



BILAN SEGUR DE LA SANTE 2020

Synthèse du retour des acteurs en Nouvelle-Aquitaine

Table des matières

A-	ORGANISATION DE LA CONCERTATION	5
B-	SYNTHESE DES RETOURS D'EXPERIENCES	8
1-	Les élus.....	8
	Des acteurs solidaires et opérationnels face à l'urgence sanitaire	8
	Des dons de matériels de premières nécessités et de protections à destination des usagers et des professionnels de santé.....	8
	La diffusion d'une information adaptée aux circonstances et aux personnes	9
	La participation citoyenne aux actions de solidarité.....	9
2-	Les usagers.....	9
	Des acteurs solidaires et opérationnels face à l'urgence sanitaire	9
	Des outils numériques et de communication au service du lien social	9
3-	Les conseils territoriaux de santé	10
	Des acteurs solidaires et opérationnels face à l'urgence sanitaire	10
	Le déploiement d'équipes mobiles pour aller vers	10
	Les outils numériques et de communication au service du soin	11
	La diffusion d'une information adaptée aux circonstances et aux personnes	11
	La participation citoyenne aux actions de solidarité.....	11
4-	Les organismes de protection sociale	11
	Des acteurs solidaires et opérationnels face à l'urgence sanitaire	11
	Le déploiement d'équipes mobiles pour aller vers	12
	Des dons de matériels de première nécessités et de protections à destination des usagers et des professionnels de santé.....	12
	Des outils numériques et de communication au service du lien social	12
5-	Les organismes de prévention.....	12
	Des acteurs solidaires et opérationnels face à l'urgence sanitaire	12
	Des outils numériques et de communication au service du lien social	13
6-	Les offreurs de soins : le secteur sanitaire	13
	Le déploiement d'équipes mobiles pour aller vers	14
7-	Les offreurs de soins : le secteur médico-social	15
C-	SYNTHESE DES CONTRIBUTIONS PAR PILIER	16
	PILIER 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent	16
	Les élus	16
	Les usagers.....	17
	Les conseils territoriaux de santé	18
	Les partenaires sociaux.....	19
	Les organismes de protection sociale	20
	Les organismes de prévention.....	21
	Les offreurs de soins : le secteur sanitaire	21

Les offreurs de soins : le secteur médico-social	25
PILIER 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins	27
Les élus	27
Les usagers.....	28
Les conseils territoriaux de santé	30
Les partenaires sociaux.....	31
Les organismes de protection sociale	32
Les organismes de prévention	32
Les offreurs de soins : le secteur sanitaire	32
Les offreurs de soins : le secteur médico-social	35
PILIER 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes.....	37
Les élus	37
Les usagers.....	38
Les conseils territoriaux de santé	38
Les partenaires sociaux.....	39
Les organismes de protection sociale	40
Les organismes de prévention	40
Les offreurs de soins : le secteur sanitaire	40
Les offreurs de soins : le secteur médico-social	43
PILIER 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers	45
Les élus	45
Les usagers.....	46
Les conseils territoriaux de santé	47
Les partenaires sociaux.....	49
Les organismes de protection sociale	49
Les organismes de prévention	50
Les offreurs de soins : le secteur sanitaire	50
Les offreurs de soins : le secteur médico-social	53
PILIER 5 : Renforcer la démocratie en santé	56
Les élus	56
Les usagers.....	56
Les conseils territoriaux de santé	57
Les organismes de protection sociale	58
Les organismes de prévention	59
Les offreurs de soins : le secteur sanitaire	59
Les offreurs de soins : le secteur médico-social	60
D- Annexes	61
Description des contributeurs	61

Les élus (collège 1 CRSA).....	61
Les usagers (collège 2 CRSA)	61
Les partenaires sociaux (collège 4 CRSA)	61
Les organismes de protection sociale (collège 5 CRSA).....	62
Les organismes de prévention (collège 6 CRSA).....	62
Les offreurs de soins : le secteur sanitaire (collège 7 CRSA)	62
Les offreurs de soins : le secteur médico-social (Collège 7 CRSA).....	62

A- ORGANISATION DE LA CONCERTATION

DEMARCHE

En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS et la CRSA ont décidé de mener une démarche de consultation conjointe pour répondre à la demande du ministère sur le Ségur Santé. Les étapes de cette démarche ont été les suivantes :

- tous les membres titulaires et suppléants de la CRSA ont été invités par courriel à remonter leurs retours d'expérience et leurs propositions pour le 17/06. Ce courriel a été précédé d'une visio-conférence organisée le 9/06 avec 45 participants.
- les 12 présidents de CTS ont été également sollicités par le Président de la CRSA à la fois par une visio-conférence le 4 juin puis par un courriel pour organiser les échanges dans leur territoire.
- Un courriel cosigné par le Directeur général de l'ARS et par le Président de la CRSA a été adressé pour les retours d'expérience et les propositions d'évolution du Système de santé :
 - o aux élus des territoires, parlementaires, Président du Conseil régional, présidents de conseils départementaux, maires,
 - o à France Assos Santé,
 - o aux fédérations des établissements et services de santé et des fédérations médico-sociales,
 - o aux URPS,
 - o aux Ordres professionnels,
 - o aux partenaires sociaux.
- La totalité des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ont été directement sollicités pour apporter leur contribution à ces partages d'expérience avec demande de remontées d'expérience via leurs fédérations respectives. Une prise de contact téléphonique préalable par l'ARS a été réalisée avec les délégués régionaux des fédérations d'établissements de santé.
- Par un 2ème courriel, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, les URPS et les Ordres ont été sollicités pour diffuser aux professionnels de santé le lien vers le site national qui permet de récupérer des contributions.
- Enfin mardi 16 juin, le courrier de ministre et le guide méthodologique ont été envoyés à l'ensemble des partenaires. Il était possible de contribuer en remplissant une fiche « type » de contribution ou bien en renseignant une enquête régionale via un questionnaire en ligne (enquête au moyen de l'application « SOLEN »).
- Une boîte aux lettres spécifique (ARS-NA-SEGUR-SANTE@ars.sante.fr) a été créée pour pouvoir communiquer avec les partenaires dans le cadre de la concertation.

La CRSA ayant fortement déploré l'absence de toute référence à la démocratie en santé dans les piliers Ségur, il a été décidé en accord avec l'ARS d'ajouter en Nouvelle-Aquitaine un cinquième pilier : « renforcer la démocratie en santé ».

Si les acteurs et partenaires du système de santé en Nouvelle-Aquitaine ont joué le jeu de cette concertation, tous, à la suite de la CRSA, ont fait remarquer que le calendrier trop contraint de cette démarche rendait difficile, voire impossible, l'organisation de réelles sessions d'échanges et de retours d'expérience ainsi que la prise de recul nécessaire à l'exploitation et à l'analyse de ces retours. Le Président de la CRSA, en accord avec les quatre présidents de commission spécialisée, a donc décidé que la production de la présente synthèse ne préjugerait pas de l'avis que pourrait rendre la CRSA en formation plénière après avoir pris le temps d'en débattre. La CRSA associera les CTS à cette démarche.

SESSIONS DE PARTAGE D'EXPERIENCE REALISEES

Au niveau régional : 4 sessions

- Une première session de partage d'expériences s'est tenue avec la CRSA et 9 des 12 CTS de la région, le **4 juin 2020**.
- Une réunion de retour d'expériences (RETEX) a également été organisée avec la CRSA le **9 juin**, qui a réuni 45 participants.
- une session du bureau CRSA spécifique sur la reprise d'activité dans les établissements de santé a été organisée le **11 juin 2020**.
- Une session du bureau CRSA a été organisée le **jeudi 18/06** afin d'examiner le travail de synthèse des contributions de Nouvelle-Aquitaine effectué par les services de l'ARS
- Un peu en marge du calendrier, une réunion de RETEX avec les associations d'usagers est planifiée le **26 juin** prochain.
- Enfin, une assemblée plénière de la CRSA sera organisée sans doute courant juillet.

Au niveau territorial : 10 sessions de Retex (retours d'expériences) et 28 contributions écrites

- CTS16 : recueil des contributions par courriel, 2 réunions préparatoires et retex prévu le 2 juillet en séance plénière
- CTS17 : recueil des contributions par courriel, réunion le 04 juin et retex le 11 juin
- CTS19 : recueil des contributions par courriel et retex le 16/06
- CTS23 : recueil des contributions par courriel et téléphonique le 15/06
- CTS24 : recueil des contributions par courriel et retex le 16/06
- CTS33 : recueil des contributions et retex en visio le 15/06
- CTS40 : recueil des contributions par courriel et retex le 16/06
- CTS47 : recueil des contributions par courriel et retex le 16/06
- CTS64 : recueil des contributions par courriel et retex le 16/06
- CTS79 : Réunion plénière le 28 mai et retex le 17/06
- CTS86 : recueil des contributions par courriel et retex le 17/06
- CTS87 : réunion le 15/06

Au final, 213 contributions écrites ont été reçues. Certaines d'entre elles émanent d'acteurs s'exprimant à titre individuel, d'autres ont un caractère plus collectif, émanant de Fédérations, d'associations, d'Urps, de conseils de l'ordre, de syndicats ou d'autres instances fédératives.

D'autres enfin ont été émises au titre d'un établissement ou d'un service de santé ou médico-social.

Origine des contributions	Contributions reçues	% Région
Les collectivités territoriales	5	2%
Les représentants des usagers de service de santé ou médico-sociaux	13	6%
Les conseils territoriaux de santé	28	13%
Les partenaires sociaux	4	2%
Les acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale	3	1%
Les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	2	1%
Les offreurs de service de santé	158	75%
- <i>Secteur sanitaire</i>	90	42%
- <i>Secteur médico-social</i>	68	33%
TOTAL	213	

Répartition des contributions par département :

DD16	DD17	DD19	DD23	DD24	DD33	DD40	DD47	DD64	DD79	DD86	DD87	Région	Total
19	12	17	6	23	25	16	4	19	8	27	8	29	213

ANALYSE ET SYNTHESE DES CONTRIBUTIONS

Toutes les contributions reçues, individuelles et collectives, ont été analysées par les équipes de l'ARS et communiquées au bureau de la CRSA. Une mise à plat a été effectuée par les équipes de l'ARS et discutée ensuite à deux reprises avec le bureau de la CRSA. Le présent document a donc pour base le travail de l'ARS enrichi des remarques du bureau de la CRSA. Il comprend d'abord une présentation synthétique des retours d'expériences. Il présente ensuite pour chacun des piliers, les contributions reçues en les classant par origine du contributeur et par catégorie de propositions. Cette mise à plat se veut respectueuse des contributions, mais il est évident que les délais imposés n'ont pas permis de prendre le recul qu'il aurait été souhaitable de prendre. Au début de chaque pilier, un encadré liste les « points de convergence » qui se dégagent à la lecture des contributions. Ces points sont simplement listés sans ordre de préférence ou d'importance. Le bureau de la CRSA tient à souligner l'effort réalisé par les équipes de l'ARS dans un temps très contraint. Il considère que ce travail a été conduit en toute transparence par l'ARS. Pour autant, du fait des délais imposés par le ministère, le bureau de la CRSA regrette de n'avoir pas eu la possibilité de procéder à un examen plus approfondi, notamment au niveau des « points de convergence » qui auraient mérité davantage d'échanges et de débats. Ce document, et notamment les « points de convergence », sera donc soumis aux débats lors d'une séance plénière de la CRSA associant les CTS.

B- SYNTHÈSE DES RETOURS D'EXPERIENCES

1- LES ELUS

DES ACTEURS SOLIDAIRES ET OPERATIONNELS FACE A L'URGENCE SANITAIRE

- Mise en place de **partenariats de proximité**, en effet, chaque institution a fait preuve de souplesse et a levé les différents freins potentiels, pour améliorer la réactivité nécessaire à la gestion de la crise sanitaire. En ce sens, le Conseil départemental a été présent tous les jours en Cellule de crise avec l'Agence régionale de santé. Les professionnels du Conseil départemental ont fait des **points de situations quotidiens** auprès des établissements relevant de leur tarification. De plus, des réunions téléphoniques avec la plateforme de coordination covid se sont régulièrement effectuées. Le Conseil départemental a mis une infirmière à disposition, au sein d'une résidence autonomie passée « unité Covid » suite à de nombreux décès (La Charente)
- Soutien à la mise en place sur la commune d'un plan de dépistage massif (**Commune d'Angoulême**)
- Mise en place d'un protocole « confinement » pour la communauté des gens du voyage (**Commune d'Angoulême**)
- L'échelon du Département a permis d'être exhaustif quant aux populations à atteindre (SAAD-Familles d'accueil-petites unités de vie- résidences autonomie-EHPA). (La Charente)
- Mise en place de bureau dédié au Centre communal de l'action sociale pour la consultation des personnes sans médecin traitant (**Commune d'Angoulême**)
- Mise à disposition de locaux pour les professionnels de santé (**Commune d'Angoulême**)
- Utilisation d'un laboratoire vétérinaire pour tester dans le médico-social pensionnaire et personnel (**Commune de la Corrèze**)
- **Des centres COVID-19 mis en place sur plusieurs territoires**
- Mise à disposition de locaux pour soins d'hygiène pour les sans-abris (**Commune d'Angoulême**)
- Renfort hébergement d'urgence et places de desserrement pour les sans-abris (**Commune d'Angoulême**)

DES DONS DE MATERIELS DE PREMIERE NECESSITE ET DE PROTECTION A DESTINATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Maintien et distribution des aides facultatives (**Commune d'Angoulême**)
- Distribution de matériel sur tout le territoire départemental (**La Charente**)
- Dons et distributions aux professionnels de santé (**Commune d'Angoulême**)
- Dons de masques FFP2 (**Commune d'Angoulême**)
- Achat et distribution de masques homologués et lavables pour les habitants et les salariés de la commune (**Commune d'Angoulême**)

LA DIFFUSION D'UNE INFORMATION ADAPTEE AUX CIRCONSTANCES ET AUX PERSONNES

- Adaptation des messages nationaux et gestes barrières aux publics cibles : refonte de certains documents en interne, traduction en plusieurs langues (**Commune d'Angoulême**)
- Relais des campagnes sur les violences conjugales et diffusion des numéros des cellules d'appui psychologique (**Commune d'Angoulême**)
- Coordination de la formation d'habitants « relais » aux gestes barrières (**Commune d'Angoulême**)

LA PARTICIPATION CITOYENNE AUX ACTIONS DE SOLIDARITE

- Distribution des invendus des grandes surfaces grâce à la mise en place de convention entre la ville, les centres commerciaux et les banques alimentaires (**Commune d'Angoulême**)
- Livraison des courses à domicile des personnes ne pouvant se déplacer grâce à la création de réseaux de bénévoles et de plateformes (**Commune d'Angoulême**)

2- LES USAGERS

DES ACTEURS SOLIDAIRES ET OPERATIONNELS FACE A L'URGENCE SANITAIRE

- Mise en place par l'ARS de la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire (CRAPS) pendant le Covid (à maintenir comme cellule contact pour des demandes sanitaires et autres comme une sorte de guichet unique)
- **Entraide entre différentes institutions** : mairie, armée, service départemental d'incendie et de secours par exemple (jamais connue auparavant dans le secteur médico-social)
- **Grande implication des pharmaciens** à souligner, remercier et poursuivre au-delà de la crise
- Mise en lien et en mouvement du réseau bénévoles / professionnels (au sein d'associations comme AFM téléthon ou UNAFAM) : dotation de masques à l'ensemble des personnes atteintes de troubles, de maladies neuromusculaires ; mise en place d'un réseau « Référents Parcours Santé », véritables professionnels de l'Empowerment (Accueil/écoute/Soutien/Accompagnement téléphonique, numérique et physique)
- **Confinement total des personnels et résidents d'un EHPAD** (à la demande des professionnels) dans un contexte tendu en termes de disponibilité de matériel qui a permis de rapidement s'adapter aux conditions de crise (identification et gestion de ce qui est désinfectable ou non et meilleure gestion des flux).
- Mise en place dans une commune d'un dispositif solidaire d'entraide en direction des personnes seules et/ou isolées, avec des pluri pathologies ou en perte d'autonomie habitant dans des logements collectifs.

DES OUTILS NUMERIQUES ET DE COMMUNICATION AU SERVICE DU LIEN SOCIAL

- **Intégration des nouvelles technologies à l'EHPAD** afin d'amoinrir la difficulté du confinement
- **Enquête par mail sur « comment les aidants et leurs proches handicapés psychiques vivent le confinement »** à maintenir au-delà de la crise pour favoriser l'expression des familles et des proches sur un handicap donné

- **Développement de la télémédecine et de la téléconsultation en EHPAD**
- **Mise en place de la téléconsultation vidéo**
- **Consultation téléphonique** (suite au communiqué du Ministère de la Solidarité et de la Santé du 4 avril 2020) pour les patients dépourvus de moyens de connexion
- Réactivité en termes de réorganisation : intégration des nouveaux actes et instauration de nouveaux créneaux dédiés à la prise en charge de patients suspects tout en veillant à la continuité des soins

3- LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

DES ACTEURS SOLIDAIRES ET OPERATIONNELS FACE A L'URGENCE SANITAIRE

- **Centre consultation COVID** – Ussel (département de la Corrèze) : Mise en place d'un système de fonctionnement simple, sur la base du volontariat, avec l'aide de la CPAM 19 et de l'ARS 19. « Beau projet de coopération commune de l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire, avec 80 à 90 participants par réunion visio. »
- Mise en place d'un **Centre Ambulatoire COVID 19** par des médecins libéraux en coordination avec le contrat local de santé et l'Agence régionale de santé.
- Mise en place d'un centre consultation COVID, il s'agit d'un système de fonctionnement simple, sur la base du volontariat, avec l'aide de la CPAM et de l'ARS. (Département de la Corrèze)
- En partenariat avec l'ARS, le Conseil départemental de la Corrèze a proposé une **campagne de tests** (PCR) pour limiter la propagation du coronavirus auprès du personnel des ESMS et en deuxième étape résidents et personnels si suspicion Covid19 : cette action départementale fut réalisée en complète coopération entre les acteurs médicaux, sociaux et grâce à un décloisonnement complet des services, des institutions et du secteur privé avec un objectif commun : **accompagner et protéger les personnes**
- La création par la **CPTS** de Bergerac d'une **cellule psychologique active** pendant et après le confinement (département de la Dordogne)

POLYVALENCE PROFESSIONNELLE ET DECLOISONNEMENT DES PRATIQUES

- Coordination des **soins à domicile** pour les personnes atteintes de **cancer** par des Infirmières Référents du Parcours de Soins en Cancérologie et le Coordonnateur Social en Cancérologie-onco-hématologie par suivi téléphonique et/ou visites à domiciles indispensables en respectant les mesures barrières

LE DEPLOIEMENT D'EQUIPES MOBILES POUR ALLER VERS

- Mise en place des **Equipes Sanitaires Mobiles** par l'ARS : approche pluridisciplinaire, hors les murs auprès des populations les plus précarisées (consommateurs de produits psychoactifs, grands marginaux, migrants) (**département de la Vienne**)

- Mise en œuvre de **points relais chez des usagers-experts** et d'un **drive de distribution** de matériel de Réduction des Risques et des Dommages. (département de la Vienne)

LES OUTILS NUMERIQUES ET DE COMMUNICATION AU SERVICE DU SOIN

- Création du site www.soskine.fr permettant de recenser les kinésithérapeutes ayant maintenu un exercice libéral durant la crise pour **couvrir les soins urgents**, non reportables (pathologies lourdes, sorties SSR...) afin d'éviter des sur-hospitalisations
- **Consultations réalisées en visio** par les médecins psychiatres auprès de certains adultes autistes ou malades psychiques à cause du COVID 19. (Département des Deux-Sèvres)
- Mise en place d'une **plateforme d'écoute et de soutien téléphonique** (public en situation de handicap) assurée par des psychologues dans les départements de la Vienne, de la Charente, de la Charente-Maritime et des Deux-Sèvres. (APF)
- Mise en place d'une **plateforme d'appui** pour les personnes en **situation de handicap** : écoute, soutien et appui à la mise en place de solutions pour les personnes en situation de handicap vivant à leur domicile personnel (seules ou avec un aidant – hors situation de retour à domicile suivie par l'établissement ou le service d'accompagnement initial), confrontées à un isolement et/ou rupture de leur accompagnement individuel.

