

Synthèse de la concertation départementale du Ségur de la Santé

Ateliers organisés par Mme la députée Delphine Bagarry

Cadre général de la concertation départementale

Objectifs de la concertation territoriale

Le Ségur de la Santé a débuté le 25 mai dernier, et comporte un volet national et un volet territorial. C'est dans ce volet territorial que s'inscrit l'initiative de Madame la députée Delphine Bagarry, qui a souhaité organiser quatre concertations départementales du 18 au 20 juin 2020.

Les ateliers s'inscrivent dans une double perspective :

- D'une part, participer à la **restitution nationale du Ségur de la Santé**, afin de recueillir les expériences et innovations locales.
- D'autre part, cette concertation horizontale souhaite initier une **réflexion globale au niveau départemental** afin d'aboutir à des solutions concrètes, en prenant comme échelle le territoire de proximité.

Méthodologie de la concertation

La concertation départementale s'est appuyée sur les groupes de travail au niveau national, en les adaptant au contexte local pour répondre au mieux aux besoins. Ainsi, quatre ateliers ont été organisés :

1. "Sanitaire et médico-social : collaborations vers le mieux-être" le 18 juin ;
2. "Hôpital : modes de financement, gouvernance et problématiques spécifiques au territoire des Alpes de Haute-Provence" le 19 juin ;
3. "Valorisation et reconnaissance de la profession soignante dans son ensemble" le 20 juin au matin ;
4. "Maillage territorial et accès aux soins" le 20 juin dans l'après-midi.

La concertation a été **ouverte à tous**, et a été diffusée largement sur les réseaux sociaux et par affiche dans le département.

Les personnes ayant participé à l'atelier étaient issues de divers profils regroupés en catégories :

- Professionnelles et professionnels du soin, en exercice libéral, dans la fonction publique et dans le privé.
- Offreurs de service : établissements de santé, associations fournissant des services (à domicile ou en structure).
- Acteurs associatifs et militants mutualistes : associations d'usagers, représentants des mutuelles.
- Partenaires sociaux (syndicats).

Axe n°1 : Valoriser les métiers du soin dans leur ensemble

Les quatre ateliers dans leur ensemble ont soulevé la question de la valorisation des métiers du soin. Le soin ne peut s'exercer sans ses professionnelles ; cette reconnaissance sociale et financière est le préalable à toute réforme du système de soins français.

Revaloriser socialement et financièrement les métiers du soin

Une hiérarchisation sociale du soin à redéfinir

Les participants à l'atelier insistent sur le fait que le soin est un système fortement **hiérarchisé socialement**, du fait de l'histoire du développement de la médecine (avec la figure du médecin comme pilier central du système de soins) et par les représentations culturelles associées au soin (les professions étant majoritairement féminines). Elle induit de fortes conséquences en termes économiques, la hiérarchisation étant entérinée par une grille salariale rigide dans la fonction publique et des écarts de revenus dans l'exercice libéral.

Les ateliers ont souligné que les métiers du soin, notamment les professions qui ne sont pas directement médicales, **sont très peu rémunérés dans leur ensemble** et reconnus comme étant utiles et nécessaires socialement, alors même qu'ils font face à de fortes contraintes en termes de pénibilité, de temps partiels, de plannings compliqués.

Ce manque de valorisation a de lourdes implications dans le territoire des Alpes de Haute-Provence (AHP) : les métiers du soin subissent un **manque d'attractivité chronique**, générant des problématiques dans l'accès et la permanence des soins.

Vers l'attractivité et la reconnaissance des métiers du soin

Proposition 1 : Améliorer l'attractivité des professions du soin, et surtout les professions paramédicales et du médico-social (aide-soignant.e.s, infirmier.e.s, aides à domicile...). Cela peut se réaliser par :

- Une *revalorisation des métiers en début de carrière* : un médecin évoque le montant de 5000€ nets par mois en début de carrière pour les médecins du secteur hospitalier; ramener le salaire des infirmières et aide-soignantes 10% au-dessus du salaire médian français.
- Une *simplification du régime indemnitaire* et des grilles de salaire, afin de faire progresser le salaire des infirmières en créant de nouveaux échelons pour le personnel médical hospitalier de haut niveau.
- Une *reconnaissance des contraintes de travail* par une valorisation financière, notamment sur les gardes et les astreintes.

