



Contribution de l'Uniopss

Sur la stratégie de transformation du
système de santé

Avril 2018

Introduction

En préambule, l'Uniopss tient à souligner les délais extrêmement restreints de la concertation, organisée sur le seul mois d'avril, qui n'ont pas permis une réflexion approfondie et de qualité compte-tenu des enjeux.

L'Union s'interroge également sur la mise en cohérence et l'articulation de la stratégie de transformation du système de santé avec l'ensemble des stratégies et chantiers en cours :

- Stratégie Nationale de Santé,
- Les mesures phares Priorité Prévention et le Programme national de santé publique,
- Le Plan d'accès aux soins,
- La concertation sur le vieillissement,
- L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 instaurant un nouveau cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé,
- Etc.

La stratégie de transformation du système de santé s'inscrit dans un contexte marqué par :

- Le vieillissement de la population entraînant des besoins accrus en matière de santé,
- Une problématique croissante de démographie médicale cumulée à une inégalité de répartition sur le territoire (désertification médicale très grave en zones rurales),
- L'isolement d'un nombre très important de personnes âgées, handicapées ou personnes vulnérables,
- Une crise du service public hospitalier liée pour partie à la tarification à l'activité,
- Du point de vue des usagers, des interrogations sur l'accès aux soins, et sur les restes à charge, notamment des personnes non couvertes par une complémentaire,
- Un empilement de dispositifs, avec peu d'articulations et de synergies, en dépit d'une coopération nécessaire pour répondre aux besoins des personnes.

C'est au regard de ces constats que l'Uniopss expose ses réflexions et ses propositions.

La stratégie de transformation du système de santé doit prendre en compte **les parcours de santé et non seulement les parcours de soins**. La santé ne se résume pas à la seule dimension biomédicale et intègre un ensemble de dimensions (environnementales, sociales, économiques) à prendre en compte dans le parcours de santé des personnes.

C'est pourquoi, pour être efficace et pertinente, **la stratégie de transformation du système de santé doit prendre en compte l'ensemble des acteurs du système de santé** : dont les professionnels de premier recours, et les établissements et services sociaux et médico-sociaux, qu'ils interviennent sous forme résidentielle, ambulatoire ou à domicile. La ministre des Solidarités et de la Santé, a affirmé dans une interview à Libération le 8 avril dernier, à propos de la stratégie : « Je vois bien que le problème n'est pas l'hôpital pris isolément et je ne veux pas faire une énième réforme qui ne traiterait en fait qu'un bout du sujet ». Pourtant cette stratégie est relayée dans la presse comme « la réforme de l'hôpital », et la présentation des chantiers évoque très peu les acteurs médico-sociaux. L'Uniopss souhaite que cette stratégie implique l'ensemble des acteurs afin d'être efficace pour les personnes. Elle regrette que si en Région, les CRSA sont impliquées dans la concertation, ce n'est, à ce stade, pas le cas de la Conférence Nationale de Santé. Les acteurs sociaux et médico-sociaux pourtant, parties intégrantes du système de santé ne semblent pas ou peu associés à la concertation nationale.

Les usagers doivent être au cœur et **acteurs** des dispositifs, la représentation des usagers des secteurs social et médico-social en tant qu'usagers du système de santé doit être renforcée : des associations du médico-social signalent des difficultés pour obtenir l'agrément « associations d'usagers du système de santé ».

L'Uniopss souhaite rappeler son attachement à un accès aux soins pour tous dans une vision de la santé au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé et non tributaire des parcours pré-normés à partir de l'hôpital. Actuellement, l'hôpital public et les établissements sanitaires privés non lucratifs concourant au service public ont des difficultés à assurer correctement leurs missions en faveur d'un égal accès de tous à des soins de qualité. Il devient urgent de penser la transformation du système de santé avec tous les acteurs implantés sur les territoires.

Chantier N°1 : Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques

Mettre la personne au cœur de la démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins

Outre les enjeux sous-jacents avant tout économiques du chantier sur la pertinence et la qualité des soins, l'enjeu mis en avant par le gouvernement de « prescrire les bons soins » ne prend pas suffisamment en compte l'idée que **l'usager est « acteur » de son parcours de santé**. Par ailleurs, la pertinence des soins ne se limite pas à une pertinence technique mais à une pertinence adaptée aux besoins et aux situations individuelles de chaque personne. A titre d'exemple, un acte de soins peut être pertinent que s'il est précédé d'une étape de médiation en santé, pour certains types de publics.

L'Uniopss souligne plusieurs points concernant la qualité et la pertinence des soins, plus particulièrement sur **les travaux liés aux indicateurs de satisfaction des patients et de qualité des soins** :

Le débat sur la pertinence semble éloigné de la réelle prise en compte de la parole des personnes concernées : les outils informatisés (Ex : E-SATIS développé actuellement seulement sur la MCO) ne doivent pas être les seuls outils déployés pour recueillir la satisfaction des patients et la satisfaction de leurs besoins. L'Uniopss indique que **des outils alternatifs doivent être travaillés par les commissions des usagers (CDU) et conseils de vie sociale (CVS), pour recueillir effectivement la parole des personnes concernées**. L'Uniopss propose aussi le **développement de la médiation en santé**, métier reconnu par la loi de modernisation de notre système de santé et le référentiel de la HAS. Les médiateurs en santé pourraient accompagner le recueil de la satisfaction des personnes accompagnées.