LA DIFFUSION D'UNE INFORMATION ADAPTEE AUX CIRCONSTANCES ET AUX PERSONNES

- **Santé BD et Handiconnect** ont produit des fiches informatives à destination des professionnels des SAMU, des professionnels effectuant les prélèvements pour les tests COVID 19 ou encore à destination des brigades sanitaires.

LA PARTICIPATION CITOYENNE AUX ACTIONS DE SOLIDARITE

- Coordination de la formation **d'habitants « relais » aux gestes barrières** organisée par le CH d'Angoulême et l'ARS dans les Quartiers Prioritaires de la Ville. (Département de la Charente)

4- LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

DES ACTEURS SOLIDAIRES ET OPERATIONNELS FACE A L'URGENCE SANITAIRE

- Ouverture des crèches pour pouvoir accueillir les enfants des soignants (**En Haute-Vienne**)
- Soutien et renfort des ambulanciers aux personnels des EPHAD (**En Charente**)
- Mise en place pour les familles d'un accompagnement individualisé à domicile (**En Nouvelle-Aquitaine**)
- Mise en place par les mutuelles de dispositifs renforcés d'accompagnement : renforcement des garanties, création d'une complémentaire gratuite et prévoyance gratuite durant 4 mois pour les militaires et les personnels (**En Nouvelle-Aquitaine**)

LE DEPLOIEMENT D'ÉQUIPES MOBILES POUR ALLER VERS

- Répartition d'équipe mobile professionnelle et non professionnelle sur le territoire communal : *« Cette expérience nous a permis, au-delà de nos suivis habituels ainsi « déportés », de rencontrer et de suivre des personnes inconnues de nos services avec même des initiations de traitement en complément des actions habituelles de réduction des risques. Nos équipes amenaient sur place nourriture, eau, hygiène, RDR, TSO, TRODs, etc. avec des possibilités de relais en centres avec les professionnels ainsi identifiés sur le « terrain » des usagers. »*
Association CEID addiction (Département de la Gironde)
- Envoi de renfort de personnels soignants de Bordeaux en région parisienne pour y soutenir l'action des équipes locales

DES DONS DE MATÉRIELS DE PREMIÈRE NECESSITE ET DE PROTECTION A DESTINATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Renforcement pendant la crise de la distribution de matériels de première nécessité et de matériels techniques aux usagers vulnérables
« Dans le même espace, nous proposons comme d'habitude, matériels de RDR et TSO et nous avons pu élargir l'offre de services aux masques (grâce au complément de dotation de l'ARS) qui pouvaient leur être remis en même temps qu'un rappel d'information préventive sur les gestes-barrières, etc. Idem pour les TROD CoV qui, comme on le fait avec les TROD VIH et VHC, sont volontiers acceptés par ces personnes. Ils constituent toujours un excellent vecteur de communication sur la santé, au-delà même de leur intérêt direct (facilité et rapidité d'emploi d'où surveillance épidémiologique pour des populations qui n'ont guère accès aux PCR malgré l'effort que nous soutenons avec les drive PCR « précaires » à St-Jean, diagnostics de rattrapage, etc.) » **Association CEID addiction (En Gironde)**

DES OUTILS NUMÉRIQUES ET DE COMMUNICATION AU SERVICE DU LIEN SOCIAL

- Dotation d'une tablette numérique à chaque pensionnaire d'un EHPAD pour lutter contre l'isolement des résidents et échanger avec leur famille (**En Gironde**)
- Utilisation de la téléconsultation et des appels téléphoniques pour accompagner les usagers vulnérables
- Prise en charge par les mutuelles des téléconsultations pour les urgences (**En Gironde**)

5- LES ORGANISMES DE PREVENTION

DES ACTEURS SOLIDAIRES ET OPERATIONNELS FACE A L'URGENCE SANITAIRE

- Mise en place d'un groupe expert ressource « COVID-19 » à la Maison Départementale de la Santé (Direction de la Promotion de la Santé, CD33) : boîte fonctionnelle mails et numéro de téléphone de la MDS relayés par le service de communication du Département auprès du public pour déposer toute question en lien avec la COVID-19, et réponse assurée par un médecin dans les jours qui suivent. Ouvert au public et aux professionnels du Département.

DES OUTILS NUMERIQUES ET DE COMMUNICATION AU SERVICE DU LIEN SOCIAL

- Organisation et mise en place rapide de téléconsultations et télé-entretiens dans toutes les missions de la Direction de la Promotion de la Santé (CD33) : PMI Petite Enfance, Prénatal, Centres de planification, CeGIDD, Centre Départemental de Vaccination, Centre de Lutte Anti-mission Accompagnement Santé Adulte (dispositif de retour au système de santé de droit commun de personnes vulnérables éloignées du soin).

6- LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR SANITAIRE

DES ACTEURS SOLIDAIRES ET OPERATIONNELS FACE A L'URGENCE SANITAIRE

- Organisation centralisée de la gestion des stocks et la distribution de consommables auprès des établissements d'un territoire : nouveau levier de réduction des coûts après le regroupement des achats
- Nomination d'un directeur médical de crise ou rôle assumé par le président de CME (Charente-Maritime)
- Mise à disposition du personnel infirmier de la clinique pour renforcer les équipes de l'Hospitalisation à domicile
- Création d'un poste avancé aux urgences pour filtrer et orienter les patients
- Mise en place d'équipes pluridisciplinaires
- Régulation en journée des médecins libéraux au centre 15
- Conception de kits de matériel pour faciliter la prise en charge des patients covid par des cabinets d'infirmiers libéraux (Dordogne)
- Fermeture de services, notamment de Chirurgie, et réaffectation des personnels (Cadre, IDE, AS, Ash) pour aider Urgences, réanimation et service COVID (Dordogne)
- Création d'une unité SAS en hôpital psychiatrique (Vienne)
- Etablissement hospitalier en support des Etablissements Sociaux et médico-sociaux (Lot-et-Garonne)
- Capacité de réorganisation des services hospitaliers CHU et CHHL avec mise en place d'organisations spécifiques (Vienne)
- Création d'un service post-covid (Charente-Maritime, Pyrénées-Atlantiques)
- Création d'un SAS patients covid-19 pour une admission plus fluide
- Organisation de parcours de soins ex nihilo sur le territoire entre l'établissement support de GHT et le CH périphérique (Charente-Maritime)
- Mise en place de filières public/privé facilitant la prise en charge des patients
- Collaboration quotidienne des 4 établissements de santé publics du territoire (Lot-et-Garonne) et de l'établissement de santé privé dans la gestion de crise sanitaire du territoire : cellule de crise quotidienne en Visio des 5 établissements du territoire, construction de parcours communs de prise en charge de patients COVID, construction de procédures internes communes, partage d'outils, concertation pour l'aide aux EHPAD et sur les reprises progressives d'activité (Lot-et-Garonne)
- Mise en place d'un service "d'urgence" avec des opticiens volontaires
- Création d'une antenne du cabinet médical dans un local communal qui a permis d'accueillir les cas suspects ou confirmés Covid-19 (Charente)

- Mise en place de Dispositifs d'appui aux Etablissements médico-sociaux **(FHF)**
- Mise en place de plateforme de Prévention « Cellule COVID 19 » pour la prise en charge à domicile des cas covid mais aussi à destination du grand public **(FHF)**
- Mise en place d'un outil régional d'entraide « Renfort Covid » (AS, ASH et IDE surtout) **(FHF)**
- Développement de partenariats avec des entreprises locales pour les EPI **(FHF)**
- Mise en place de cellules de soutien médico-psychologiques à destination de la population et des professionnels
- Sollicitation de la solidarité territoriale pour disposer d'équipements de protection individuelle pour les infirmiers libéraux
- Prise en charge des patients COVID à domicile dans le cadre de l'HAD (création d'un mode de prise en charge T2A)
- Organisation de tests de dépistage pour des patients pris en charge en HAD et mise en place d'un partenariat avec des laboratoires
- Mise à disposition de personnel soignant : synergie / mise en commun avec les acteurs du territoire
- Mise à disposition pour la commune d'un local pour que les professionnels engagés puissent se ressourcer : pause repas, douche, salle de repos

POLYVALENCE PROFESSIONNELLE ET DECLOISONNEMENT DES PRATIQUES

- Promotion de la polyvalence des professionnels : réorganisation des horaires, mise en place d'astreintes postées, rotation dans les différents services
- Mise en place de formations relatives à l'hygiène dans les établissements ayant connu une baisse d'activité (Haute-Vienne)
- Participation des médecins libéraux au sein des établissements hospitaliers (Dordogne)
- Formation des personnels au service de réanimation (Pyrénées-Atlantiques)
- Réalisation de nouveaux actes professionnels par les pharmaciens : suivi d'observance thérapeutique, renouvellements de traitements de maladies chroniques, ...

LE DEPLOIEMENT D'ÉQUIPES MOBILES POUR ALLER VERS

- Déploiement sur le territoire d'équipe soignante mobile
- IDE et anesthésistes volontaires pour aider à la prise en charge de patients COVID dans des établissements de santé d'Ile de France et du Grand-Est

LES OUTILS NUMÉRIQUES ET DE COMMUNICATION AU SERVICE DU SOIN

- Mise en place d'une messagerie interne entre les différents professionnels de la MSP afin qu'aucun professionnel ne se retrouve isolé dans ce contexte particulier (Charente)
- Action de prévention des risques psychosociaux : temps d'appels interne mis en place avec les équipes par une psychologue, pour permettre de soutenir les professionnels dans la gestion de la crise et des urgences (Gironde)
- Développement de l'outil de télémédecine entre les différents partenaires de l'aide médicale d'urgence
- Large développement de la téléconsultation

- Mise à disposition des professionnels de santé et établissements de la plateforme INZEE.CARE (URPS IL) qui met en relation avec les infirmiers libéraux disponibles
- Mise en place d'un numéro d'appel, d'une régulation par les chirurgiens-dentistes pour répondre aux patients tous les jours pendant la fermeture des cabinets
- Mise en place d'une ligne d'astreinte ambulance pour les retours à domicile covid-19
- Création de groupes d'entraide WhatsApp Facebook entre praticiens de santé sur un même territoire
- Mise en place d'une ligne téléphonique covid (Dordogne)

7- LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

POUR LES PERSONNES AGEES EN EHPAD

- Mise en place **d'un kinésithérapeute unique** pour tous les résidents.
- L'acquisition de tablettes numériques dès mars, d'une webcam, de téléphones a contribué à éviter tout glissement prévisible de nos résidents les plus fragiles afin qu'ils conservent un contact avec leurs proches.
- Le **Médecin coordonnateur** a réalisé une prise en soin thérapeutique tous les résidents du fait de l'absence de médecins traitants. (Ainsi le suivi et la communication avec les professionnels de l'établissement ont été renforcés et la charge de travail des IDE a été allégée)
- Le développement de la **téléconsultation et télé-expertise**, entre le médecin traitant et le résident a facilité leur suivi mensuel tout en limitant les déplacements et afin d'éviter la propagation du risque infectieux
- **Création d'une équipe d'hygiène** spécialisée à la prévention des risques infectieux.
= 2 Agents à 100% dont un formé par le CEPIAS. Assure la désinfection et forme le personnel. (Permet de diminuer le nombre de gastro et gripes en saison)
- **Délégation de certaines évaluations médicales aux IDE** permettant le suivi d'une pathologie connue, chronique et stable avec une évaluation médicale moins fréquente.
- **Délégation** également de certains actes IDE **aux aides-soignantes**, sous contrôle, notamment sur les soins de base non compliqués par des risques associés.
- **Redéploiement à domicile d'accueil de jour dans le cadre du covid 19** : Amener l'accueil de jour à domicile : avec l'objectif de poursuivre l'accompagnement des personnes présentant un risque de syndrome de glissement et de détérioration rapide de leur autonomie, de garder un lien avec l'extérieur et de renforcer l'accompagnement des aidants fragilisés par le confinement "contraints" d'assurer une présence quotidienne auprès de leurs proches.

POUR LES PERSONNES HANDICAPEES

- Dans le foyer (FAM), il y a eu **transmission de compétences** du service Soins au service de l'équipe éducative (l'éducation à l'hygiène par ex.)
- Ouverture de la Plateforme « Solidaires-Handicaps » destinée aux Personnes handicapées, aidants et professionnels du secteur médicosocial et social pour faire face ensemble au COVID-19 (ALGEEI 47) : cette plateforme a pour objectif d'affronter les multiples difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap et leurs aidants face à l'épidémie.

C- SYNTHÈSE DES CONTRIBUTIONS PAR PILIER

Le bureau de la CRSA et l'ARS se sont interrogés à plusieurs reprises sur l'imputation d'une orientation à tel ou tel pilier. Il a finalement été décidé de conserver l'affectation choisie par les acteurs.

PILIER 1 : TRANSFORMER LES MÉTIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT

Les points de convergence

- Revaloriser les rémunérations des soignants mais aussi des non soignants – un alignement sur la moyenne européenne est souvent évoqué
- Harmoniser les rémunérations entre secteurs (sanitaire, social, médico-social) et statuts (privé – public)
- Revaloriser les métiers du domicile
- Augmenter les effectifs pour augmenter le temps consacré à chaque personne prise en charge
- Diminuer les tâches administratives des soignants
- Développer les délégations de tâches et les pratiques avancées (y compris à domicile)- l'élargissement des compétences des infirmières et aides-soignantes est souvent évoqué
- Renforcer le rôle des soignants comme acteur de prévention et promotion de la santé
- Rénover les formations des soignants en y incluant plus de prévention, plus d'éducation thérapeutique, plus de prise en compte de l'expérience patient, plus de sciences humaines
- Promouvoir les dispositifs d'usagers experts dans tous les secteurs
- S'appuyer plus largement et fréquemment sur les pharmacies d'officine comme 1^{er} relais/1^{er} contact auprès des usagers
- Augmenter les temps de médecins coordonnateurs ou recruter des postes de médecins salariés dans les EHPAD
- Développer la télémédecine et le télé soins y compris pour les professions non autorisés aujourd'hui (orthophonistes)
- Renforcer la capacité à agir des usagers et pour cela développer, valoriser et pérenniser le travail des acteurs professionnels de l'accompagnement humain à l'autonomie en prenant en compte leurs besoins
- Valoriser davantage des activités de santé, menées par des acteurs-trices non-soignants comme l'interprétariat en santé et la médiation en santé

LES ELUS

- **Revalorisation des salaires**
 - Revaloriser les salaires de tous les métiers du soin sur la base des fonctions et des responsabilités exercées auprès de la population en besoin de soins, à domicile et en établissement
 - Égalité salariale et de progression de carrière femmes – hommes dans le domaine du soin

- **Réorganiser le territoire**
 - Proposition de déploiement d'une action dans le cadre du contrat local de santé d'Angoulême pour promouvoir l'attractivité des métiers de soins et également favoriser l'implantation des professionnels de santé sur la commune
 - Mettre en place une fluidité des parcours de soin entre l'hôpital, la ville et le médico-social pour les sorties d'hôpital, information en amont des Services de Soins Infirmiers à Domicile, services de soins à domicile, médecin traitant, infirmier et famille/ aidant.
- **Le personnel**
 - Formation de plus d'infirmiers et d'aides-soignantes
 - Maintien de la suppression du numerus clausus

LES USAGERS

❖ REMUNERATION

- Rémunérer les soignants à hauteur de la moyenne européenne (revalorisation nécessaire)
- Valoriser aussi bien l'implication des hôpitaux publics que des privés (pas clair pendant la crise / pas bonne communication)
- Favoriser une meilleure rémunération des soignants à domicile
- Harmoniser les rémunérations entre professionnels de même catégorie (ex : aide-soignante d'hôpital et aide-soignante d'ESMS)
- Permettre aux soignants en établissements ou en libéral d'obtenir une juste rémunération des prestations et des déplacements en se basant sur une harmonisation au niveau européen. (Travail indispensable avec la CPAM).