Proposition 2 : Réfléchir à de nouveaux modes de rémunération pour certains actes. Les participants aux ateliers ont débattu sur la rémunération au forfait pour les soins à domicile, qui peut être une solution tant que :

- Les tarifs couvrent la réalité du terrain ;
- Les grilles prennent en compte l'hétérogénéité des interventions ;
- Le forfait inclut la rémunération des déplacements (problématique spécifique aux AHP).

La question des formations

Des formations du soin strictement séparées

Les quatre ateliers ont également démontré une préoccupation portant sur **la formation des métiers du soin** en général. Les métiers du soin étant hétérogènes et nombreux, chaque formation porte sur un segment du soin, ce qui crée une distanciation des métiers les uns des autres. Les acteurs du soin sont donc strictement séparés, et ce dès la première année universitaire, ce qui empêche l'émergence de collaborations par les rencontres, ainsi que d'une culture commune du soin.

La question de la formation, qu'elle soit initiale ou continue, est donc essentielle à une **valorisation de toutes les professions du soin** en les appréhendant dans leur globalité. Elle est le préalable à l'autonomisation des professions qui sont considérées comme **ancillaires** (infirmier.e.s, aide-soignant.e.s, aides à domicile), ainsi qu'à une reconnaissance et une valorisation financière.

Vers des passerelles et des troncs communs

Proposition 3 : Assurer une formation initiale et continue aux métiers considérés comme ancillaires, tels que les aides à domicile, les infirmier.e.s et aide-soignant.e.s, pour valoriser leurs compétences financièrement.

Proposition 4 : Développer et valoriser les métiers et diplômes permettant une autonomisation des professions afin d'assurer leur attractivité. Les infirmières de pratique avancée (IPA) sont par exemple à encourager, en augmentant significativement leur salaire.

Axe n°2 : Définir les grands enjeux du territoire en matière de soin et refonder la participation des acteurs

Le deuxième grand enjeu transversal du système de soin départemental est celui de la définition d'un projet global, territorial, de santé, nécessaire pour impulser des politiques de proximité et efficaces. Ce projet doit être défini sur un échelon particulier, ce qui induit de repenser l'état actuel de la décentralisation du système de santé.

Repenser l'échelon et les organismes du soin : décentralisation et ARS

La décentralisation des ARS

Les quatre ateliers ont évoqué la **rigidité et la verticalité actuelles dans le fonctionnement des ARS**. Les politiques sont mises en place au niveau de l'État, puis descendent jusqu'aux régions et enfin jusqu'au département.

Dans ce cadre, l'Agence Régionale de Santé (ARS), agit, selon les participants, plus comme un organisme budgétaire chargé de respecter les missions de l'État plutôt qu'un organe décisionnel à même d'élaborer une politique de santé de proximité. La Délégation Territoriale de l'ARS (DTARS) ne possède pas une autonomie importante dans ces politiques de santé, les décisions étant centralisées au niveau régional. Ainsi, les participants aux ateliers évoquent le **manque de prise en compte des contraintes géographiques** des Alpes de Haute Provence dans les politiques publiques de santé. De même, les acteurs du soin sont consultés et non pas concertés, et ne peuvent que très peu influencer sur les décisions.

Les participants à l'atelier évoquent en outre **une forte segmentation du système de soins** et un manque de coordination globale des acteurs au sein du territoire départemental. La crise sanitaire a été particulièrement révélatrice de ce manque de communication entre les différents secteurs de la santé, induisant des conséquences sanitaires importantes.

Proposition 5 : Autonomiser les DTARS vis-à-vis des ARS pour favoriser la logique de proximité dans l'élaboration des politiques de santé. Cela peut se faire :

- En élargissant les compétences sanitaires du département ;
- En faisant passer les DTARS sous la férule du préfet.

Proposition 6 : Recentrer les ARS vers deux missions régaliennes, la sécurité sanitaire et la régulation de l'offre. Les politiques de santé globales, comme la prévention, peuvent alors être confiées à la Région, en associant la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie.

Proposition 7 : Optimiser les outils de décentralisation existants en les rapprochant des logiques de proximité à l'aide de la DTARS. Des outils comme le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), ou encore TerCovid (logiciel utilisé pour centraliser les informations au sein d'un territoire et entre ville et hôpital durant la crise sanitaire), sont par exemple à développer et à généraliser pour tous les acteurs.

Promouvoir la démocratie sanitaire pour renforcer l'effectivité et la participation au soin

La question de la décentralisation est intimement liée à celle de la participation des acteurs dans ce système de soins de proximité. Les ateliers ont fait remonter **une centralisation compliquée lors de la crise sanitaire**, qui a pu entraver certains acteurs dans la prise en charge des patients (notamment au niveau du matériel médical).

