein de la CRSA ».

« Les représentants des usagers ont aussi exprimé ce sentiment de ne pas être entendu : « Comme l'ont constaté les commissions permanentes de la CNS et de la CRSA, les instances consultatives n'ont pas été saisies en amont de la crise, ni pendant la crise. »

CTS 78 :

« renforcer l'implication des élus dans la déclinaison locale des politiques de santé »

CTS 93 :

« La réponse au Covid 19 doit maintenant mobiliser la démocratie sanitaire pour s'ouvrir à la société civile et aux expressions citoyennes ainsi qu'aux associations d'usagers et aux représentants des usagers du système de santé de façon à coconstruire des réponses mieux adaptées, dans l'hypothèse de la réactivation du virus à l'automne prochain, ou de tout autre événement similaire impliquant la santé de toute la population »

CTS 91 :

« Donner au Conseil Territorial de Santé un pouvoir de décision et d'arbitrage afin de faire vivre la démocratie en santé de manière structurelle dans l'organisation de santé du territoire.

« Si on ferme ou on ouvre un hôpital, il faut que cela ait été voté ! » Afin que la démocratie en santé puisse pleinement s'exprimer, il est nécessaire que le Conseil Territorial de Santé, seul organe qui réunit toutes les parties prenantes du système de santé du département jouisse enfin d'un pouvoir de décision et d'arbitrage

Contribution de la CRSA sur la démocratie en santé :

« La CRSA IDF considère que les élus locaux sont des acteurs contributifs importants dans les domaines du social, du médico-social et de la prévention. C'est pourquoi elle demande que les collectivités locales puissent être associées étroitement à la conception et à la gestion du système local de santé

Pendant l'épidémie du COVID 19, l'exercice de la démocratie en santé a été suspendu et ceci à tous les niveaux de l'organisation du système qui est devenu le monopole des « experts ».

Aussi la CRSA IDF demande :

« - de valoriser et de mieux reconnaître la place de partenaires crédibles et représentatifs que constituent les instances de Démocratie Sanitaire auprès des ARS en dotant la CRSA et les CTS de moyens adaptés (financements, outils de communication) et en leur conférant plus d'autonomie (évolution à envisager vers un statut de personne morale).

- de définir pour l'avenir et avec l'ensemble des acteurs concernés, une organisation de gestion de crise, claire, connue et coordonnée comportant une représentativité des usagers. »

France Asso Santé :

« (...) Revoir les politiques de santé, avec une action en proximité plus forte, en lien avec des acteurs responsables. Les instances de démocratie doivent être en mesure d'élaborer les politiques de santé, en lien avec les associations agréées. L'ARS et les pouvoirs publics étant chargés de les mettre en

France et de faciliter la contractualisation avec les acteurs en charge de les appliquer. Tant dans le sanitaire, le médico-social, le social et la médecine de ville.

Indépendance de la CRSA, des CTS et des CDCA : Donner les moyens financiers et humains à ces instances de santé, avec un statut juridique propre. »

SFSP : «

Quelles que soient les évolutions qui naîtront de la crise que nous traversons, il faudra donner toute sa place à la démocratie en santé, dans toutes ses composantes, individuelles et collectives, à travers la participation des usagers du système de santé et des groupes qui les réunissent autant que dans le fonctionnement des instances à tous les niveaux (dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ou auprès des institutions publiques), dont le rôle devra évoluer, de la production d'avis consultatifs à la participation effective aux décisions politiques. »

Uniopss :

« Les instances de démocratie en santé tant nationales (Conférence nationale de santé) que locales (CRSA, CTS, CDU/CVS..) ont été largement oubliées dans la gestion de la crise Covid-19, alors que leurs mobilisations auraient permis des réflexions décloisonnées entre les secteurs et d'associer les usagers et leurs représentants, et favoriser la préservation des droits fondamentaux.

La crise du Covid-19 a mis à mal les libertés fondamentales par de fortes restrictions et interrogé l'équilibre entre protection et liberté. La logique sécuritaire a semblé l'emporter parfois sur la logique sanitaire.