❖ REVALORISATION DES METIERS

- Développer les postes Infirmiers en pratiques avancées, notamment en centre de soins
- Elargir les compétences des infirmiers et des aide- soignants pour favoriser une organisation de l'activité soin qui soit interactive, coopérative et qui intègre l'utilisation des nouvelles technologies.
- Revoir le cadre de définition de certains métiers liés aux interventions à domicile (**meilleure prise en compte des tâches nouvelles engendrées par l'évolution des techniques de soins**).
- **Développer davantage les équipes mobiles (particulièrement en psychiatrie) et valoriser ces emplois (tarification bonifiée)**
- **Développer les techniques « care » chez les professionnels ESMS**
- Développer la présence des personnels soignants dans le milieu scolaire et le milieu du travail (et prévoir la rémunération adéquate)
- Valoriser les activités et les actions de prévention et d'éducation à la santé
- Faire évoluer la formation des coordinateurs
- Diversifier les formations et les moyens de renforcer les compétences des coordinateurs, par la validation des acquis
- Reconnaître le statut du coordinateur, dans une convention collective

LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

Carrières et rémunérations

- **Revaloriser les carrières et rémunérations** notamment les aides- soignantes (classement en catégorie B)
- Reconnaître la **pénibilité des métiers** du soin
- **Augmenter les effectifs** afin de diminuer la pénibilité
- Des **revalorisations de salaire** en une fois dès 2021 de 250€ bruts mensuels des salaires des infirmiers, 200€ bruts mensuels des salaires des aides-soignants et de 100€ bruts de tous les autres agents hospitaliers, financées par la suppression de la taxe sur les salaires pour les établissements de santé et par la hausse de l'ONDAM.
- Des activités de santé, menées par des **acteurs-trices non-soignants-es** doivent être mieux valorisées, financées et reconnues comme l'interprétariat en santé ou la médiation en santé doit être reconnue et financée.
- **Revalorisation de l'acte moyen des kinésithérapeutes**, et de l'indemnité forfaitaire de déplacement, par le biais d'une refonte de la nomenclature, centrée sur le parcours du patient (et non sur les actes)
- Amélioration de la **couverture sociale des masseurs kinésithérapeutes**, avec alignement du délai de carence sur les salariés, régime fiscal idem modèle PREFON, et alignement des droits pour le congé maternité du libéral.
- Arrêter le recours à l'intérim pour le **recrutement des professionnels hospitaliers** et modifier leur statut
- **Considérer la prévention et promotion de la santé** au même titre que le soin et revaloriser leur contribution à la santé des citoyens
- **Sécuriser financièrement les pharmacies d'officines fragiles** touchées par la désertification médicale sur le modèle des pharmacies essentielles que l'on peut trouver dans d'autres pays développés (Ecosse, Nouvelle Zélande, Canada, ...)
- Revoir les rémunérations du **secteur privé** : « les 200.000 soignants des hôpitaux privés ont les mêmes **formations**, les mêmes missions, soignent les mêmes malades, mais sont, contrairement à une idée reçue, moins rémunérés que dans le public : -8% pour les infirmiers et -14% pour les aides-soignants »
- Faire que les salaires soient plus attractifs dans tous les établissements (référence moyenne des pays de l'OCDE)
- **Valoriser et reconnaître les métiers du médico-social** et de l'accompagnement « qui font partie au sens propre du terme de la Santé, en dehors d'une vision purement médicale et hospitalière »
- Développer la **pair-aidance en psychiatrie** pour tenir compte davantage des intérêts des usagers

Evolution et revalorisation des métiers

- Pérenniser au-delà de la crise sanitaire les **dispositifs de délégations de tâches** et de **consultation à distance**
- Reconnaître et promouvoir la place de la **pharmacie clinique** dans les équipes de **soins coordonnés**

- Créer la notion de **pratique avancée dans les métiers de l'aide à domicile** pour réduire le nombre des intervenants « par exemple, permettre aux aides-soignantes de faire certains actes d'infirmières, ...) »
- **Etendre la notion de médecin traitant** pour passer à une notion d'**équipe de soins traitante** incluant les **nouveaux métiers** comme les assistants médicaux et les infirmières en pratique avancée.
- Opportunité de **rattacher les médecins isolés à une MSP/ESP** en cas de crise
- Tracer des « épisodes » regroupant plusieurs actes plutôt que tracer chacun des multiples actes d'un « épisode »

Formation

- Enrichir la formation des soignants par l'**expérience « vécue » du patient**
- **Transformer les formations de manager** de la santé et du médico-social en intégrant les sciences humaines et sociales dans les formations
- Inclure plus d'éducation pour la santé et de promotion de la santé dans les formations des équipes soignantes et développer une sensibilisation à la **littératie en santé**
- La reconnaissance du grade **Master pour la formation initiale en kinésithérapie**, avec intégration de la filière MMOP, et renforcer la recherche en kinésithérapie dans le cadre d'un troisième cycle universitaire, via le développement de doctorats en kinésithérapie
- Réviser une **législation sur la formation professionnelle bloquante** : sur une contribution légale à la formation professionnelle et à l'apprentissage de 1,68% de la masse salariale brute, « aucun dispositif de formation ni aucun budget ne sont actuellement disponibles pour que les entreprises de plus de 50 salariés puissent former les professionnels en poste ».
- Faire évoluer la législation et la réglementation : « une **évolution du cadre législatif** et réglementaire est nécessaire pour sécuriser l'usage de la **clause de dédit-formation** incluant le **remboursement des salaires**, à l'instar de l'obligation de servir des personnes formées existant dans le secteur public ». Le cadre de l'apprentissage doit être rendu compatible avec les professions réglementées de la santé.

Accompagnement du personnel

- Permettre un accès rapide à **un soutien psychologique gratuit**, prévention de l'**épuisement professionnel**

LES PARTENAIRES SOCIAUX

En structure

- Augmentation de l'ensemble des salaires de la fonction publique hospitalière de façon à la rendre attractive
- Qualification professionnelle de tous les personnels dans les EHPAD et les USLD
- Augmentation des effectifs pour rendre sa place au soin relationnel dans le champ du sanitaire – y compris de la psychiatrie – et dans le champ du médico-social.
- Plusieurs axes sont développés sur ce pilier 1 par Force Ouvrière par catégorie de personnels et professionnels ainsi que par champ conventionnel : en matière de rémunération (évolution indiciaire, régime indemnitaire, plan de recrutement, ...) et de conditions de

travail, sur l'action sociale et la formation professionnelle. L'abrogation des ordonnances d'urgence sanitaire est demandée ainsi que tout particulièrement celle de l'ordonnance 2020-13 relative aux adaptations et règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux (Documents en annexes)

Focus sur le syndicat des MKR :

- Revalorisation de l'acte moyen
- Amélioration de la couverture sociale (indemnité forfaitaire journalière, allocation forfaitaire unique de repos maternel, possibilité de décalage du congé prénatal en post natal, automatisation du report du paiement des charges sociales, possibilité de reprise à temps partiel avec une zone de congés immuable et un maximum de 10 jours reportés
- Reconnaissance du grade Master pour la formation initiale en kinésithérapie
- Renforcement de la recherche en kinésithérapie dans le cadre du 3ème cycle universitaire
- Valorisation du rôle des masseurs kinésithérapeutes en santé publique
- Mise en place d'une démarche qualité et d'une évaluation des pratiques professionnelles (charte, label Quali'kiné) et création d'une rémunération sur des critères de qualité reconnus par l'HAS

Focus sur les infirmières libérales en termes de rémunération et d'attractivité:

- Egalité des remboursements des frais de déplacement pour les professionnels libéraux
- Suppression des cotations dégressives
- Révision du taux de cotisation de 65% dans le cadre de la réforme des retraites (actuellement 45%)

Professionnels libéraux

- Un véritable statut pour les professionnels médicaux et pour les gestionnaires dans les collectivités territoriales

LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

- **Rémunération**
- Inclure l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, ceux du sanitaire, du social et du médico-social dans la revalorisation salariale
- **Formation**
- Organiser une feuille de route de formation continue pour les professionnels de la santé non spécialisés
- Développer les missions ressources et les coopérations entre les acteurs dès la formation initiale
- **Mobilité**
- Promouvoir la mobilité des métiers (par exemple par le développement des diplômes d'Infirmier en Pratique Avancée et par des Validations des Acquis de l'Expérience).
- Doter tous les territoires de professionnels de santé en nombre suffisant, par rapport aux besoins de la population

- **Souplesse administrative**
- Débloquer du temps pour les soignants et la juste autonomie dont ils ont besoin pour soigner

LES ORGANISMES DE PREVENTION

- **Formation**
 - Inclure plus d'éducation pour la santé et de promotion de la santé dans les formations des équipes soignantes et développer une sensibilisation à la littératie en santé
 - Renforcer la connaissance des publics par les professionnels, il est important de mieux comprendre les différentes cultures et les communautés pour mieux communiquer (par exemple pour améliorer la compréhension des protocoles de prévention)
- **Reconnaissance**
 - Considérer la prévention et la promotion de la santé au même titre que le soin et revaloriser leur contribution à la santé des citoyens

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR SANITAIRE

Conditions salariales et attractivité des métiers

- Augmenter significativement le nombre de professionnels formés pour répondre aux besoins en emplois du secteur (10% de postes vacants). Cela correspond, à former en plus 34 000 infirmiers et 24 000 aides-soignants. Cela permettrait, d'embaucher plus de 100 000 nouveaux professionnels. **(FPH)**
- Une réforme ambitieuse des référentiels d'activités et de compétences pour un élargissement des champs de compétences des professionnels devenu indispensables face à la pénurie médicale. **(FHP)**
- La stricte transposition au secteur privé des mesures de revalorisation salariale qui seront décidées dans la fonction publique hospitalière. **(FHP)**
- La refonte des référentiels d'activités et de compétences des professions réglementées en faveur de l'élargissement des champs d'activité en cohérence avec l'augmentation de rémunération. **(FHP)**
- Revaloriser les carrières soignantes pour une meilleure attractivité des métiers
- Reconnaissance par la rémunération des soignants hospitaliers et libéraux
- **Revaloriser les salaires et les compétences de l'ensemble des personnels de santé** notamment pour les non médicaux
- Augmentation des salaires de toutes les catégories de professionnels de santé indexée sur le salaire médian des français, sans aucune contrepartie
- **Equité de traitement et de salaires entre les salariés des secteurs public/privé et privé non** lucratif et entre les contractuels et titulaires
- Prendre en compte l'ensemble des primes pour le calcul des droits à la retraite
- Mettre en place une prime annuelle tenant compte des difficultés d'exercice dans les Hôpitaux où le plateau technique a disparu
- Répondre aux enjeux de la démographie médicale **(FHF)**
- Favoriser la solidarité et valoriser l'engagement professionnel (bourses à l'emploi médicales interrégionales) **(FHF)**

Focus sur les métiers

- Pour les médecins, et notamment les médecins urgentistes, défiscaliser les gardes de nuit
- **Renforcer l'attractivité de l'exercice hospitalier pour les médecins : valoriser le métier et la place du médecin coordonnateur en HAD**
- « Remettre le médecin traitant aux avants postes décisionnels »
- Revalorisation financière de l'acte moyen des kinésithérapeutes (URPS MK)
- Valorisation et reconnaissance des métiers de la coordination
- Valorisation des aidants professionnels (aides à domicile)
- Réaffirmer la place de la sage-femme, professionnel de premier recours pour la santé génésique des femmes (URPS SF)
- **Concernant les pharmacies (contribution URPS Pharmacie) : conserver les activités mises en œuvre pendant la crise : renouvellement des traitements des malades chroniques, suivi de l'observance thérapeutique, bilan vaccinal, dépistages TROD, ...**
- Valorisation des compétences : faire évoluer les compétences des soignants
- Renforcer le rôle et les compétences des **assistants dentaires** pour une collaboration plus efficace pendant et après une crise. Un chirurgien-dentiste ne peut plus exercer seul sans assistant dentaire. Une collaboration entre ces deux professions devrait être obligatoire. (URPS CD)
- Proposer à l'ensemble des professionnels du médicosocial une **formation sur les précautions standards et les principes d'hygiène de base**
- Refonte du diplôme d'opticien lunetier en licence avec tronc commun avec les orthoptistes
- Améliorer la formation « parcours sup » pour les futurs infirmiers, en complétant leurs sélections par un entretien individuel de motivation
- **Développer les formations en apprentissage des IDE et AS** afin de pallier les difficultés de recrutement et de rendre plus attractifs ces apprentissages pour les entreprises
- Modifier les calendriers de sortie des écoles soignantes (mi-juillet / fin juin)
- Valoriser les métiers et les formations du soin et du grand-âge avec le soutien et l'implication du Conseil Régional (FHF)
- **Développer des parcours de formation certifiant pour les métiers en lien avec l'hospitalisation à domicile et la coordination des soins**
- Renforcer la recherche en kinésithérapie dans le cadre d'un troisième cycle universitaire (URPS MK)
- Diversifier les profils des cadres dans les organismes de santé publique

Formation

- Faciliter l'accès à la promotion professionnelle / formation professionnelle
- Favoriser le financement des études promotionnelles (FHF)
- **Accroître la participation et l'implication des professionnels de santé dans l'action de formation** (partage d'expériences, de compétences...)
- Mettre en place un **plan de formation annuel et concerté** notamment pour les personnels des établissements psychiatriques
- **Aider/valoriser les structures pour la mise en œuvre de leur politique de formation managériale**
- Répondre aux enjeux de la démographie médicale (**démarche de GPMC médicale**)

- Mettre au même niveau d'obligation la formation (initiale et recyclage) pour la sécurité incendie et l'hygiène
- Formation méthodologique pour le personnel hospitalier afin d'harmoniser les pratiques de chacun
- Former le personnel à la bientraitance
- Optimiser la formation continue des masseurs kinésithérapeutes (URPS MK)
- Former régulièrement les personnels aux logiciels de codage des activités
- Former les personnels hospitaliers et soignants libéraux aux crises sanitaires (Université...)

Conditions d'activité et pratiques

- Développer les domaines de compétences partagés entre professions soignantes et médicales
- **Renforcer les approches pluri-professionnelles et intersectorielles, entre l'hôpital, la ville et le médico-social (URPS Infirmier)**
- **Fédérer les professionnels de soins primaires dans des équipes pluri-professionnelles pour devenir des Équipes Traitantes de proximité : pour un parcours du patient de la prévention à l'ETP (FHF)**
- *« Inscrire dans la loi, le triptyque médecin- infirmier- pharmacien permettant une prise en charge coordonnée du patient en ville »*
- Accélérer/faciliter le déploiement des Infirmiers de Pratique Avancée
- **Redéfinir le périmètre du secret médical partagé**
- Contraindre les établissements privés à pratiquer la médecine générale afin de désengorger la médecine de ville
- Participation des médecins libéraux à la régulation en journée
- Remettre le pouvoir médical en place au sein d'une administration locale de la santé, médicalisée et indépendante des politiques, comme des corps de l'Etat
- Délégation de tâches, télémédecine en coopération avec les ophtalmologistes
- Permettre aux psychologues de cumuler activité libérale et activité hospitalière
- Ne pas imposer de bilans cognitifs, neuropsychologiques ou autre lorsque le psychologue n'y voit pas le sens pour le patient
- Repenser aux ratios, nombre de patients / nombre d'infirmiers (es) et aides-soignants (es) en valorisant dans la réflexion la nécessité de la relation humaine dans la qualité des soins
- Maintien de l'autorisation de téléconsultation pour les orthophonistes (URPS Orthophoniste)
- Renforcement des compétences infirmières / fonctionnement en pédagogie projet
- Associer les représentants paramédicaux et les usagers aux instances représentatives
- Valoriser le rôle des masseurs kinésithérapeutes en santé publique
- Actualiser le droit de prescription des masseurs kinésithérapeutes (URPS MK)
- Soutenir l'exercice salarié en kinésithérapie (URPS MK)
- Autoriser la prescription des prélèvements pour les patients en cours (sanguin p/ex suivi cas de chirurgie, traitement anticoagulant, infection urinaire)
- Autoriser les infirmiers libéraux à effectuer l'évaluation primaire de la plaie et la pose de pansement dans le cas des plaies superficielles traumatiques ou de brûlures afin d'effectuer la prise en charge rapide avec une évaluation si besoin par une téléconsultation avec le médecin- généraliste
- Autoriser la prescription infirmière initiale des antiseptiques adaptés aux soins ainsi que les crèmes cutanées pour hydratation cutanée et la cicatrisation au besoin

- Donner les moyens légaux et financiers aux infirmiers libéraux :
 - o d'effectuer la prévention auprès de la population,
 - o de mettre en place de la promotion à la santé,
 - o d'effectuer les consultations infirmiers indépendantes de dépistage,
 - o d'évaluer la situation vaccinale et de prescrire / effectuer la vaccination suivant le calendrier vaccinal.
- Mettre à disposition une formation supplémentaire obligatoire pour les infirmiers afin d'effectuer les consultations de vaccinations

Focus statuts

- **Adapter le code du travail au secteur de la santé pour plus de flexibilité**
- Mettre un terme au statut de fonctionnaire, contractualiser l'ensemble des professions
- Inscrire dans le code de la santé publique la notion d'infirmière référente (idem MT)
- Inciter les Hôpitaux Publics à la mise en place d'une politique sociale notamment par l'augmentation des CDI,
- Recourir plus systématiquement aux titularisations dans les établissements publics de santé
- Renforcer les rôles du Président de CME ou créer un statut de "directeur médical"

Focus couverture sociale et fiscale

- Amélioration de la couverture sociale des masseurs kinésithérapeutes (URPS MK)
- Rendre obligatoire la participation à la couverture santé - part mutuelle (exemple des groupes de santé privés qui participent à hauteur de 75% de la mutuelle)
- **« Défaire le système coûteux des mutuelles et redévelopper la sécurité sociale à 100% pour tous »**
- Equité en termes d'imposition fiscale pour les médecins qui s'installent dans les zones de déserts médicaux

SQVT et conditions de travail

- **Promotion de la qualité de vie au travail et santé au travail**
- Mise en place d'une **démarche qualité et d'une évaluation des pratiques professionnelles**
- Aider au développement de la qualité de vie au travail et au soutien à l'action sociale collective afin de promouvoir l'exercice dans le secteur hospitalier / médico-social (**FHF**)
- Donner les mêmes conditions de travail aux psychologues contractuels titulaires de la fonction publique
- Proposer aux aides soignant(es) des emplois moins physiques lorsque l'agent arrive en fin de carrière (poste administratif, secrétariat,)
- Entreprendre des travaux pour rénover les locaux des établissements de santé
- Adapter les structures aux personnes accueillies, notamment aux personnes souffrant d'obésité

Focus risques professionnels

- **Développer les outils numériques pour limiter les risques professionnels et sécuriser les interventions**
- Développer des dispositifs médicaux innovants et adaptés à la limitation des risques professionnels et à l'intervention au domicile des patients

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Valorisation des salaires

- **Simplifier les grilles de rémunération** et en finir avec un régime indemnitaire pléthorique
- **Réévaluation des salaires** de l'ensemble des professionnels de santé intervenant en EHPAD pour les aligner au niveau des salaires européens

Valorisation des métiers

- Faire de la prévention et de la promotion de la santé l'orientation première du système. Construire et piloter un plan de déploiement ambitieux, décliné spécifiquement dans chaque région au regard des besoins de santé. (FEHAP)
- Valoriser les métiers du secteur public mais aussi **soutenir les branches professionnelles** du secteur associatif et les métiers du secteur social et médico-social
- Avoir **une convention collective commune** pour tous les EHPAD (privés ou publics)
- **La Fonction Publique Territoriale** : lourdeur administrative peu propice aux changements et à la gestion de crise
- Valoriser les métiers **au regard des compétences exigées et des conditions d'exercice** : Récompenser le travail du week-end, des jours fériés et des nuits en EHPAD ; Valorisation des personnels référents (primes, temps dédié) ; Prévoir des primes de reconnaissance pour les situations aigües (source EHPAD)
- Revalorisation salariale et surtout reconsidération **des métiers du médicosocial** (éducateurs, AS, etc...) comme essentiels qu'il s'agisse de SSAD ou Institutions d'internat ou externat (MECS, FAM, MAS, SESSAD, EHPAD etc...) et par le biais par exemple de campagnes de communication positive
- revalorisation salariale et surtout reconsidération **du métier de travailleuse sociale**, « *personnels oubliés de la crise* » avec des conditions de travail difficiles durant la crise (pas de masques pendant 3 semaines, personnes en situation de handicap mentale isolée des soins...) des signes d'usure professionnelle du fait de la non attractivité du secteur social.