A contrario, la souplesse et la concertation retrouvée dans certaines structures, comme les hôpitaux et les plateformes territoriales d'appui (PTA), ont souligné la possibilité - et le besoin - d'un système de soins déconcentré, décentralisé et englobant tous les acteurs de la chaîne du soin.

Proposition 8 : Impliquer, dans la décentralisation du système de santé à l'échelle départementale, tous les acteurs de la chaîne du soin : professions médicales, paramédicales, associations d'usagers, élus, mutuelles, centres de santé, caisses de retraite, etc.

Proposition 9 : Favoriser le développement d'une démocratie sanitaire, dans une logique de proximité et d'autonomie, en passant par :

- L'implication des patients experts, associations d'usagers et élus locaux, porteurs de la voix citoyenne, dans toutes les instances de décision du soin ;
- La pédagogie sur les actions menées et la création d'espaces citoyens pour favoriser la discussion publique en santé.

Établir des priorités pour le département par les projets territoriaux de santé

L'outil des projets territoriaux de santé, outil le plus adapté au territoire

Les quatre ateliers ont révélé la nécessité, selon les participants, d'entamer un changement de paradigme concernant la vision dont le système de santé est pensé. **Le projet global de santé s'avère crucial**

à cet égard, car il permet de considérer le patient ou le malade non pas comme un ensemble de segments pouvant être réparti sur différents secteurs, mais comme une personne à appréhender dans sa globalité.

Cette globalité doit permettre de définir, **par les projets territoriaux de santé**, des **priorités à établir** pour le département, échelon privilégié car répondant au mieux à cette exigence de proximité. Ces priorités transversales permettent de dessiner les parcours de soins, qui doivent être adaptés en fonction des spécificités sociales et géographiques de chaque département.

Proposition 10 : Développer massivement les projets territoriaux de santé. Ces projets doivent continuer d'associer tous les acteurs du soin et la société civile, pour permettre la création de collaborations et l'élaboration de politiques de santé de proximité.

Des missions à redéfinir pour un département aux problématiques spécifiques

Les quatre ateliers ont également démontré un **fort intérêt vers la détermination de priorités spécifiques au département**. En effet, la crise sanitaire démontre qu'un certain nombre de sujets et de secteurs ne sont pas valorisés, alors même qu'ils forment les maillons essentiels du soin.

Les projets territoriaux de santé, dans cette approche globale de la santé, doivent donc définir des priorités spécifiques au département bas-alpin : la prévention, le service public, l'aide à domicile et la santé mentale.

Proposition 11 : Valoriser et renforcer la **dimension préventive du soin**, dans tous les secteurs (sanitaire, médico-social, social), en :

- Transférant aux régions la compétence de la prévention, avec les moyens alloués au Fonds d'Intervention Régional (FIR) et aux ARS.
- Incorporer la prévention dans le parcours de santé global dès l'enfance et dans tous les milieux (à l'école à l'aide des infirmières scolaires, dans le premier recours au travers des CPTS).

Proposition 12 : Valoriser le **service public** en renforçant son attractivité (cf proposition 1).

Proposition 13 : Développer **l'aide à domicile** dans notre territoire, rural et enclavé. Ce renforcement doit passer par des politiques volontaristes du département, en :

- Renforçant l'hospitalisation à domicile avec une collaboration accrue entre la ville, l'hôpital et le domicile ;
- Valorisant le travail des aides à domicile par une reconnaissance financière ;
- Développer les structures accompagnant les proche-aidants, comme les maisons de répit.

Proposition 14 : Prioriser la **santé mentale** dans le département, en s'appuyant sur les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), et en renforçant les contrats locaux de santé, notamment à Manosque et à Digne-les-Bains.

Axe n°3 : Décloisonner le soin par des outils de coordination territoriale de proximité

Le troisième axe qui ressort des discussions des quatre ateliers est celui qui a été le plus longuement discuté et débattu, est celui du décloisonnement et de la coordination, perçus comme essentiels dans l'organisation et le fonctionnement général du système de santé.

Décloisonner les secteurs (médico-social/sanitaire et ville/hôpital)

Des secteurs fermés les uns vis-à-vis des autres

Les quatre ateliers, que ce soit dans le secteur médico-social, l'hôpital, ou l'exercice libéral, expriment leur volonté de communiquer entre secteurs et entre mondes du soin.