Les restrictions aux libertés fondamentales ont particulièrement touché les personnes les plus vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, personnes souffrant de troubles mentaux).

Il convient de placer les droits fondamentaux au France des politiques de santé publique en :

- Renforçant les moyens de la démocratie en santé (y compris en lui donnant accès à l'information et à la formation nécessaires à la production d'avis argumentés et étayés) et en lui accordant toute sa place dans l'organisation du système de santé
- Impliquant les usagers et l'ensemble personnes concernées dans la définition des politiques publiques de santé, et dans les décisions sur leurs parcours de vie et de santé. »

9- Autres propositions ou constats :

Quelques autres propositions intéressantes, non exhaustives, glanées dans les contributions.

Sur la formation :

CTS 94 :

« Plusieurs intervenants ont pointé l'insuffisance de la formation des médecins pour une culture du premier recours, de la coordination, des démarches locales..., mais aussi dans le domaine de la prévention. »

CTS 91 :

« Une refondation du système de santé plus équitable passe nécessairement par le renforcement des structures de formation des professionnels de santé dans les territoires en étroite collaboration avec tous les professionnels.

Pour lutter contre la désertification médicale, la formation des professionnels de santé doit réellement irriguer les territoires au lieu d'être concentrée sur la toute petite couronne de Paris »

Sur le partenariat public-privé

CTS 93 :

« Le partenariat public privé doit se développer simultanément à la fois vis-à-vis des établissements privés et des professionnels de ville quel que soit leur mode d'exercice. »

Sur les risques majeurs

CTS 95 :

« Améliorer l'identification, la prévention et la hiérarchisation des risques majeurs auxquels le système de santé doit être prêt à répondre, dans les politiques nationales comme dans les territoires (circuits de production et d'approvisionnements, stocks de précaution, adaptabilité/réversibilité des organisations). »

Uniopss sur l'alphabétisation :

« La nécessité de renforcer le niveau de l'alphabétisation en santé de l'ensemble de la population notamment au travers de démarches communautaires, de médiation par les pairs, d'actions sur les environnements. »

Sur Santé communautaire

Uniopss :

« Certaines approches gagneraient à être élargies et généralisées et soutenues sur les territoires pour davantage d'efficacité du système de santé

Il convient de valoriser et renforcer les démarches communautaires en santé, afin de renforcer et pérenniser les solidarités « spontanées » qui se sont mises en place dans les territoires à l'occasion de la crise sanitaire (...) »

Des colibris en santé

« L'exigence et la démarche démocratique à travers l'empowerment est plus que jamais au rendez-vous de nos sociétés et de notre temps. »

(1) Textes consultés et cités :

1. Contributions au Ségur de la santé des 8 conférences territoriales de santé (CTS) d'Ile de France
2. Contribution de la CRSA d'Ile de France
3. Contribution de France Asso santé
4. Tribune d'Aurélien Rousseau Directeur général de l'ARS Ile de France : Ségur de la santé » : « La crise sanitaire et sociale doit amener à un rebond » in Le Monde du mercredi 17 juin 2020
5. Contribution du groupe « des colibris en santé » ; site : www.descolibrisensante.fr
6. Uniopss Contribution au Ségur de la santé
7. Contribution de la coalition au Ségur de la Santé (Aides, SFSP, ESPT, Réseau français des villes-santé, Institut Renaudot...)
8. Retour de Terrain ; Juin 2020 : Covid-19 et lutte contre les inégalités. Note rédigée à partir de témoignages de coordonnateur-rices et partenaires de dynamiques territoriales de santé (15 entretiens individuels et compte-rendu d'échanges collectifs organisés par le CRES Paca, l'IREV, Profession Banlieue et le Centre de ressources Val d'Oise) ainsi que d'élus locaux délégués à la santé
9. Avis du Conseil National des Villes (CNV) : « Panser le présent – Penser les futurs » - 22 juin 2020