Valorisation des salaires

- **Simplifier les grilles de rémunération** et en finir avec un régime indemnitaire pléthorique
- **Réévaluation des salaires** de l'ensemble des professionnels de santé intervenant en EHPAD pour les aligner au niveau des salaires européens

Formation : « *Favoriser l'agilité organisationnelle* »

- Donner à chacun des **perspectives de carrière claires, lisibles**, et évolutives afin d'animer et de faire perdurer la vocation initiale.
- **Formation continue plus accessible** et obligatoire pour renforcer les acquis tout au long de la carrière, notamment sur les compétences socles et accompagner les spécificités des établissements médico-sociaux.
- Faciliter le **déploiement du e-learning** pour l'apprentissage des métiers et la formation aux outils numériques des professionnels
- Créer une **spécialité gériatrique** pour chaque métier du soin
- Rendre obligatoire la **formation HUMANITUDE** dans les IFSI et IFAS
- Faciliter la formation continue **par le financement et remplacement des agents**

- **Former les professionnels paramédicaux** aux gestes d'hygiène et aux nettoyages de leurs outils. (Ergothérapeutes et psychologues, Orthophonistes n'ont aucun module de compétences dans ce domaine)
- Développer et élargir l'offre de formation pour les **Infirmiers en pratiques avancées**.
- **Reconnaître les usagers experts** de leur pathologie en les intégrant dans la formation des professionnels (sanitaire, social ou médico-social).

Agir sur les effectifs et temps de travail : « Arrêter l'économie de soignants « au lit » du malade »

- Maintenir les **35h** en EHPAD
- Augmenter les effectifs afin de **respecter la vie privée** des personnels.
- Prioriser les **taux d'encadrement permanent** favorisant l'individualisation des prises en charges
- Établir un **ratio soignants / résidents de 1 pour 1 en EHPAD**, comme le modèle des structures dans le handicap.
- Investir dans le TEMPS que prend et nécessite **l'accompagnement HUMAIN**. Plutôt que d'investir sans cesse dans le numérique.

Augmenter le temps des médecins et Kiné en EHPAD

- Mettre en place un **médecin salarié** attaché à l'établissement avec une formation en gériatrie + un médecin coordonnateur et arrêter les interventions des médecins libéraux multiples sauf SOS médecins en cas d'urgences
- Un **médecin sur plusieurs EHPAD** (Remplacements) pour assurer une plus grande réactivité.
- Limiter le nombre de **kinésithérapeutes** par EHPAD

Evolution des métiers « Privilégier le temps relationnel et la qualité »

- Valoriser le **travail des cadres de santé** en EHPAD qui sont amenés à réaliser des tâches de sous-directeur et de DRH.
- Faire évoluer le **métier de l'infirmière** (en EHPAD) à travers la télémédecine en permettant une collaboration plus étroite avec les médecins lors des téléconsultations.
- Création d'un **secrétariat médical** (au sein du service soin) afin d'alléger la lourdeur administrative liée au poste d'IDE et de recentrer le personnel IDE et AS sur le soin et la présence auprès des résidents EHPAD.
- **Diminuer les postes administratifs**, réduire la quantité de procédures, donc de réunions chronophages au profit de réunions de régulations et d'analyse des pratiques.
- **Reconnaissance des métiers para- médicaux** notamment dans les MSP
- **Développer les infirmières ASALEE** qui ont été en première ligne pour aider les médecins généralistes à faire face à cette crise sanitaire de Covid-19

Articulation du soin et du social :

- Dans les foyers, continuer les **transmissions de compétences du service Soins** au service de l'équipe éducative (l'éducation à l'hygiène par ex.)
- Organiser réellement les **circuits entre les professionnels de santé** et les institutions qui prennent en charge les personnes handicapées.
- Développer des **postes soignants au sein** des MAS et FAM et moins de postes de personnel éducatif

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

Les points de convergence

- Augmenter les moyens financiers consacrés à la santé en rénovant l'ONDAM (avec intégration de la prévention)
- Assurer des financements qui tiennent davantage compte des réalités territoriales (démographie, géographie, état de santé)
- Modifier le financement des établissements de santé en corrigeant les aspects négatifs de la rémunération à l'activité et en prenant davantage en compte l'épisode de soin plutôt que l'acte
- Supprimer la dégressivité des actes
- Arrêter la fermeture des lits
- Augmenter le budget consacré à la prévention et à la promotion de la santé : un investissement en santé (mettre en place une nomenclature des actes incluant les indicateurs de prévention)
- Valoriser financièrement la qualité
- Investir davantage dans des outils numériques adaptés
- Avoir une politique de gestion réaliste et concrète des stocks de matériel nécessaire au fonctionnement des établissements (masques, sur blouses) pour éviter les manques et mieux anticiper
- Relocaliser en France la production de médicaments de base et de dispositifs médicaux
- Mieux financer les associations d'usagers et développer les projets participatifs
- Réexaminer le financement des structures du domicile
- Créer une 5ème branche de protection sociale couvrant les risques de la perte d'autonomie financée par la solidarité nationale
- Modifier les modalités de financement des EHPAD pour davantage les inciter à préserver l'autonomie et le pouvoir d'agir des résidents
- Supprimer les restes à charge et particulièrement pour les personnes en situation de précarité

LES ELUS

- **Le personnel**
 - Financer correctement le temps humain professionnel auprès des personnes
 - Sécuriser les séjours des personnes la nuit, pendant les week-ends et les jours fériés, avec du personnel formé et en nombre suffisant
 - Revaloriser les grilles de salaire
- **Le matériel et les activités**
 - Matériel mis à distribution par les hôpitaux périphériques pour le fonctionnement des d'urgences en cas de pandémie
 - Renforcer les investissements hospitaliers
 - Poursuivre le financement des maisons de santé

- Développer la tarification à l'activité notamment aux urgences
- Poursuivre le financement des aides pour l'installation

LES USAGERS

❖ ORGANISATION ET OFFRE

- Revenir à une réelle médecine de ville avec des cabinets médicaux ouverts sur une plus grande amplitude horaire
- Rappeler la vraie valeur du recours aux urgences
- Mettre en place un accès régulé aux urgences et diriger la « bobologie » vers des maisons médicales
- Développer la politique 1 chambre/1 patient.
- Refonder la tarification des soins en vue d'éviter les dépassements désastreux des honoraires.
- « Ne plus fermer de lits mais en ouvrir »
- Financer des postes d'IDEC dans les établissements autorisés à soigner le cancer (développer toute la prise en charge coordonnée en amont et en aval du traitement contre le cancer. Penser coordination ville / hôpital et hôpital/ville dans la logique de parcours de l'usager-patient.
- Créer des espaces de vie (salles de jeux, salles de sport, animations, lieu culturel) et développer les infrastructures en visio dans les établissements, ESMS
- Fluidifier le parcours de soins et soulager les aidants
- Financer la formation des professionnels ambulatoires (médecins généralistes, professions libérales, etc.) aux spécificités de la prise en charge cancer, pour permettre l'accès à des soins curatifs, de support et palliatifs adaptés
- Mettre en place une nomenclature de rémunération incluant des indicateurs de prévention pour les professionnels de santé et dans les établissements à l'image de l'Accord National entre l'Assurance Maladie et les Centres de Santé.
- Déplafonner le nombre de places allouées, notamment en Hospitalisation A Domicile (HAD), Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) afin de permettre la réalisation du virage domiciliaire.
- Créer des SSIAD d'urgence renforcé ou de sortie d'hospitalisation.
- Mettre en place une permanence à minima téléphonique nuit et Weekends pour les Centres Médico Psychologiques (CMP) et CMPP afin d'assurer un « zéro sans réponse » et d'éviter le recours aux urgences psychiatriques.
- Intégrer des équipes spécialisées en psychiatrie au sein des HAD afin de permettre aux malades de demeurer sereinement à domicile en bénéficiant d'équipes disponibles H24.
- Alléger les procédures d'affiliation à l'Assurance maladie et l'AME (Aide Médicale d'Etat)

- Mieux doter les Permanences d'accès aux soins des hôpitaux qui constituent des portes d'entrée vers l'hôpital et les soins primaires indispensables pour les publics les plus précaires, notamment migrants-es (interprétariat et médiation en santé notamment)
- Valoriser dans le cadre des conventions monoprofessionnelles l'exercice en exercice coordonné dans le cadre d'équipes de soins primaires
- Mettre en place une convention spécifique d'exercice pluriprofessionnel (comme l'accord national des centres de santé) à laquelle toute structure d'exercice de la médecine en pluriprofessionnalité à la possibilité d'adhérer
- Facturer à l'Assurance maladie les actes de soins réalisés en pluriprofessionnalité dans le cadre de l'activité de l'équipe traitante
- Proposer de nouveaux protocoles de coopération et les évaluer pour les généraliser
- Développer l'exercice en pratique avancée pour les IDE ou les Kinés

❖ FORMATION

- Intégrer la dimension pluri professionnelle dans la formation initiale et continue des PS
- L'équipe coordonnée est systématiquement proposée comme lieu de stage dans les études initiales, pour tous soignants
- Augmenter les stages en équipes coordonnées dans les cursus de pratiques avancées
- Faire obligatoirement une formation pluri professionnelle au moins une fois tous les 3 ans, pour tous les professionnels de soins primaires

❖ PREVENTION

- Une priorité nationale : la prévention et l'autonomisation du patient pour anticiper des situations à risques.
- Rendre obligatoire un diagnostic santé physique et mentale à 45 ans, 60 ans et 75 ans.
- La prévention en santé doit être développée tout au long de la vie et dès le plus jeune âge à l'école.
- Créer des chèques numériques pour les usagers

❖ QUALITE EVALUATION

- Prévoir dans les projets (AAP et tout type de projet en santé) la **périodicité des vérifications destinées à contrôler la qualité des effets escomptés**, rendre compte des constats pour juger du « stop ou encore » (indispensable représentation des usagers dans ces analyses).
- Dans les établissements, rendre obligatoire l'utilisation d'une partie des financements disponibles pour faciliter la gestion des stocks et développer les **contrôles de qualité et des stocks de produits indispensables en cas de crise**.
- **Doubler le nombre d'appels à projet « prévention – éducation à la santé »** en Nouvelle-Aquitaine.

- **Structurer un pilotage conjoint** des appels à projets entre l'ARS, la Région les Académies scolaires, les Protections Maternelles et Infantiles (PMI), l'Assurance Maladie, l'inspection du travail et les associations agréées en santé afin que la prévention influe sur les populations à tous les stades de la vie et dans tous les milieux (Scolaire et monde du travail notamment).
- Transférer une part majoritaire de la gestion du FIR au niveau des Délégations Départementales (DD) de l'ARS et responsabiliser les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) quant à leur répartition.
- Evaluer systématiquement et annuellement l'effet des financements et l'effectivité des actions menées par les CTS.
- Mettre fin aux financements non fongibles entre services ou établissements pour des actions conjointes.
- Mettre fin aux conventions tripartites (ou Contrats Pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et Etats Prévisionnels des Recettes et Dépenses (EPRD) entre ARS / CD des Etablissements Médico-Sociaux (EMS), les remplacer par un contrat incitatif à la qualité basé sur le ressenti et l'expérience des bénéficiaires et supprimer les restes à charge pour le public précaire.
- Moduler réellement le reste à charge sur la base des ressources du bénéficiaire y compris pour les bénéficiaires ne relevant pas de l'aide sociale.
- Simplifier les modes de financement entre sanitaire, Médico-social et social : un seul interlocuteur financier pour l'ensemble du système.
- Favoriser les financements globaux et partagés entre établissements et professionnels de ville au parcours ou à la séquence.
- Accélérer la mise en place du Service d'Accès aux Soins (SAS) et permettre la mise en place de permanences d'accueil de soins non programmés, par les professionnels de la Ville (Y-compris non médicaux) en s'appuyant sur les Communautés Professionnelles de Territoires de Santé (PTS).

LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

Financement :

- **Corriger** les effets délétères de la **tarification à l'activité** sur l'organisation des soins
- Suppression de la tarification à l'activité en faveur de « volumes globaux d'activité déterminés en corrélation avec les prévalences et incidences des pathologies dans le bassin de population »
- Transformer les financements en arrêtant les **appels à projets** annualisés.
- Une augmentation de **2% supplémentaires des tarifs hospitaliers** en 2021 pour permettre les investissements du quotidien et dans le numérique.
- Une **visibilité 2020-2025** des évolutions annuelles de **l'ONDAM hospitalier** en augmentation de 6% en 2021 puis 4% par an jusqu'en 2025
- Mise en place d'un **secteur 2 en Masso-Kinésithérapie** permettant de couvrir -par les mutuelles - les actes à fort coût de production
- Valoriser le **kinésithérapeute** dans le cadre du virage ambulatoire, par des **forfaits de rémunérations de gardes assurées**, et de la réalisation de bilans physiques kinés rémunérés,

avant toute intervention d'un professionnel en APA (prescription d'activité physique adaptée)

- Diminuer le coût du parcours de soins grâce à **l'application de l'accès direct en kinésithérapie**

Investissement :

- Etre plus **prévoyant** et s'assurer que les structures aient le **matériel nécessaire** ou puisse en bénéficier rapidement
- **Donner à l'hôpital les moyens de fonctionner**, d'investir dans du petit matériel et du gros matériel (robot de désinfection, appareil pour ventilation, ...)
- Rendre **accessibles les lieux de soin** et les équipements pour les personnes en situation de handicap (radiologie, tables d'examen)
- Investir davantage dans la **prévention**
- Considérer **l'éducation thérapeutique** comme un **investissement** participant efficacement au suivi des maladies chroniques

LES PARTENAIRES SOCIAUX

En structure :

- Suppression de la T2A
- Doter les institutions en matériel en quantité suffisante et en bon état (fauteuils adaptés, lève-malades et accessoires en nombre, etc.)

Focus sur le syndicat de MKR :

- Diminution du coût du parcours de soins par l'accès direct en kinésithérapie (URPS MK)
- Rénovation de l'ONDAM (fongibilité des enveloppes, objectifs corrélés aux besoins)
- Implication du kinésithérapeute dans le champ de la promotion et prévention de la santé (création de bilans de consultations, accessibles sans prescription médicale préalable notamment pour la prévention des TMS ; accélération des objectifs et mesures prévues dans le projet « Ma santé22 »)
- Valorisation du kinésithérapeute dans le cadre du virage ambulatoire (mise en place d'un forfait de rémunération correspondant au nombre de gardes assumées, indépendamment de la facturation des actes réalisés pour les patients pris en charge en cabinet de ville ; partage de compétences entre professionnels de santé et professionnels exerçant dans le champ de la santé dans certains cas notamment par la réalisation d'un bilan d'activité physiques adaptées avant toute intervention d'un professionnel en APA (prescription d'activité physique adaptée)
- Optimisation et investissement dans la formation continue
- Mise en place d'un secteur 2 en masso-kinésithérapie afin de maintenir l'activité dans les territoires où le coût de l'immobilier est un frein à l'installation (URPS MK)

Les libéraux

- Anticiper grâce à un service public de santé territorial concentré sur les soins : des rémunérations forfaitaires faciliteront son exercice

LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

- **L'ONDAM**
- Engager un plan de programmation et faire évoluer les dotations de l'ONDAM
- Pérenniser les financements de la prévention des addictions en les intégrant à l'ONDAM

- **Organisation de l'offre de soin**
- Construire une cartographie des besoins prioritaires en santé pour organiser l'offre et orienter les financements
- Relocaliser les industries du médicament et du matériel médical en France

- **La T2A**
- Revoir la démarche de convergence tarifaire en revenant sur la T2A au profit d'un mécanisme privilégiant la qualité du soin
- Rémunérer l'épisode de soin et pas seulement l'acte

LES ORGANISMES DE PREVENTION

- Augmenter le **budget** en matière de prévention
- Accentuer et financer **les actions de prévention** et de Promotion de la Santé de façon pérenne comme un investissement pour réduire les frais liés aux soins
- Donner les moyens et soutenir financièrement **toutes les associations d'usagers** pour contribuer au déploiement des actions de santé sur les territoires
- Impulser et soutenir financièrement des initiatives visant à permettre aux populations de **s'exprimer sur la santé et recueillir leurs besoins**, leurs attentes et leurs propositions pour initier ou réajuster des actions locales

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR SANITAIRE

- Renforcer l'investissement dans le numérique, le digital et la télémédecine en levant les freins liés à la tarification des actes et en assurant une communication entre les systèmes pour alimenter le dossier médical partagé/ déclaration public d'intérêt : fluidifier les parcours, renforcer l'accessibilité des patients et alléger de ce fait le recours aux urgences hospitalières non pertinentes. **(FHP)**
- Evolution de l'ONDAM de 6 points en 2021 et 4 points à compter de 2022 avec : une sanctuarisation d'une enveloppe pour les investissements et une sanctuarisation d'une enveloppe Prévention. **(FHP)**
- Un ONDAM pluriannuel. **(FHP)**
-
- **Créer des fonds d'aides d'urgences régionaux** destinés à soutenir les professionnels de santé de ville dans l'adaptation de leurs activités, en particulier pour l'acquisition des **EPI** ou tout autre matériel nécessaire pour faire face à une crise. (URPS CD)
- **Faire évoluer les modes de financement avec l'évolution des techniques, des thérapeutiques et des organisations**
- Mettre en adéquation le système de financement du système de santé et la socio démographie du territoire et donc des conditions de ressources des patients