Le cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, entre la ville et l'hôpital, a des conséquences importantes dans la qualité du soin et la qualité au travail. **Il induit des conséquences juridiques importantes en termes de financement et d'organisation**, alors même que la différence peut être tenue. C'est le cas du cloisonnement entre les EHPADs et les soins de longue durée à l'hôpital. De même, la crise sanitaire a révélé une impossibilité de communication entre la ville et l'hôpital : des infirmières libérales et scolaires ne pouvaient pas être recrutées dans l'hôpital, alors même que le GHT des Alpes de Haute-Provence en avait besoin, du fait d'une absence de courtier.

De multiples décloisonnements du système de santé à mener

Proposition 15 : Favoriser un tronc commun de formation entre le médical, le paramédical et le médico-social, afin d'intégrer les dynamiques de collaborations dès la première année universitaire. Cela peut passer par des modules en commun ou des stages à réaliser dans chacun des secteurs.

Proposition 16 : Revoir la notion de "soignants" inscrite au Code de la Santé Publique (CSP). La perception du patient de son parcours est homogène, alors que des distinctions sont faites légalement pour discriminer les soignants des non-soignants. Doit être considérée soignante toute personne faisant partie de la chaîne du soin.

Proposition 17 : Casser les logiques de silos entre les secteurs du soin (médico-social, sanitaire, Éducation nationale, social), en :

- Développant les EHPADs comme plateformes gériatriques de proximité, en permettant l'accès aux soins de premier recours dans ces structures.
- Décloisonner au sein même d'une profession, en créant une réserve territoriale interprofessionnelle.

Proposition 18 : Décloisonner les pratiques entre la ville et l'hôpital, les deux secteurs faisant partie intégrante du système de santé. Ce décloisonnement doit se faire par des organismes de coordination (cf propositions suivantes).

Renforcer le maillage territorial par des outils de coordination précis

Les infirmières de pratique avancée

Le décloisonnement qui paraît nécessaire aux personnes concertées passe par l'utilisation d'outils déjà existants, mais qui doivent être investis et perfectionnés. Les infirmières de pratique avancée (IPA) ont largement été citées et ont pu s'exprimer dans la concertation départementale, et font part d'un véritable consensus.

Les IPA, de par leurs compétences élargies et leur positionnement à la croisée des secteurs, peuvent **mettre en réseau les acteurs du soin**. De plus, dans la période de baisse de la démographie médicale, elles participent à un meilleur accès aux soins. Les participants soulignent que ce rôle polyvalent et complémentaire des pratiques traditionnelles du soin est très recherché. Les personnes formées IPA ne sont cependant pas suffisantes.

Proposition 19 : Développer le diplôme IPA au sein des Universités, et valoriser significativement les IPA dès le début de la carrière, la rémunération n'étant pas suffisamment attractive aujourd'hui.

Proposition 20 : Ouvrir les IPA au premier recours afin de faciliter l'accès aux soins des patients.

Les outils de coordination ville-hôpital (PASS, équipes mobile)

Les quatre ateliers ont mis en lumière la pertinence d'une approche complémentaire du système de soins entre ville et hôpital, les deux thématiques étant séparées dans la concertation du Ségur national.

Des outils existent déjà pour assurer une meilleure coordination entre ville et hôpital : **l'action conjointe des ARS et de l'Assurance Maladie (AM)** donne le ton, tout comme les plateformes territoriales d'appui, en lien avec les deux secteurs.

De même, des initiatives se sont mises en place aux niveaux local et national pour encourager ces collaborations. Par exemple, les **PASS** sont des unités de consultation de premier recours, solidaires, au sein même de l'hôpital. Les PASS fonctionnent uniquement par des collaborations et dans l'action complémentaire entre les différents professionnels du soin, ce qui permet de formuler un "juste soin au juste coût". Des **équipes mobiles**, associant des professionnels libéraux et les urgences, se sont également mises en place dans le département pour accéder aux besoins des personnes sans domicile fixe dans des zones peu accessibles. Leur action doit être encouragée selon les participants.

Proposition 21 : Développer les initiatives locales, comme les PASS et les équipes mobiles, en publicisant leur action et en accordant plus de souplesse dans le cadre réglementaire.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Les CPTS ont été largement mentionnées et débattues au sein des quatre ateliers, car elles forment dans le département des AHP **un véritable maillon territorial** au soin : c'est un outil particulièrement adapté à des territoires ruraux affectés par la désertification médicale et l'isolement dans l'exercice du soin, qu'il soit médical ou paramédical.