- Favoriser l'aide au développement de projets médicaux et à l'investissement **en fonction de la situation géographique et de l'offre de soins présente**
- Introduire un modèle de **financement basé sur la pertinence des soins**
- Avoir une tarification unique que ce soit dans le privé, le public ou le privé à but non lucratif
- Financer les activités hospitalières publiques en dotation globale
- Introduire une variable d'ajustement pour tenir compte de la lourdeur des patients
- Suppression de la dégressivité des actes : paiement de la globalité des actes
- Développer des filières de soins spécifiques avec financement adapté
- Donner la possibilité aux ARS de procéder aux arbitrages et au soutien des projets (FHF)
- « *Remettre au 1^{er} plan les initiatives locales et non pas les investissements arbitrés par le niveau régional* »
- Mieux accompagner les établissements dans leurs projets innovants de construction et d'équipements de développement durable
- Ne plus conditionner les aides à l'investissement à des fermetures de lits ou des suppressions de postes
- Supprimer la taxe sur les salaires
- Financement fléché et sans fongibilité des formations sur l'hygiène pour les professionnels de santé
- Ré-ouvrir les lits fermés
- Abandonner les critères COPERMO
- Financer des forfaits de prise en charge pour le temps passé dans les réunions de concertation des professionnels de santé libéraux et salariés
- Le secteur privé solidaire doit avoir les mêmes moyens que le public pour permettre la reconnaissance des métiers.
- Donner de la souplesse aux employeurs en ce qui concerne le recours aux CDD et la succession de CDD sans le subordonner à la négociation d'un accord collectif (FEHAP)
- Libérer les employeurs des verrous qui empêchent d'être opérationnel et de répondre aux besoins concrets de terrain, ce qui peut s'avérer négatif vis-à-vis des soins et de l'accompagnement. (FEHAP)
- Ne plus limiter à 5 000€ /an l'exonération d'impôt sur le revenu des heures supplémentaires et rétablir l'exonération de charges patronales sur les heures supplémentaires. (FEHAP)
- Donner corps à l'instauration d'un service minimum en cas de grève dans le secteur médico-social, envisagé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et non suivi d'effet à ce jour. (FEHAP)

Focus T2A et ONDAM : convergence sur la nécessité de réformer le système de tarification

- Supprimer la T2A
- Revaloriser la tarification à l'activité des HAD afin de compenser la valorisation des rémunérations des soignants
- Abolir l'ONDAM : T2A opérante à condition de laisser fluctuer les tarifs selon l'inflation et les réalités de consommations de ressources sur le terrain
- Rénovation de l'ONDAM (fongibilité entre les enveloppes)
- Remplacer la régulation comptable nationale de l'ONDAM par un pilotage régional avec un budget dédié à l'amélioration de la santé des citoyens : perfectionner la régulation prix-volume en prenant mieux en compte la réponse à apporter aux besoins de santé de la population et en corrigeant les inégalités de consommation de soins repérables territorialement (FHF)

- Revoir le système de facturation T2A HAD (valoriser la complexité des soins, la coordination, la continuité des soins 24h/24 et 7j/7, la durée des interventions)

Focus secteur sanitaire :

- Valoriser les consultations externes à l'hôpital
- Permettre que la gestion financière dans les hôpitaux soit faite par les services ou pôles
- Rendre obligatoire la fusion des trésoreries au niveau d'un GHT afin de mutualiser les flux financiers
- Rendre obligatoire un taux d'investissement à 7% minimum dans les EPRD
- Redonner aux chefs de pôle et cadres de pôle une véritable autonomie de gestion avec les enveloppes budgétaires ad hoc
- Sanctuariser la valorisation financière des lits de SSR dans les hôpitaux
- Valoriser la qualité via la rémunération des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) permettant de proposer aux soignants des temps dédiés à la formation, l'évaluation des pratiques limitant l'impact financier pesant sur les structures

Focus prévention :

- Investir sur la prévention
- Mettre en place une véritable politique de prévention : nouveaux métiers et nouvelles fonctions des PS, éduquer la population sur les gestes de prévention, les EPI,
- Investir davantage dans la prévention : accompagnement de la parentalité avant et après la naissance de façon plus systématique et plus prolongée afin de mieux prévenir les carences éducatives sources de souffrance et de difficultés qui impactent la société entière
- Renforcer la place de la prévention en kinésithérapie (bilans de consultation...)

Focus numérique :

- Investir dans des outils numériques adaptés comme par exemple des tablettes spécifiques avec signature électronique
- Mieux prendre en compte dans les modalités de financements les investissements et charges liés au digital (visio, télétravail, Télémédecine, DMP,)
- Accompagner et consolider le financement régional des services numériques (PRI, télémédecine, sécurisation des SI) (**FHF**)
- Investir massivement le champ du numérique pour accompagner les mutations de notre système de santé en donnant la priorité à la couverture en réseau de l'ensemble du territoire et en établissant des objectifs d'interopérabilité des SI en santé

Focus matériel et médicaments :

- Avoir une politique à long terme indépendante du gouvernement en place (prévoir des stocks, relocaliser la production des EPI et des médicaments)
- Investir dans du matériel pour accueillir les personnes souffrant d'obésité
- **Relocaliser la production de médicaments de base en France et dispositifs médicaux**
- Arrêter la concurrence pharmacies/GMS (commerce pur)
- Gestion prévisionnelle des stocks de matériel de protection

Autres propositions par secteur d'activité :

- Financer la permanence des soins les dimanches et jours fériés et les rendez-vous non programmés en semaine
- Nouvelle politique au service des soins ambulatoires en prévoyant des financements adaptés au suivi des malades à domicile
- Diminuer le coût du parcours de soins par l'accès direct en kinésithérapie
- Valoriser le kinésithérapeute dans le cadre du virage ambulatoire (forfaits pour les gardes)
- Mise en place d'un secteur 2 en Masso-Kinésithérapie
- Evaluer les expérimentations IDE de nuit en EHPAD afin que les structures d'HAD soient clairement privilégiées et reconnues pour ce type de partenariat
- Revoir le financement des services SSIAD
- Pérennisation et solvabilisation des nouveaux actes professionnels pour les pharmaciens
- Financement des syndicats représentatifs par la contribution aux unions régionales des professionnels de santé (CURPS)
- Révision de la tarification des actes infirmiers, le taux plein pour tous les actes car le matériel nécessaire n'est pas gratuit
- Traiter de manière égalitaire les frais de déplacement pour tous les professionnels libéraux de santé
- Demande d'une nouvelle politique au service des soins ambulatoires en prévoyant des financements adaptés aux besoins locaux et au suivi des malades à domicile (URPS Pharmaciens)
- Pérennisation des actes professionnels nouveaux (renouvellement contrôlés de traitements chroniques, des actes de suivi de l'observance thérapeutique,.....) et leur solvabilisation. (URPS Pharmaciens)

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

« Ne Pas privilégier la rentabilité au détriment de la qualité des soins »

Revoir les modalités de financement des EHPAD :

- **Arrêt du financement des EHPAD basé sur des coupes Pathos et GIR** qui ne valorisent pas le travail des professionnels en termes de prévention (escarres, nutrition...). PATHOS ne peut pas représenter la réalité des pathologies et ne prend pas en compte ni l'accompagnement humain de la personne ni la prévention.
- Valoriser les EHPAD moteurs et innovants en impulsant des financements en fonction des spécialisations (ex : accueil de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée - source EHPAD) ou des **financements ponctuels sur des projets**

Revoir la tarification des SSIAD et FAM et autres structures :

- Apporter une **meilleure tarification des services de soins** (SSIAD) selon le territoire (kms, coût des soins infirmiers) et valoriser la GPEC (départ en retraite, licenciement...)
- Garder de façon pérenne **le paiement des factures des infirmiers** par la CPAM sans passer par le SSIAD, cela permettrait de rétablir des équilibres financiers en la matière
- Renforcer les **moyens infirmiers dans les foyers** de vie accueillant des personnes handicapées

- **Renforcer les investissements collaboratifs au sein des territoires** : mutualisation des achats pour réaliser des économies d'échelles mais également dans une recherche de et d'efficience
- Financement de **plus de soins sur les établissements sociaux LHSS, LAM** (Le 115 devient trop souvent la variable des durées moyennes de séjours hospitaliers)

Financer quoi ?

- Subventionner le **déploiement de réseaux performants** au sein des établissements médicaux-sociaux car sans cela, la téléconsultation, telexpertise etc... sont vouées à l'échec.
- **Réduire les zones blanches** (développement de l'accès à internet)
- **Investir dans le numérique** pour la mise en place de plateformes, de moyens opérationnels et fiables.
- **Réduire le reste à charge** encore trop important qui éloigne du soin.
- Encadrer et limiter des **dépassements d'honoraires** et rendre le tiers payant obligatoire.
- Alléger les **Affiliations à l'assurance maladie et à l'AME**, tarification alternative (type parcours de santé et non tarification à l'acte), par exemple pour les centres de santé sexuelle.
- S'assurer que les financements des **activités de la recherche clinique** soient transparents, suffisants et suivis par une instance indépendante
- Augmenter les **fonds alloués à la prévention**, à la promotion en santé sexuelle.

Organisation administrative

- Assurer une réelle coordination autour du parcours de soin : **fongibilité des budgets et déssectorisation (aide et soins)**
- **Supprimer la double compétence ARS / CD (EHPAD)** : avoir un seul partenaire tutélaire : ARS ou CD.
- Accélérer la décentralisation, et **mettre à plat le mille-feuilles administratif** qui disperse les moyens tout en compliquant les décisions et en décourageant les initiatives.
- Poursuivre les **réunions entre les directeurs d'établissement et la DD de l'ARS** en visio conférence
- Simplifier les échanges avec l'ARS et **arrêter les outils technocratiques et les enquêtes** qui ne servent à rien
- Aujourd'hui nous sommes dans « **une overdose insupportable de technocratie et de bureaucratie** ». Les professionnels passent plus de temps dans un bureau ou dans des réunions d'évaluation qu'auprès des personnes accueillies. On est dans le tout directif (normes, recommandations, décrets, circulaire, mémos etc...)
- Prendre exemple sur d'autres pays en **laissant l'initiative aux acteurs de terrain**, qui connaissent le sujet, et font remonter leurs observations aux instances dirigeantes pour validation : **inverser le flux du parcours décisionnel.**

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

Les points de convergence

- Pérenniser la coopération entre ES publics et privés mises en place pendant la crise sanitaire et conforter la collaboration au sein des GHT
- Coordonner les accompagnements ville-hôpital au retour à domicile et simplifier la collaboration HAD/ SSIAD et HAD / EHPAD, ESMS. Développer le lien ville-hôpital notamment via les plateformes collaboratives
- Etendre la permanence des soins de ville aux autres professions et structures (notamment Infirmiers et Aides-Soignants de nuit) sur un même territoire.
- Simplifier les procédures administratives (exemple, dans le cadre des programmes ETP et d'éducation pour la santé ou dans le cadre de l'accès aux droits de la MDPH lors du COVID19)
- Simplifier l'organisation territoriale (réduire le nombre de territoires et le nombre d'instances)
- Simplifier l'organisation des financements, notamment dans les EHPAD avec un seul financeur, conseil départemental ou ARS
- Simplifier l'organisation interne des établissements de santé
- Alléger la procédure de renouvellement d'autorisations d'activité pour les établissements de santé, poursuivre la simplification des certifications, la simplification des dispositifs de contractualisation entre les agences, l'assurance maladie et les ES/ESMS (CAQES, CPOM, ENC...).
- Encourager et libérer les initiatives des professionnels
- Pérenniser l'autonomie laissée aux acteurs de terrain (médecins, soignants) pratiquée pendant la crise
- Consolider les dispositifs de coopération entre acteurs spécialisés et non spécialisés : équipes mobiles sanitaires et sociales, hébergement thérapeutique intersectoriel, plateformes d'appuis, pair-aidance
- Développer la télémédecine
- Mise en œuvre rapide et qualitative d'un système d'information commun entre les acteurs
- Accélérer l'utilisation du DMP et sa fusion avec le dossier pharmaceutique
- Développer le rôle incontournable des pharmacies (concernant la communication d'informations claires et fiable mais au-delà comme un réel 1er recours) et permettre la réalisation de nouveaux actes professionnels par les pharmaciens
- Arrêter les enquêtes et collectes de données et d'indicateurs
- Arrêter la technocratie

LES ELUS

- Permettre à des professionnels salariés d'accéder aux personnes isolées et à domicile
- Privilégier le recentrage des compétences et des finances sur l'essentiel : le prendre soin et la prévention au contact des personnes

LES USAGERS

- Assouplir le mode de gouvernance du système de santé.
- Donner davantage d'autonomie aux ARS pour la gestion de la crise / ARS force d'innovation
- Se doter d'outils partagés entre la ville et l'hôpital, entre soignants et administratifs pour une meilleure gestion.
- Réduire les lourdeurs administratives au sein d'un même établissement (nombre de dossiers créés pour le même patient) afin de fluidifier le parcours de ce patient à l'hôpital notamment et capitaliser les rendez-vous sur son temps de présence au sein de l'établissement
- Idée d'un « comptoir unique » pour l'accès aux soins
- Permettre au patient de mieux comprendre son parcours
- Développer le rôle incontournable des pharmacies (concernant la communication d'informations claires et fiables mais au-delà comme un réel 1er recours).
- Simplifier le lien ville/hôpital (meilleure transmissions des informations médicales)
- Accélérer l'utilisation du DMP et sa fusion avec le dossier pharmaceutique
- Harmoniser les différentes actions dans les territoires (notamment pour les PTSM)
- Rechercher constamment la simplification de l'information et des procédures.
- Intégrer dans la formation médicale une approche humaniste
- Rendre obligatoire la représentativité proportionnelle des usagers dans les nouvelles organisations par rapport à leur territoire de référence (CPTS, DAC...), et permettre aux représentants des usagers d'intégrer systématiquement ces dispositifs et de participer au travail de coordination.
- Permettre aux associations agréées en santé qui le souhaitent d'accueillir des professionnels en formation.
- Exiger l'accélération du développement du numérique et de la fibre (vers 0 zone blanche)
- Faciliter les passerelles entre métiers et diplômes en prenant en compte davantage l'expérience professionnelle (VAE et Compte Personnel de formation).
- Améliorer la permanence des soins de ville, l'étendre aux autres professions et structures (notamment Infirmiers et aides-soignants de nuit) sur un même territoire.

LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

Promouvoir une collaboration durable entre les établissements de santé publics et privés et faciliter l'organisation intra établissement

- Améliorer la collaboration entre les établissements de santé publics et privés et poursuivre la **simplification de l'organisation et de la gouvernance** mise en place pendant la crise COVID 19 au sein des hôpitaux

- Conforter la collaboration entre les **GHT** du territoire en favorisant la **complémentarité** (mutualisation de certains services, de plateaux techniques...)
- **Limiter** et rationaliser le **reporting** en réinterrogeant les indicateurs de performances afin de supprimer les non-essentiels
- **Simplifier** les procédures administratives : **remplissage de dossier**, suivi, évaluation (par exemple, dans le **cadre des programmes ETP** et d'éducation pour la santé)
- Donner **plus d'autonomie aux équipes** et ensemble des partenaires locaux qui sont réactifs et qui peuvent être freinés par des organisations (distanciées régions ou nationales) encore trop lourdes.
- **Humaniser les mesures** en tenant compte des populations concernées (nombreux traumatismes parmi les personnes âgées à domicile ou en EHPAD),
- **Anticiper** les risques (**préparation** de la lutte contre l'épidémie),

Promouvoir une collaboration durable entre les différents services et collectivités

- **Désignation d'un responsable COVID 19** par structure (en lien avec la direction de la structure)
- Faire perdurer et **amplifier la simplification mise en place par la MDPH** lors du COVID19 pour l'accès aux droits (ouverture de droit, renouvellement, téléconsultation, ...)
- Elaborer un **plan d'actions multipartenarial** afin de lutter contre la désertification médicale (CD, ARS, Médecins libéraux...)
- **Coordination** des accompagnements ville-hôpital au **retour à domicile**
- Permettre aux **SISA** (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires) et **MSP-U** (maisons de santé pluri professionnelles universitaires) d'être reconnues en tant que service de médecine générale pluri professionnel afin de simplifier **l'accueil des stagiaires**
- Permettre la **création de coopératives territoriales pharmaceutiques** délimitées par un projet de santé territorial validé par l'ARS avec une seule entité juridique portant plusieurs sites de dispensation afin de faciliter la coopération

LES PARTENAIRES SOCIAUX

Focus sur les MKR :

- Accès direct, sans prescription médicale, au masseur kinésithérapeute dans le cadre du parcours de soins
- Actualisation du droit de prescription des masseurs kinésithérapeutes (prescription d'activité physique adaptée, d'examens complémentaires et de molécule médicamenteuse actuellement en vente libre)
- Mise en place du télésoin (prolongation au-delà de la situation sanitaire)
- Financement des syndicats représentatifs comme pour celui des URPS
- Suppression de la différenciation entre les professions médicales et les auxiliaires médicaux
- Mise en œuvre des recommandations du livre blanc « pour une kinésithérapie performante et moderne dans tous les établissements ».

Focus sur les assistantes maternelles au regard de la problématique de la garde des enfants notamment des personnels des établissements de santé et plus largement du besoin de reconnaissance de cette profession :

- L'inquiétude sur la protection de leur santé et de leur famille et des enfants gardés
- La problématique de la dotation en masques
- La nécessaire simplification du processus de déclaration des arrêts maladie pour éviter la transmission de tous les justificatifs de salaires des 12 derniers mois ; et ce par une meilleure articulation des données CESU avec les données de la CPAM
- Le manque de diffusion des protocoles sanitaires même si des bonnes pratiques et système D ont été repérés (sur le département 47 : page facebook la transmission des informations, solidarités des parents pour fournir des masques ou intégrer leur coût aux frais d'entretien, ...). Il est souligné le manque d'aide des RAME, PMI, conseils départementaux, pour guider les ASSMAT

Les professionnels libéraux :

- Faciliter le recours à la télémédecine en centre municipal de santé : le Code général des collectivités territoriales ne prévoit pas le paiement en ligne des actes de médecine et un centre de santé municipal ne peut donc recourir à une convention de mandat.

LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

- Alléger les différentes procédures administratives
- Développer les actions hors les murs et de proximité (que les équipes spécialisées aillent dans les « milieux de vie » et co-construisent avec les professionnels du milieu un cadre d'intervention
- Organiser à partir des acteurs ressources présents sur chaque territoire, les outils d'accompagnement et d'orientation en fonction des parcours de vie des personnes
- Consolider les dispositifs de coopération entre acteurs spécialisés et non spécialisés : équipes mobiles sanitaires et sociales, hébergement thérapeutique intersectoriel, plateformes d'appuis, pair-aidance
- Adopter un plan ambitieux d'investissement en équipement et outils numériques des ESMS accueillant des publics à difficultés spécifiques.

LES ORGANISMES DE PREVENTION

- Simplifier les procédures administratives : remplissage de dossier, suivi, évaluation (par exemple, dans le cadre des programmes ETP et d'éducation pour la santé)

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR SANITAIRE

Moyens humains

- Délivrer le personnel de soins des tâches administratives et logistiques en constituant des équipes transversales en charge de ces activités
- Cesser les sollicitations incessantes de données et de recueil supplémentaires
- Créer des équipes territoriales de santé publique pour aller vers la population (prévention) et renforcer les personnes des établissements en cas de pic épidémique

- Encadrer le temps consacré aux tâches administratives
- Centraliser la gestion administrative, la paie et la couverture maladie des personnels hospitaliers publics au niveau national
- Augmenter les effectifs de personnels
- Remplacer le personnel soignant absent
- Créer un métier chargé de l'organisation des services de soins et des plateaux techniques centré sur la simplification et l'efficacité des processus internes et des relations entre secteurs
- Limiter le nombre d'interlocuteurs au sein de la hiérarchie hospitalière
- Simplifier la prise en charge pluridisciplinaire dans les services par des staffs réguliers, notamment avec les professions transversales (kiné, diététicien, psychologue.....)

Organisation

- Simplifier l'organisation du service territorial avec le pacte territoire santé. **(FHP)**
- Créer un système territorial de santé regroupant : les établissements de santé quel que soit leur statut, les établissements et services médico-sociaux quel que soit leur statut, les acteurs des soins non programmés de premier et second recours. **(FHP)**
- Fusion des niveaux de santé : il s'agirait de ne retenir que 4 niveaux de santé dans lequel l'offre de soins se déclinera au gré des compétences de chacun : Nation, Région, Département, Territoire. Chaque niveau pouvant retenir une subdivision selon leur taille ou spécificités. **(FHP)**
- Mailler davantage les territoires au niveau des flux de produits et d'informations
- La pharmacie d'officine a garanti la permanence d'accès aux soins et a joué le rôle pivot d'intermédiaire essentiel entre les patients et les professionnels de santé. **« L'interprofessionnalité des infra-territoires vécue lors de cette crise doit être conservée et développée »**, simplifiant ainsi le vécu des équipes soignantes libérales (URPS Pharmaciens)
- Définir un montage juridique et financier afin que les associations agréées de sécurité civile puissent, sous l'égide du CRRRA 15, participer lors des crises sanitaires aux transports des malades en appui des transports sanitaires privés
- Lutter contre les déserts médicaux pour aller vers une harmonisation de l'offre sur le territoire (via un conventionnement sélectif) avec une adaptation et une évaluation très fréquente
- Créer une commission des soins composée d'élus
- Mettre en place une instance collégiale associant personnel médical et non médical
- Conserver au niveau des GHT les fonctions GPEC, QVT, dialogue social, formation
- Donner une personnalité morale aux GHT
- Harmoniser les systèmes informatiques des différents hôpitaux avec la création de dossier partagé par région
- Création dans les zones sous dotées en médecine générale de maisons médicales dont les soignants sont salariés et rattachés à un CH
- Accès direct dans le cadre du parcours de soins
- Promotion et mise en place de plateforme de coordination simplifiée en équipant tous les professionnels de l'outil PAACO-Globule
- Promotion de la plateforme Inzee.Care pour les PS libéraux
- Rendre le lien ville-hôpital réellement effectif
- Simplifier la collaboration HAD/ SSIAD et HAD / EHPAD – ESMS

- Renforcer la collaboration avec les aidants familiaux (prévenir l'épuisement) et les aidants professionnels (monter en compétences, plan d'aide non accordé si HAD...)
- Evaluer la pertinence des unités Covid psy et celle des missions d'interventions ponctuelles
- Reconnaître et soutenir toutes les formes d'organisation de coopération de proximité
- Faire confiance à l'intelligence collective et à la responsabilité des acteurs
- Supprimer ou fusionner certaines instances multipliées avec GHT et directions communes **(FHF)**
- Conserver le travail intra-hospitalier et extrahospitalier pour la psychiatrie
- Simplifier et rendre davantage cohérente la gouvernance du secteur médico-social : confier la régulation à l'ARS et lui laisser la gestion des relations avec les CD (FHF)
- Préférer la communication des doctrines nationales avec un accompagnement et un soutien des ARS
- Renforcer l'échelon départemental des ARS en situation de crise pour plus de réactivité. (URPS CD)
- Agir plus fermement sur la démographie des professions de santé pour aller vers une harmonisation de l'offre de soins. Lutter contre les déserts médicaux devrait être une urgence : conventionnement sélectif. (URPS CD)
- Souhait de pérenniser certaines autorisations de réanimation et de réduire les délais d'instructions des demandes d'autorisation (FHP)
- Souhait de maintenir les coopérations public – privé en favorisant le dialogue et l'élaboration d'approches communes sur l'organisation des soins et non des réflexions en « silo » intra-GHT.
-

Outils et pratiques

- Développer les téléconsultations dans les centres médicaux de proximité
- Développer les plateformes collaboratives ville/hôpital dans une organisation structurée
- Fournir des masques avec des tailles adaptées aux PS
- Simplifier les outils de management par la qualité, pilotés par l'OMEDIT : ex CAQES **(FHF)**
- Limiter et sécuriser les remontées d'information entre l'ATIH, l'HAS, l'ARS... **(FHF)**
- Développer un SI commun à tous les PS pour envoi sécurisé des ordonnances
- Développer une plateforme unique de télémédecine interopérable
- Mise en place du télé soin pour les masseurs kinésithérapeutes
- Simplifier le processus de facturation : dématérialiser les factures des pharmacies d'officine, supprimer la transmission des justificatifs papiers, améliorer la collaboration avec l'assurance maladie pour limiter les indus
- Harmoniser les indicateurs de suivi d'une autorité à une autre
- Mise en œuvre rapide et qualitative d'un numérique en santé de coordination
- Etre attentif à la cohérence entre recommandation et faisabilité dans la mise en œuvre
- Mettre l'accent sur le concept bénéfice/risque dans les priorisations et dans les décisions
- Mieux valoriser les programmes préventifs d'éducation thérapeutique du patient (FEHAP)
- Accentuer la valorisation des missions de prévention et de coordination (FEHAP)
- Mise en évidence des besoins d'harmonisation et de sécurisation des standards de tous les logiciels métiers (outil de coordination, Interconnexion, partage DMP, DP, ...) pour mieux sécuriser le suivi patient (URPS Pharmaciens)

Procédures et réglementation

- Arrêter les procédures de certification au profit d'une inspection tous les 5 ans débouchant sur recommandations ou sanctions en cas de négligences avérées
- Simplifier la réglementation des marchés publics
- Alléger la procédure de renouvellement d'autorisations d'activité
- Poursuivre la simplification des certifications
- Poursuivre la simplification des dispositifs de contractualisation entre les agences, l'assurance maladie et les ES/ESMS (CAQES, CPOM, ENC...)
- Alléger les procédures de réponse aux appels à projet et expérimentations
- Préparer des plans locaux en prévision d'éventuelles futures épidémies

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

L'anticipation et la réactivité des équipes : des facteurs de réussite

- Faire **preuve d'anticipation** en décidant l'arrêt des visites et des intervenants externes dès le 28/02/2020.
- **L'organisation de repas préparés sur place** par l'EHPAD pour le personnel
- Ville de Bayonne : **mise à disposition de bénévoles** dans le cadre de la sécurisation des visites de familles en EHPAD.
- **Confinement complet de salariés volontaires avec les résidents d'un EHPAD.**
- Un **réel dialogue/ échange** entre collaborateurs et direction a eu lieu pendant les moments les plus critiques et une souplesse dans les aménagements du temps de travail (FAM)
- Adaptation de l'ensemble du personnel aux **changements d'horaires** et aux modes de travail
- Il y a eu un **développement des activités/ animation** au sein des structures afin de sortir de la routine et de l'isolement (FAM)
- **Sectoriser les prises en charge** afin d'améliorer la qualité de prise en charge du résident EHPAD
- Donner à chacun des acteurs du système un rôle dans les **politiques actives de prévention** : la **formation initiale** doit faire des professionnels, y compris de niveau 5, des acteurs clé de la prévention dans leurs missions à domicile (perte d'autonomie, risques relatifs à la santé mentale, éducation à la santé, prévention de l'épuisement des aidants...) (FEHAP)

Le soutien des équipes en interne :

- **Soutien psychologique** auprès des résidents pour pallier à l'absence des familles en EHPAD
Création groupe de pratiques, soutien aux équipes pour la lutte contre propagation viral et évaluer les pratiques professionnelles et intervention renforcée de la psychologue de l'établissement pour accompagner les résidents d'EHPAD et les agents.

Initiative en Coopérations avec

- Partenariat/ collaboration **avec réunions et comptes-rendus téléphoniques** avec l'ensemble des partenaires Hospitaliers qui a permis un partage des pratiques professionnelles, des protocoles établis et validés (source EHPAD)
- **Unité COVID dans les centres hospitaliers** permettant une hospitalisation directe des résidents sans passer par les urgences
- Maintien des accompagnements des personnes (handicap/déficiência mentale jeunes) **hors de l'établissement.**

Travail en pluridisciplinaire/réseaux

- Structurer **une 1ère ligne du système de santé accessible à tous**, intégrant les acteurs du **domicile** portant les missions d'accès aux soins, de prévention – dont le repérage des fragilités – de promotion et de coordination des parcours avec un financement, pour partie populationnel valorisant ces missions. Cette 1ère ligne en santé doit constituer la première ligne forte de l'accompagnement des personnes en situation de fragilité. (FEHAP)
- **Ouvrir l'EHPAD** aux professionnels paramédicaux et sociaux pour diversifier les regards et les accompagnements
- **Favoriser l'utilisation d'outils** qui permettent de recenser l'ensemble des données nécessaires au médicaux et paramédicaux pour favoriser la prise en charge global des patients.
- Partage des protocoles hospitaliers via **Unité Mobile D'Hygiène Hospitalière** (EHPAD en 64)
- Pouvoir **mobiliser des ressources extérieures** (soutien technique par des équipes spécialisées, télémédecine, soutien psychologique par des temps de régulation), et **l'avis des professionnels de terrain**
- Pouvoir faire appel à **des IDE libérale lorsque les EHPAD** sont en difficultés et les rémunérer via la dotation soin
- **Développer la télémédecine** dans l'EHPAD permettant un accès pour tous les résidents qui le nécessitent, ne pouvant pas se déplacer, sur un territoire. Par ex : Développer la télémédecine pour les renouvellements d'ordonnance.
- Accélérer la mise en place des **protocoles de coopération**
- Redéfinir le **périmètre du secret médical** partagé
- Intégrer et développer **l'approche communautaire** dans les parcours de soins en complément des consultations médicales (ex : consultations VIH réalisées par des acteurs non soignants).
- Continuer les **séances d'Analyse des Pratiques** pour renforcer la coopération et la mutualisation des expériences et des compétences entre les professionnels, en redonnant du sens à l'action de chacun.

Les effectifs :

- Remettre **des médecins et des soignants à la tête des institutions** (hôpitaux ou ESMS) au lieu de gestionnaires
- Avoir plus de **temps infirmiers jour et nuit** dans les EHPAD et pour développer la Télémédecine.
- Mettre un frein au laxisme de la médecine de ville et du travail qui produit **trop d'arrêts de travail**. (source EHPAD)
- **Relever les limites hebdomadaires et par quatorzaine du nombre d'heures travaillées** (ex : 48H) qui ne correspondent pas à la réalité des organisations dans les EHPAD

Valoriser le personnel

- Reconnaître **les valeurs nécessaires** aux personnels d'EHPAD qui doivent chaque jour allier soins physiques et soutien psychologique ;
- Encourager et libérer les **initiatives** des professionnels
- Accélérer le **management participatif** et associer les personnels d'encadrement aux prises de décision de fonctionnement. (NEXEM)

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

Les points de convergence

- Fédérer les acteurs autour de projets territoriaux de santé en leur donnant les capacités d'élaborer ces projets et de les conduire, y compris financièrement
- Accélérer le développement des communautés professionnelles de territoire (CPTS) lieu d'organisation de la coordination par les acteurs du territoire
- Poursuivre et amplifier les transversalités établies à l'occasion du covid entre secteur public et secteur privé, entre sanitaire, médico-social et social
- Inclure des usagers à tous les niveaux du système de santé : dans les CPTS, dans les GHT, dans la gouvernance des établissements de santé
- Pérenniser les dispositifs d'appui sanitaire aux EHPAD et aux ESMS
- Elargir l'amplitude horaire des services de santé en ville (professionnels de santé libéraux, SSIAD, SAAD, ...)
- Renforcer la dimension territoriale de l'ARS dans les départements
- Reconnaître et soutenir toutes les formes d'organisation de coopération de proximité, en particulier les outils facilitant ces coopérations
- Pérenniser le développement des équipes mobiles et de « l'aller-vers » mis en place pendant la crise : visites des professionnels au domicile des résidents confinés, isolés à domicile, créer des équipes territoriales de santé publique pour aller vers la population (prévention)
- Développer les plateformes d'écoute, de soutien et de lien
- Poursuivre le développement des outils numériques en mobilité utilisés par les acteurs de terrain (PAACO)

LES ELUS

- Accélérer la mise en place des communautés de professionnelles territoriales de santé
- Renforcer la présence effective de l'Agence régionale de santé, afin que celle-ci devienne véritablement un acteur de proximité en lien avec les professionnels de santé et les élus
- Institutionnaliser les relations avec les professionnels de santé des villes (salariés et libéraux)
- Mettre en place un cadre organisé pour les relations entre l'Agence régionale de santé et les professionnels de ville (syndicat représentatif, URPS, Conseil National de l'Ordre des Médecins)
- Intégrer davantage le médico-social dans les politiques de santé
- Repenser l'articulation entre les Agences régionales de santé et les départements
- Mettre la priorité sur la prévention et la santé publique ;
- Cesser d'empiler les dispositifs et les appels à projets (chronophages, dispendieux et au final peu efficaces) ; s'appuyer sur l'existant, l'évaluer et le renforcer, plutôt que « saupoudrer » et créer, voire recréer des échelons, des dispositifs, des associations

- Favoriser l'interconnaissance des acteurs d'un territoire à travers des rencontres régulières, des formations croisées, des échanges de pratiques et également un outil numérique novateur
- Simplifier les procédures administratives pour consacrer davantage de temps aux malades
- Redonner corps à la notion d'équipe et de service
- Stage des étudiants par cycle dans les hôpitaux publics et en ville
- Arrêt des fermetures de lits afin de fluidifier et de désengorger les urgences
- Fluidifier l'organisation des soins non programmés avec les établissements hospitaliers mais aussi dans le cadre des communautés professionnelles de santé
- Avoir une communauté professionnelle territoriale de santé rurale sans établissement de santé afin de prendre en charge les soins non programmés en rural
- Le Conseil Départemental interlocuteur unique pour les EPHAD concernant le budget soin et dépendance versée par l'Etat, la dépendance étant aussi financée par la solidarité nationale
- Le maintien à domicile pris en charge le CD, budget SSIAD et SAAD dirigés par le CD
- L'ARS et le Conseil Départemental co-gestionnaires de la maison des aînés et des aidants au niveau départemental

LES USAGERS

❖ **GOVERNANCE / STRUCTUREL**

- Décentraliser les pouvoirs de l'ARS en confiant davantage de missions et de pouvoirs à ses délégations départementales (DD) (Transfert des RH du siège vers les DD) et donner aux CTS le rôle décisionnaire des actions menées par les DDARS
- Favoriser la concordance géographique entre GHT – CPTS et CLS
- Mettre en place un parlement régional de la santé qui décide des priorités et orientations de santé. L'ARS serait l'instance d'exécution des décisions prise par ce parlement régional.
- Arrêter la liberté d'installation des professionnels libéraux, diriger les installations, favoriser la mixité libéral/salarié
- Rattacher les EHPAD quel que soit leur statut à un établissement de soins capable de mobiliser une équipe gériatrique en cas de besoin. Imposer la présence d'un médecin coordinateur qui travaille véritablement en lien avec les médecins traitants des résidents et les personnels paramédicaux du secteur.
- Rattacher chaque professionnel libéral à un établissement référent qui coordonne les parcours de santé.
- Développer les outils numériques permettant le lien ville/hôpital (notamment en cancéro)
- Simplifier les liens médico-social/sanitaire et développer les métiers de la coordination **pour les établissements comme pour le domicile.**
- Développer les urgences psychiatriques, équipes mobile, en passant par le 15.
- Ouvrir les centres de soins somatiques aux handicapés psychiques hors structures

❖ **USAGERS « BOUSSOLE DU SYSTEME DE SANTE » :**

- Inclure enfin des Représentants des Usagers (RU) au sein des Comités des Usagers des GHT en Nouvelle-Aquitaine ; les associer à la rédaction des projets médicaux-soignant.
- Impliquer les associations et leurs représentants et les intégrer dans un vrai processus de décision opposable.
- Intégrer des Représentants des usagers au sein des Espaces de Réflexion Ethiques Régionaux (ERER)
- Intégrer de façon homogène sur la région des patients ou usagers experts/ressources dans les cursus des futurs professionnels du monde de la santé
- Associer les usagers dès le démarrage des projets de MSP, CPTS etc.
- Investir les représentants des usagers dans l'organisation de la coordination hôpital – ville à l'échelle des établissements et des territoires de santé (notamment dans les CPTS)
- Lutter contre le corporatisme des professionnels et des associations pour remettre l'utilisateur en santé au centre.
- Elargir la représentation des usagers à d'autres instances et modes de soins (CME, ambulatoire, ...).
- Obtenir un cadre réglementaire et budgétaire pérenne permettant de financer les actions et les acteurs de l'ACCOMPAGNEMENT
- Pour les personnes en situation de handicap, l'accès à la consultation doit être facilité avec un numéro d'appel unique, et cela pour l'ensemble du territoire régional. Cela permettrait, de mutualiser les interventions des professionnels et de bénéficier d'une répartition égalitaire d'accès aux soins quel que soit le lieu de vie du patient (**APF France Handicap**).
- Intégrer les sociétés d'ambulance pour faciliter les déplacements des personnes en situation de handicap (**APF France Handicap**).
- Mettre en œuvre un cahier de liaison élargi, normé à tous les intervenants à domicile (**APF France Handicap**).

LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

Faciliter l'accès aux soins dans les territoires

- Déployer le dispositif « **IDE pratique avancée** » et l'implantation des cabinets ASALEE, afin de résoudre le problème de démographie médicale dans certains secteurs du département
- Accentuer la mise en place des **IDE de nuit en EHPAD** afin de diminuer le passage des personnes âgées aux urgences
- Ouvrir un **service de soins en ville** ouvert 24h sur 24 et 7j sur 7 pour la « bobologie »
- **Imposer l'installation des médecins** et soignants en **zone déficitaire**.
- Poursuivre le **déploiement des outils de coordination** pour un meilleur maillage territorial (PAACO, MSS)
- Développer le **lien ville/hôpital**, notamment avec le déploiement des **CPTS**.

- Le développement des **CPTS** doit permettre un **rapprochement** entre le **sanitaire** et les **ESMS** afin de rendre les parcours de santé et de vie des personnes plus efficient.
- Concrétiser la mise en place des **équipes de soins primaires**, permettant ainsi l'ancrage local de la coordination des soins en santé
- **Diminuer l'intervention** trop rigide de l'ARS dans une **posture trop régalienn**e pendant cette crise malgré sa grande expertise du sujet et la compétence de ses équipes,
- Coordonner l'action des **collectivités locales**, dans leur ensemble **déconnectées des professionnels de santé** absents de presque toutes les cellules de crise montées par ses dernières.
- **Rattacher les EHPAD** quel que soit leur statut à un **établissement de soins** capable de mobiliser une équipe gériatrique en cas de besoin. Imposer la présence d'un médecin coordinateur qui travaille véritablement en lien avec les médecins traitants des résidents et les personnels paramédicaux du secteur. « Ne pas laisser les EHPAD devenir des établissements recroquevillés sur eux même sur le plan médical permettrait d'être plus vite informés des dysfonctionnements internes et de faire de la prévention. »
- Imposer la **prescription en multiples de semaines** dans le cadre d'une pathologie chronique afin d'avoir un indicateur temporel stable et ainsi faciliter le management des parcours de soins notamment pharmaceutiques. Imposer par la même occasion les conditionnements de médicaments en multiples de semaines pour toute AMM avec une indication dans une pathologie chronique. Ceci afin de limiter le **gaspillage des médicaments** et amorcer un questionnement écologique dans notre système de santé.
- **Relocaliser la production** d'équipements de protection : recenser les fournisseurs locaux et disposer de dotations de masques territorialisées
- Maintenir et généraliser **le tiers-payant**
- **Pérenniser les dispositifs d'appui sanitaire** aux **EHPAD** et autres établissements médico-sociaux
- Conforter la **dynamique des PTSM** le développement des prises en charge ambulatoires et des liens entre la psychiatrie, le médico-social et les professionnels de la ville

Utiliser les outils numériques au service des usagers

- Le dispositif de « **contact tracing** » mise en place dans le Covid 19 doit inspirer le monde du **VIH** pour accélérer la mise en place de la notification aux partenaires (mise en place dans d'autres pays européens).
- Favoriser le recours à la **télémédecine**
- **Améliorer le numérique en santé** : unifier les messageries sécurisées de santé et les intégrer aux interfaces des progiciels de santé, **interopérabilité des données** et simplification des systèmes et services, développer la télémédecine
- Promouvoir un **numérique éthique et accessible** : les équipements ou objets connectés, des solutions numériques, ne sont pas élaborés en conception universelle (Universal Design). De fait, un certain nombre de personnes en situation de handicap seront à nouveau exclues par manque d'accessibilité. Cette démarche de conception universelle s'appuie sur la participation des personnes à la conception et à l'évaluation et nécessite le financement d'un conseil expert en outils d'accès au numérique pour les personnes en situation de handicap.

- « Être au service de l'utilisateur et pas uniquement de la santé de l'utilisateur » (qualité de vie, bien-être) : allonger les **amplitudes horaires des services à domicile** (SSIAD, SAAD....) trop de personnes sont dans l'obligation de passer plus de 12h au lit/jour ce qui peut être néfaste pour leur santé.
- Accélérer l'**utilisation réelle du DMP** et sa fusion avec le dossier pharmaceutique. Prévoir que les résultats d'analyses et d'imagerie soient directement intégrés au DMP par les laboratoires et les radiologues.
- Poursuivre des activités de soins de support gratuites par téléphone, visio, tutoriels... en faveur des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

LES PARTENAIRES SOCIAUX

Mobilisation de tous les acteurs (Etat, collectivités, associations, individus) **pour la prévention** = le maintien en bonne santé par : l'éducation à l'alimentation et l'exercice physique, le bien-être social et la qualité du cadre de vie (air, eau, etc)

Focus sur le syndicat de MKR :

- Réduction des inégalités de financement et d'accompagnement des URPS
- Mise en place de procédés facilitant la création des équipes de soins primaires (ESP) au-delà des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- Mise en place d'accords cadre interprofessionnels pour simplifier les procédés de création et de financement des CPTS
- Financement des réunions de concertations avec les professionnels de santé locaux
- Poursuite de la démarche numérique en santé (Mise en place obligatoire de l'interopérabilité des données, simplification des systèmes et services, unification des messageries sécurisées de santé, ...)
- Développement de la transversalité et de l'interprofessionnalité (enseignement culture commune de l'exercice coordonné)
- Renforcement des liens ville-hôpital (structurer dès la formation initiale des unités d'intégration favorisant l'intégration de tous les acteurs ; mise en place de protocole de retour à domicile –prado, ... avec des financements ad hoc)
- Diversification des profils des cadres des organismes de santé publiques (Création de kinésithérapeutes conseils au sein des ARS, CPAM, HAS, ... ; mise en place de kinésithérapeutes coordonnateurs dans les structures interprofessionnelles – ESP, MSP, CPTS, PTA, DAC,... - ainsi que dans les EHPAD.

Les professionnels libéraux :

- Renforcer la lisibilité des centres de santé

LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

- **Simplification institutionnelle**
- Simplifier les instances de pilotage de la politique régionale de santé pour en renforcer la lisibilité

- **Réorganiser le territoire**
- Décloisonner les clivages sanitaire, social et médico-social et secteur spécialisé et non spécialisé et mutualiser les actions
- Renforcer la collaboration entre hospitalisation publique et privée pour améliorer les parcours des patients, l'offre et l'accès aux soins
- Encourager la création des communautés professionnelles territoriales de santé
- Encourager les coopérations entre soignants dont les statuts sont différents

LES ORGANISMES DE PREVENTION

- Améliorer la visibilité et la lisibilité des instances de coordination locales et les regrouper afin de permettre une mixité et une participation plus importante des différents acteurs du territoire des champs sanitaire, social, médico-social, prévention, éducation pour la santé, des habitants et élus
- Davantage de coopération (numérique et présente) entre les différents acteurs du territoire et ceux de la prévention en santé : création d'une plateforme numérique, utilisation du dossier médical partagé, ouverture de bureaux et mise en place d'actions de prévention.
- Un accompagnement de proximité sur le territoire pour les professionnels
- Reconnaissance des connaissances et des compétences expérientielles des professionnels de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé et des citoyens au même titre que celles des professionnels de santé
- Développer les capacités de chacun à prendre en charge sa santé : renforcer la littératie, la prévention et l'éducation pour la santé auprès des populations fragiles, isolées et précaires

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR SANITAIRE

Dimension territoriale

- Emergence d'une dynamique européenne favorisant une plus grande autonomie dans les dispositifs de protection destinés aux professionnels de santé (FHP)
- Créer une **régulation par les chirurgiens-dentistes** dans les centres 15, les dimanches et jours fériés. Prévoir le financement et l'organisation des soins non programmés en semaine. (URPS CD)
- **Harmoniser les politiques territoriales pour éviter les pratiques divergentes entre établissements**
- Donner plus de pouvoir à l'échelon départemental et aux élus locaux pour initier et faire vivre des coopérations
- Transférer des compétences santé au Conseil régional et aux conseils départementaux
- Rendre attractifs les territoires afin d'éviter les pénuries de médecins
- Mener des actions pour limiter les déserts médicaux et réinvestir les territoires
- Massifier les fonctions supports sur un territoire en leur donnant les moyens de se développer
- Fusionner le public et le privé par une coopération administrative obligatoire sur le territoire régional
- **Réaliser pour chaque département un répertoire de l'offre de soin publique et privée accessible aux personnels soignants**

- Piloter la stratégie de santé à l'échelle territoriale autour d'un Projet territorial de santé qui engage tous les acteurs (acteurs de santé, collectivités, élus, usagers...) **(FHF)**
- Fédérer tous les acteurs de la santé y compris les usagers dans les bassins de vie et **constituer des Communautés Professionnelles de Santé ouvertes (Ville-Hôpital-Médico-social), autour d'un projet de santé territorial partagé (FHF)**
- Donner plus de souplesse aux acteurs pour organiser de façon agile et réactive la réponse aux besoins de santé d'un territoire
- Développer l'interprofessionnalité des infra-territoires
- Développer sur les territoires des unités pluridisciplinaires de prise en charge des déficients visuels afin d'anticiper le vieillissement de la population
- Renforcer la place de la prévention et de la santé publique par une véritable politique d'éducation à la santé déclinée dans chaque territoire et portée par les acteurs de la santé **(FHF)**
- Relocaliser la production des montures de lunettes et des verres ophtalmiques
-

Organisation de l'offre/filières/coopérations

- Garantir un pilotage par la donnée qui soit fiable, indépendante, homogénéisée et transparente comme socle des politiques de santé publique susceptible de nourrir des études d'impacts des réformes et avis. **(FHP)**
- Contractualisation des démocraties territoriales de santé, dotées de moyens propres, avec les Agences régionales de santé pour la mise en œuvre du projet régional de santé. (FHP)
- Regrouper les informations des offres de soins sur les secteurs privés et public
- **Créer une filière de soins permettant la prise en charge du grand âge au domicile** permettant le relais suite aux prises en charge conjointes SSIAD HAD et/ ou relais SSIAD pour les patients nécessitant des soins lourds mais non éligibles en HAD
- **Recevoir et réorienter les patients en déshérence de soins ou de prise en charge sanitaire et/ou sociale** (victimes de violences, SDF, patients dépendants d'addictions, fin de vie) (URPS pharmaciens)
- Créer des fédérations inter-hospitalières pour fusionner les équipes multisites
- Développement des filières de soins (MCO – HAD)
- Concrétiser la mise en place des équipes de soins primaires
- Développer la transversalité et l'interprofessionnalité
- Renforcer les liens ville hôpital
- Intégrer les médecins généralistes aux politiques élaborées par les CHU
- Clarifier et fluidifier l'organisation de la régulation des soins non programmés et des urgences
- Etudier la mise en place des gardes médicales pour soulager le SAMU et les urgences
- Assurer une sécurisation des suites d'hospitalisations (recommandations de sortie, surveillance particulière, rappels téléphoniques des patients...)
- Développement de l'HAD, pour favoriser le retour des patients à domicile en lien avec le réseau ville-hôpital
- Développement des équipes mobiles de soins palliatifs
- Favoriser la mise en place d'instance de soins de territoire incluant les représentants de tous les acteurs de soins

- Mettre en place dans chaque maternité un poste de coordinateur.trice afin d'organiser la sortie d'hospitalisation
- Valoriser et « redorer » les interventions des professionnels de santé à domicile (trop d'absences d'intervention à domicile de certains corps de métiers : médecin, rééducateurs...)
- Intégrer infirmiers, aides-soignants, ash... dans les comités directeurs des établissements
- Généraliser les interventions des opticiens dans les EHPAD
- Utiliser au mieux les URPS (budget identique à démographie identique)
- Assurer le bilan vaccinal des patients et améliorer cette couverture, espérée pour le COVID-19 mais négligée pour les autres pathologies en étendant la vaccination en officine aux rappels de l'adulte (URPS pharmaciens)
- Développer les dépistages en officine (TROD au- delà de l'angine, Prévention AVC, ...)

GHT :

- Conforter la coopération entre les acteurs (GHT, PTSM...) **(FHF)**
- Mettre un terme aux GHT
- Favoriser l'articulation public/privé en incluant les cliniques privées au GHT avec une offre de soins coordonnée
- Structurer l'activité libérale autour des PTSM **(FHF)**

CPTS :

- Favoriser la promotion des CPTS auprès des professionnels de santé
- Systématiser les CPTS en associant les représentants d'usagers
- Mettre en place une réunion trimestrielle entre préfecture, ARS et département sur le principe du point hebdomadaire covid et y associer les CPTS
- Simplifier l'élaboration et l'ingénierie des CPTS
- Structurer l'activité libérale autour des CPTS
- S'appuyer sur les CPTS, outil idoine
- Communiquer sur les CPTS afin d'encourager les libéraux à y participer

Outils

Télé médecine :

- Développer la télé médecine
- Développer la télé médecine avec les ophtalmologistes pour les opticiens et les orthoptistes
- Ne pas déployer la télé médecine à grande échelle

DMP

- Promouvoir le DMP avec accès sécurisé de tous les acteurs
- Compléter le DMP d'un volet accompagnement : carnet de santé numérique de soin

SI

- Investir davantage dans un système d'information de territoire en partageant des référentiels de données
- Améliorer le numérique en santé
- Utilisation d'outils communs, notamment des logiciels métiers élaborés par l'Etat et non par des fournisseurs privés

Autres outils

- Maintenir les conférences téléphoniques et visio conférences d'échanges entre ARS / soignants/ accompagnants/ bénéficiaires d'un même territoire
- Promouvoir l'utilisation d'outils de communication pluridisciplinaires autour des patients (exemple : PAACO globule)

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Pour les gens du voyage

- **Solliciter les municipalités** dans le cadre de la distribution de masques aux habitants afin de prendre en compte les gens du voyage, installés sur le territoire.
- Rôle prépondérant de l'association des gens du voyage pour **coordonner la prise en charge des cas avérés COVID+** (maintien sur les lieux de vie, respect du confinement, organiser les approvisionnements, recherche des personnes contact, distribution de masques, dépistage sur place...)

Démarches d'aller vers :

- **Maraudes OGFA/CCAS/Equipes mobiles CHP/CHG vers les SDF** et consultations EMPP sur les Centres SDF exceptionnellement ouverts
- **Plateforme Rafael** : Le CHU de Bordeaux et l'Université de Bordeaux coordonnent le Programme Ange Gardien en partenariat avec l'URPS Médecins Libéraux, l'URPS Pharmaciens, l'URPS Biologistes, la Région Nouvelle Aquitaine.
- **Convention EQSAM (Equipe Sanitaire Mobile)** Signature sur toute la région de conventions multipartenariales (PASS, CSAPA, CAARUD) pour intervenir ensemble auprès des personnes à la rue ou en squat.
- le COREVIH a coordonné **l'écriture de recommandations de déploiement** du TROD COVID19 (projet en cours) auprès des publics précaires, migrants et usagers de drogues.
- **Création de vidéo / tuto** sur différentes thématiques (expérience Villa Santé Poitiers : alimentation, activité physique..., expérience CSAPA Limoges : gestes protecteurs, consommation de produit et confinement,...)
- Mise à disposition par CMPP, d'une **équipe de psychologues mobilisables** à tour de rôle sur la semaine pour apporter un soutien aux ESMS, ou enfants de professionnels durant la crise sanitaire.
- Développer **le dépistage et l'éducation thérapeutique** au sein des cabinets médicaux par des IDSP, qui existe déjà actuellement

Pour les personnes handicapées (source MAS et FAM):

- Identification d'une **section d'établissement « ressource »** pour les personnes avec Handicap dans l'éventualité d'isoler des cas COVID+ , et afin d'éviter des hospitalisations (ex IME PEP Corrèze)
- Intervention des personnels de la Maison des adolescents 19 au **bénéfice d'un ITEP**
- Travailler sur **l'idée de pré-urgence**. Maintenir les gardes médicales essentiellement dans le milieu rural
- Projet d'établissement : **avoir des personnes "adaptées" dans les structures** et non des personnes que l'on "place" parce qu'il y a de la place!! Permettre donc la création de structures personnalisées et adaptées

- **Faciliter l'accès aux soins** des personnes en situation de handicap (géographiquement et vis à vis des spécialistes)
- Développement des **prises en charge ambulatoires** et des liens entre la psychiatrie et le médico-social et les professionnels de la ville et augmenter la capacité et la flexibilité des équipes mobiles en soins psychiatriques.

En EHPAD

- **Coopération entre des équipes pluridisciplinaires** hospitalières et l'EHPAD avec des liens directs dont des visites sur site ou des permanences téléphoniques accessibles aux professionnels de l'établissement sans passer par un médecin (traitant ou coordonnateur) :
- Venue sur site d'équipes spécialisées
- Equipe mobile de gériatrie COVID venant sur site à la demande
- CPIAS de Bordeaux venant sur site ou assurant un suivi téléphonique
- HAD : lien téléphonique direct avec médecin et cadre de garde joignable 24/24
- Ville-hôpital : renfort téléphonique (car hors CUB) pour soutien aux décisions et orientations médicales
- **Mutualisation des matériels et des personnels** à l'échelle de l'agglomération CCAS Ville de Brive et comité d'agglomération.