Les CPTS sont constituées, selon un projet territorial de santé, autour de professionnels de santé volontaires (ce qui dépend donc de leur bonne volonté seule), mais en associant largement tous les acteurs, dont les élus locaux et les associations de patients et de prévention. Elles constituent un véritable relai de premier recours, en s'organisant selon la logique de gradation des soins, et permettent des collaborations, et donc une prise en charge globale du patient. Les CPTS semblent donc améliorer la qualité de travail et la qualité des soins. Elles ont donc été largement plébiscitées lors des ateliers.

Les MSP, qui dépendent non seulement d'une volonté des professionnels du soin, mais également de la volonté politique locale, sont également mentionnées comme étant des recours contre la désertification médicale et en faveur d'un meilleur accès aux soins, qu'il soit géographique ou social. En regroupant au sein d'un même espace différentes professions, les MSP permettent de briser les silos et de faire travailler ensemble des secteurs en collaboration, en s'implantant résolument dans le tissu local.

Proposition 22 : Permettre le développement facilité des CPTS en allégeant le cahier des charges demandé par les ARS, et encourager le financement des CPTS par l'Assurance Maladie.

Proposition 23 : Conserver une vigilance sur le dispositif des CPTS, qui "ne peut pas tout" :

- Un bilan doit être dressé des actions des CPTS, notamment durant la crise sanitaire avec les "centres covid" ;
- Conserver une vigilance sur les critères demandés pour constituer une CPTS (notamment les critères populationnels et géographiques), qui pourraient éventuellement entraver leur développement.

Proposition 24 : encourager la constitution des Maisons de Santé en publicisant davantage les moyens donnés aux collectivités territoriales pour les constituer.

Ainsi donc, cette concertation départementale a révélé un fort intérêt de renforcer la coordination à l'échelle du département, de la part de tous·tes les participant·e·s, éclectiques dans leurs contributions. Cette coordination va de pair avec une implication de tous les acteurs et les personnes concernées par les problématiques de santé (professionnels, usagers, élus, institutionnels), dans l'esprit de la démocratie sanitaire qu'il est nécessaire de raviver.

Annexe : participant.e.s et contributeur.ice.s aux ateliers

- ARGENONE Fabien, médecin SAMU et réanimation de Digne
- ARNAUD Mireille, directrice générale adjointe 04/05 de l'UNAPEI
- ARNOULD Pierre, assistant de vie
- BARDIN Chantal, présidente fédérale de l'ADMR et maire du Castellard-Melan
- BARRAUX Franck, administrateur aux Mutuelles de France
- BLANC Nathalie, infirmière en pratique avancée
- BREST Gilles, directeur de l'institut des formations paramédicales
- CASPARI Hélène, médecin retraitée
- CHARPY Rémy, président départemental 04 de la Mutualité Française Sud
- COUTURE Isabelle, infirmière de l'Éducation nationale
- DELOY Sabine, infirmière scolaire
- DURBEC Yves, directeur de la CODES 04
- DUROC Catherine, médecin généraliste retraitée
- EYRAUD Jean-Claude, mutualiste
- France Assos Santé PACA
- GAY Chantal, URPS infirmière PACA
- GUÉRIN Céline, pharmacienne et membre du groupement MGEN
- LACHAMP Jean-Jacques, président de l'AMRF 04, maire de Nibles
- MANSUY Marcelle, membre du conseil municipal de La Brillanne
- MATHIEU Isabelle, directrice de maison d'enfants
- MÉRIAUX Jade, neuropsychologue en CAMSP et en HDJ enfants à Marseille
- NASI David, chargé de missions sur les délégations départementales 04 et 05 de la Mutualité Française
- POMATO Davide, coordonnateur du service Equipe Mobile de Santé Visuelle porté par la Mutualité Française
- POPIELSKI Jean-François, directeur honoraire des soins et adjoint à la mairie de Volonne
- POUILLY Franck, directeur du GHT Alpes de Haute Provence
- RICHAUD Marion, membre du collectif naïtre à Digne
- ROBACH Françoise, médecin généraliste
- SOUAKIR Nadia, psychologue clinicienne et représentante du syndicat national des psychologues
- SPAGNOU Daniel, président de l'AMF 04, maire de Sisteron
- URQUIZAR Danielle, maire de Saint Jurs

Nous remercions également chaleureusement toutes les personnes dont le nom n'a pas été relevé dans la liste ci-dessus, mais qui ont contribué et participé aux ateliers.