Protéger les populations vulnérables

- Le SEGUR doit pouvoir valider **l'intérêt de la médiation en santé** dans la continuité du parcours santé et de soins des populations vulnérables telles que les gens du voyage.
- **Agir contre la fracture numérique et illettrisme**, un frein dans le parcours de soins des personnes vulnérables.
- Compléter **le DMP d'un volet accompagnement** pour en faire un carnet de santé numérique de soin et d'accompagnement
- Développer les **programmes d'Education Thérapeutique** sur les territoires au plus près des bénéficiaires

Fédérer autour de l' EHPAD

- Aider à donner une meilleure **image du travail** réalisé en EHPAD.
- Il faut instaurer de vrais partenariats et pas seulement une inféodation du secteur médicosocial à celui de la santé ex : **les filières gérontologiques**
- Construire des **parcours de santé identifiés EHPAD / Centre Hospitalier** afin d'éviter des passages aux urgences pour les résidents
- Développer des accès prioritaires pour les résidents d'UHR avec les **acteurs de la Santé Mentale**.
- **Synchronisation médecine de ville -Hôpital** : éviter le dialogue de sourds et les décisions unilatérales prises par les CH lors des entrées en EHPAD
- **Valoriser les réseaux** des EHPAD et rendre opérationnelles les conventions de coopération gériatriques et **coordonner** les différents organismes au niveau d'une zone
- **Prendre dans chaque structure existante un représentant** (hôpital – médecine de ville – médico-social) en relations étroites permettant de gagner en efficacité et en rapidité sur le territoire sans créer une nouvelle structure. (source EHPAD)

- Accentuer le travail déjà initié du **partage d'information** entre professionnels notamment via **PAACO** par exemple en lien avec la PTA et associer d'autres structures et dispositifs tel que les résidences autonomie
- Intégrer les médecins coordonnateurs aux **réflexions médicales du territoire** comme experts de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Coordination et coopération

- **Régulation des soins en cabinets et désengorgement des urgences**
- **Se baser sur les CPTS** pour répondre au plus près des besoins des secteurs social, médico-social et sanitaire
- Créer des coopérations avec des établissements de santé de proximité (cliniques, hôpitaux, SSR) permettant de **réguler les périodes de crise** au bénéfice des usagers et des équipes
- Créer des **lieux de travail pluri professionnels et pluri secteurs** en dehors des prises en charge des résidents
- Permettre aux professionnels des établissements médico-sociaux et **des maisons de santé** d'avoir des temps d'accompagnement au profit des personnes vivant à proximité desdits établissements
- Créer une **permanence de soins territoriale** inter-établissements du secteur du médico-social
- Déployer à grande échelle **les outils de télésanté** pour en faire un véritable facteur dans la lutte contre les inégalités territoriale et sociale.(NEXEM)
- **Le SPASAD est** un outil de coordination intéressant, mais il doit avoir son propre financement et ne pas être une charge supplémentaire pour les SSIAD et les gestionnaires, avec une prise en charge de l'aide à la vie quotidienne par les conseils départementaux
- Pour les personnes en situation de handicap, **poursuivre le travail autour de Sérafin-ph** pour une meilleure adéquation des financements aux parcours. Simplifier encore les procédures liées à la notion **de parcours sur plusieurs structures (hors PAG)**
- **Autoriser les pédopsychiatres en ESMS à être primo- prescripteur** du méthylphénidate pour les TDAH (trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) compte tenu de la raréfaction des pédopsychiatres hospitaliers

PILIER 5 : RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE

Les points de convergence

- Renforcer les attributions des instances de démocratie en santé aujourd'hui essentiellement consultatives en rendant leurs avis « décisifs »
- Inclure des représentants des usagers dans les différentes instances de santé et leur donner toute leur place dans les décisions
- Permettre aux acteurs des territoires d'être les co-décideurs de projets territoriaux de santé
- Organiser une réflexion éthique sur les pratiques en EHPAD pendant la crise sanitaire
- Intégrer les RU dans les CPTS, PTA, DAC, CLS, CTA 360 pour développer une approche territoriale (public/privé) partenariale
- Développer et encadrer l'intervention des patients experts, pairs aidants, patients ressources, médiateurs pairs et patients, rechercher et intégrer l'expérience patient dans nos établissements, développer les instances et modalités de représentation des usagers en santé dans les établissements.
- Impulser et soutenir financièrement des initiatives visant à permettre aux populations de s'exprimer sur la santé et recueillir leurs besoins, leurs attentes et leurs propositions pour initier ou réajuster des actions locales
- Soutenir et accompagner les représentants d'usagers à développer les compétences qui incombent à l'exercice de leur mandat (identifier les enjeux liés à l'instance à laquelle ils participent, prendre la parole en public, structurer une communication orale et écrite, etc.)
- Permettre plus d'implication des familles dans les établissements d'hébergement, en leur donnant un rôle plus central et important dans la vie de l'établissement.

LES ELUS

- Intégrer la population aux décisions à l'échelle de chaque territoire.
- Améliorer la vigilance par rapport à l'accès aux données personnelles de santé, notamment informatiques et aux partages des fichiers, en lien avec le RGPD, sans « arrangement de confort » entre les professionnels
- Informer la population qu'il faut continuer de se soigner même en cas de pandémie

LES USAGERS

- Une gouvernance territoriale de santé en synergie et une synergie des acteurs de la santé dans leur diversité et sortir de silos.
- Transformer la CRSA en parlement régional de la santé
- Renforcer la contribution de l'utilisateur à l'échelon local et faire de l'utilisateur la boussole de l'offre de soin.
- Associer les usagers à la réflexion de l'élaboration et de la rédaction des mesures sanitaires sociales et médico-sociales, à leur diffusion, au suivi et à l'évaluation de leur transmission et de leur application aux échelons territoriaux (CTS) et (ES) ;

- Privilégier une démarche co-construite avec les usagers ou leurs représentants
- Donner toute l'importance et sa juste place au rôle des usagers dans les instances de démocratie en santé CDU et CVS.
-
- Inclure l'utilisateur dans la concertation visant à respecter l'accompagnement du patient dans une approche globale des soins.
- Elargir la représentation des usagers à d'autres instances et modes de soins.
- Associer les usagers dès le démarrage des projets de MSP, CPTS etc.
- Revisiter le rôle du médiateur dans le système de santé : Médiateur dans le sanitaire /Personne qualifiée dans le medico social.
- Implication Citoyenne : Inciter à des mobilisations citoyennes en appui aux dispositifs existants notamment ceux qui ont été opérationnels en cette période de crise sanitaire mais pouvant être élargis à d'autres thématiques. (en capitaliser les actions)

LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

Concernant les droits collectifs :

- Valoriser la place des **usagers** dans l'évaluation des **besoins en santé** sur leur territoire
- Continuer à **mettre en valeur les CVS** , notamment à travers les conseils de vie sociale départementaux
- Donner les moyens et **soutenir** financièrement toutes les associations d'usagers pour contribuer au **déploiement des actions de santé** sur les territoires
- Soutenir et **accompagner les représentants d'usagers** à développer les compétences qui incombent à l'exercice de leur mandat
- Rendre les commissions des usagers décisionnaires sur certains **budgets** de la Santé
- Composer les commissions des usagers avec, certes, des représentants des usagers et ouvrir ces commissions à des personnes de la Société civile (artisans, ouvriers etc.) : « Changer le nom de commission des usagers par « **commission de la Société civile** »
- Impliquer davantage les **représentants de famille du CVS** par exemple en EHPAD dans le département du Lot et Garonne, ont été conviés régulièrement à des cellules d'information C19, afin d'être en mesure d'expliquer les recommandations de confinement, retour des visites...aux familles souvent en difficultés face à ces mesures incompréhensibles.
- Les RU en établissement auraient dû être automatiquement informés par leur établissement des modalités de gestion qui ont été adoptées pendant la période de pandémie ainsi que des réseaux relationnels qui se sont établis pour répartir les tâches entre différentes unités. Ils **devraient connaître les modalités du plan blanc** concernant l'établissement.
- Une **meilleure prise en compte des propositions faites par le CTS** à différentes reprises éviterait la lassitude des constats d'inefficacité. Dans ce domaine l'ARS et ses Directions territoriales ont des efforts à faire pour améliorer les prises en comptes collégiales et justifier les raisons pour lesquelles un projet proposé par des représentants des usagers mérite d'être ajusté.
- Ouvrir le maximum de commissions de la CRSA en visio à nos CTS : « pour le moment seule la Commission Permanente et la Commission des Usagers ».

- Elargir le champ des commissions des CTS à la **prévention**
- **Associer** les usagers dans tous les services des institutions

Concernant les droits individuels :

- Impulser et soutenir financièrement des **initiatives** visant à permettre aux **populations de s'exprimer** sur la santé et recueillir leurs besoins, leurs attentes et leurs propositions pour initier ou réajuster des actions locales
- Développer des outils permettant de prendre en compte les demandes de l'ensemble de la population en cette matière, à l'instar du projet de **budget participatif** au sein du plateau des Millevaches en **Creuse**
- Associer les usagers dans la **gouvernance des projets innovants** (Communauté d'accompagnement 360)
- Produire massivement des informations en **FALC** sur les distanciations sociales, le port du masque, le lavage des mains
- Permettre plus **d'implication des familles** dans les établissements d'hébergement, en leur donnant un rôle plus central et important dans la vie de l'établissement.
- Afin de rendre les résidents et familles plus **autonomes** face aux événements extérieurs ou internes à leur structure de vie, il faut rendre les **informations accessibles** afin qu'ils puissent s'en saisir et à leur tour aider, accompagner leurs pairs.
- Pour **renforcer** la démocratie en santé il faut d'abord qu'elle existe et qu'elle soit **acceptée** par les soignants
- Permettre au patient de mieux **comprendre son parcours** au sein d'un établissement en lui fournissant toutes les clefs de compréhension avec l'aide d'un personnel dédié, de l'assistante sociale et de documents élaborés en CDU.
- **Associer** les usagers à la définition des **projets de santé** d'un territoire
- Mettre fin d'urgence à la **fracture numérique** entre les territoires et créer des « **assistants numériques** » pour faciliter l'accès de tous les citoyens aux outils.

LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

- Inclure et renforcer le rôle des instances de démocratie sanitaire et notamment des CRSA, en leur donnant un rôle décisionnaire et non plus seulement consultatif
- Soutenir les coopérations et coordinations locales portées par les collectivités (Atelier santé ville, Contrat local de santé, Contrat local de santé mentale)
- Déployer la pratique des soins en exercice coordonné (Centres de santé, Maisons de santé pluri professionnelles, Communautés professionnelles territoriales de santé)
- Faire de la prise en charge des aînés et des personnes en situation de handicap un pilier de notre système de santé

LES ORGANISMES DE PREVENTION

- Former les usagers à la diffusion de message en prévention
- Une meilleure information à destination du public et des professionnels en matière de prévention
 - Donner les moyens et soutenir financièrement toutes les associations d'usagers pour contribuer au déploiement des actions de santé sur les territoires
 - Impulser et soutenir financièrement des initiatives visant à permettre aux populations de s'exprimer sur la santé et recueillir leurs besoins, leurs attentes et leurs propositions pour initier ou réajuster des actions locales
 - Soutenir et accompagner les représentants d'usagers à développer les compétences qui incombent à l'exercice de leur mandat (identifier les enjeux liés à l'instance à laquelle ils participent, prendre la parole en public, structurer une communication orale et écrite, etc.)

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR SANITAIRE

L'administration doit renforcer son écoute des acteurs de terrain.

Intégrer les RU dans les hôpitaux, au-delà des CDU pour intégrer les équipes de direction (comités de direction)

Intégrer les RU dans les CPTS pour développer une approche territoriale (public/privé) partenariale

Ecriture des Projets territoriaux de santé à confier à la démocratie sanitaire et aux collectivités territoriales : Région, Département et Intercommunalité.

Renforcer la démocratie sanitaire : décentralisation de 2 missions (organisation de la démocratie sanitaire et animation territoriale) actuellement à la main des ARS et transfert aux régions, départements et intercommunalités chacune en charge de ces missions à l'échelle de leur territoire et de l'élaboration des plans de santé territoriaux, avec les financements correspondants.

Assouplir les critères pour devenir représentant des usagers, afin d'ouvrir le champ de représentation à plus de personnes

Favoriser les concertations et les échanges entre les directions et les soignants pour renforcer la démocratie en santé

Développer et encadrer l'intervention des patients experts, pairs aidants, patients ressources, médiateurs pairs et patients, rechercher et intégrer l'expérience patient dans nos établissements, développer les instances et modalités de représentation des usagers en santé dans les établissements. La démocratie sanitaire doit enfin pouvoir s'exprimer dans les établissements volontaires au sein des instances de gouvernance (Directoire, CME) : **propo FHF**

Avis de la CRSA non plus consultatif mais décisif.

Représentation de toutes les URPS à la CRSA (et non pas 8 sur 10) **demande URPS sage femmes**

Simplification territoriale : simplifier l'ensemble des zonages existants en 8 niveaux : 4 niveaux de territoire (national, régional, départemental et intercommunal) et 4 niveaux intermédiaires correspondant à des subdivisions des territoires précédents, fixés conjointement par les ARS et les collectivités territoriales. Les missions attribuées pour chaque niveau de territoire seront fixées dans le PRS en concertation avec les collectivités territoriales correspondantes.

Supprimer les pôles hospitaliers et recréer des services. Revenir au secteur en psychiatrie et lui donner les moyens de soigner la population. Supprimer les pôles d'excellence ou d'expertise qui ne concernent qu'une minorité de personnes et de professionnels

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

- « La démocratie n'est pas synonyme de « danse avec les mots » » (NEXEM)
- « La démocratie implique un projet collectif co-construit avec les usagers citoyens ». (NEXEM)
- « La démocratie est le corollaire de la solidarité et du vivre ensemble ». (NEXEM)

- **Nommer dans chaque établissement un représentant (relais)** régulièrement consulté sur les directives proposées en lui permettant d'exprimer des propositions grâce aux informations collectées dans la structure. (source EHPAD)

- Améliorer la **représentation des usagers dans toutes les instances** sanitaires à l'intérieur des établissements de santé comme dans les institutions (CPAM, ARS, CLS ...).

- **Intégrer et solliciter les réseaux de coordination** (type réseau périnatalité, réseau addiction, COREVIH etc...) dans la construction et la mise en place des politiques de santé.

- A la suite de l'épisode COVID **déclencher un débat**, intéressant les professionnels de la santé au sens large du terme, les usagers et leurs représentants ainsi que des représentants des services déconcentrés et décentralisés pour interroger les pratiques constatées :
 - Non-respect de la liberté d'aller et venir
 - Déshumanisation totale des pratiques lors des décès
 - Choix parfois critiquables lors de l'orientation des patients âgés atteints du COVID (hospitalisation versus soins palliatifs en EHPAD – pertes de chances ?)
 - Poursuivre la formation des représentants d'usagers en CVS

- La crise a aussi révélé les limites de la démocratie sanitaire, qui semble se développer en parallèle de la politique en santé et se déployer sur une temporalité plus longue que celle de la gestion de crise sanitaire. En préalable donc, à une rénovation du système de santé, la FEHAP propose d'assortir la gouvernance d'une véritable démocratie sanitaire pour intégrer les populations, et les responsabiliser, aux choix et aux orientations de la politique en santé. En conséquence, il conviendrait de modifier la composition de l'organe délibérant des ARS en favorisant plus encore qu'aujourd'hui la représentation des élus et des usagers (collectivités territoriales, association d'usagers).

D- ANNEXES

DESCRIPTION DES CONTRIBUTEURS

LES ELUS (COLLEGE 1 CRSA)

- Sénateur de Corrèze
- Elu d'une commune Creusoise
- Département de la Charente
- Commune d'Angoulême
- Commune de Jonzac
- Commune Corrèze
- Commune de Bergerac

LES USAGERS (COLLEGE 2 CRSA)

7 participations d'usagers du système de santé via l'enquête SOLEN et via le collège 2 de la CRSA 6 contributions dont :

- Unafam
- APF France Handicap
- AFM téléthon
- Ligue contre le cancer
- CDCA
- France Assos santé

LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE (COLLEGE 3 CRSA)

Les CTS de :

- Charente-Maritime
- Corrèze
- Dordogne
- Gironde
- Landes
- Lot et Garonne
- Pyrénées-Atlantiques
- Deux-Sèvres
- Vienne
- Haute-Vienne

LES PARTENAIRES SOCIAUX (COLLEGE 4 CRSA)

Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) :

- Union régionale et départementales IDE et AVS
- Union départementale 47

- Union régionale et départementales

Confédération Générale du Travail (CGT)

Force Ouvrière (FO) Poitou-Charentes/Limousin:

- Cadres Hospitaliers Force Ouvrière pour les corps de direction (CHFO)
- Fédération Nationale de l'Action Sociale Force Ouvrière (FNAS FO)

Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNKMR)

LES ACTEURS DE LA COHESION ET DE LA PROTECTION SOCIALE (COLLEGE 5 CRSA)

- Un professionnel du secteur social (enquête SOLEN)
- Mutualité française de la Nouvelle Aquitaine (en 2 fiches)
- COREVIH de NA

LES ORGANISMES DE PREVENTION (COLLEGE 6 CRSA)

3 contributeurs

- Collectivité territoriale (PMI CD 33)
- IREPS
- CEID

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR SANITAIRE (COLLEGE 7 CRSA)

90 contributions

- Professionnels libéraux
- SDIS de la Gironde
- URPS : IDE, kinés, pharmaciens, orthophonistes, sage femmes
- Ordre des médecins
- ES : John Bost, CHIMB 87, CRRF la Lande, Clinique Esquirol 47, CH de Royan, Clinique des Landes, CHU de Limoges.
- HAD : Service Santé Dax
- Fédérations : FHF, FEHAP, FHP, MSP
- Collège des CME des établissements de santé privés
- Collectif inter Hôpitaux (CHU Limoges)

LES OFFREURS DE SOINS : LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL (COLLEGE 7 CRSA)

- EHPAD « La Rêverie », Château Garnier, 86
- EHPAD Les Cèdres 86350 PAYROUX

- EHPAD EGOA, Bassussarry, 64200
- EHPAD LE CHANT DES PINS 40200
- EHPAD LES CHENES VERTS, 24460 AGONAC
- EHPAD MERICI , 64000 PAU
- EHPAD ma résidence 33000
- Centre de Gérontologie La Coralline (EHPAD-USLD) rattaché au CH de ROYAN
- Collège 7 CRSA, représentant NEXEM (personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des Personnes handicapées)
- ADAPGV86 (association départementale des gens du voyage)
- FAM « le partage »(association Poitou-partage) 79200 CHATILLON SUR THOUET
- ASSOCIATION DES SOINS A DOMICILE DE SOULE, 64130 MAULEON
- CMPP de Brive, de Tulle et d'Ussel
- 54 professionnels du secteur médico-social