L'Uniopss invite à associer les instances de démocratie en santé (Conférence Nationale de Santé, Conseils territoriaux de santé, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie), dans lesquelles sont représentés les usagers, aux travaux sur des outils de recueil de la parole et de la satisfaction des personnes. L'Uniopss souligne la nécessité de partager en leur sein les résultats des indicateurs collectés.

Le recueil de la satisfaction des patients doit également tenir compte des spécificités des accompagnements et prises en charge en établissements sociaux et médico-sociaux, notamment, pour une grande partie, le caractère de lieu de vie que n'a pas l'hôpital.

Les **indicateurs de qualité ne doivent pas seulement concernés la satisfaction des personnes mais également le respect des droits des personnes**. Ces indicateurs doivent concerner toutes les personnes, y compris celles soignées en psychiatrie.

Par ailleurs, l'Uniopss souhaite que soit **évaluée l'appropriation du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES)**, outil mis en place en janvier 2018, et son appropriation par les établissements de santé. Des améliorations peuvent être envisagées à partir des premiers constats sur la mise en œuvre des indicateurs du CAQES (cf. retours de terrain ci-après).

Il semble important de réfléchir à **des indicateurs de parcours**, l'Uniopss émet quelques pistes qui nécessiteraient une réflexion plus approfondie, notamment autour de parcours non hospitalo-centrés :

- En fonction des pathologies et des filières (soins palliatifs, gérontologie, soins psychiatriques..) : nombre de patients faisant l'objet d'un repérage du risque de ré-hospitalisation (incluant le médical et l'évaluation sociale) /nombre de patients hospitalisés. (cf. check liste sortie d'hospitalisation 2015 – guide de la HAS),
- Nombre de patients sortant avec un compte rendu d'hospitalisation ou un document de sortie/nombre de patients sortants,
- Nombre de patients ayant eu un contact avec un soignant ou un coordonnateur de soins dans la première semaine après leur sortie/nombre de patients repérés à risque de ré-hospitalisation,
- Nombre de patients repérés à risque et ré-hospitalisés dans les 30 jours (ou les 90 jours) pour le même motif/nombre de patients non repérés et ré-hospitalisés dans les 30 jours pour le même motif,
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique du patient,
- Prendre appui sur les travaux d'évaluation médico-économique de l'IRDES sur le programme PAERPA,
- Prendre en compte des données sur les situations socio-économiques des personnes dans les indicateurs de parcours.

L'Uniopss s'interroge également sur le point suivant : si les établissements de santé et les services sociaux et médico-sociaux, se voit appliquer des indicateurs d'évaluation de la qualité et des outils de recueil de la satisfaction des patients, qu'en est-il de la médecine de ville ? N'est-il pas envisageable d'intégrer également des indicateurs dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) par exemple ?

L'analyse des indicateurs ne peut pas faire l'impasse sur les contextes sociaux démographiques territoriaux. La mise en place d'indicateurs nationaux ne doit pas occulter toute analyse à la lumière des dynamiques de territoire. Le suivi des indicateurs doit se faire avec les instances nationales, régionales et locales de démocratie en santé.

L'Uniopss avec le concours des Uriopss (unions régionales) a recueilli des premiers retours d'établissements de santé privés non lucratifs sur la mise en place du CAQES :

Sur la dizaine de retours, la majorité des établissements font part de difficultés dans le recueil de données et le remplissage des indicateurs. Des difficultés essentiellement dues au manque d'outils adaptés, au manque de moyens humains, ainsi qu'au calendrier et délais. L'aspect chronophage est largement souligné, accentué par le manque d'outils informatiques pour automatiser le recueil de données.

Verbatim : « *Le CAQES est une nouveauté pour notre établissement SSR – mono activité* ». « *Des interfaçages de logiciel sont à prévoir dans notre système d'information, ce qui nécessite un temps*

de développement, de négociation et un coût supplémentaire. A ce titre, nous avons perçu une enveloppe FIR CAQES en décembre 2017 ».

Autre constat, les cibles à atteindre ne sont pas ou peu clairement définies. Les acteurs sont en attente de réponse des ARS. En termes d'impacts sur l'organisation et le financement : plusieurs établissements soulignent la surcharge de travail, et la nécessité d'investir dans des moyens humains et matériels. Certains établissements soulignent des impacts organisationnels (réflexion au niveau de la pharmacie à usage interne par exemple).

La pertinence de l'outil est peu remise en question si ce n'est par des structures de petite taille. Plusieurs établissements y voient un outil d'amélioration des pratiques et de la sécurité du patient. Les conditions dans lesquels sont réalisées ces travaux et les relations avec l'ARS sont très variables d'un établissement à l'autre. **Un besoin d'accompagnement des acteurs et de dialogue avec les ARS est identifié** ; à ce stade quelques réponses satisfaisantes auraient été apportées par l'OMEDIT.

Pour prolonger la réflexion sur les indicateurs de qualité et de recherche, une étude de 34 programmes de paiement à la performance dans les systèmes de santé de 14 pays de l'OCDE¹ a permis de mettre en avant différents types d'indicateurs en matière de qualité et de pertinence des soins, ainsi que de pointer leurs éventuelles limites et les difficultés d'interprétation.

Axe N°1 : En résumé - les propositions de l'Uniopss sur la qualité et la pertinence des soins

- Un recueil de la satisfaction des personnes concernées qui doit utiliser différents canaux : l'outil informatisé doit s'accompagner de **formes alternatives de recueil** via les commissions des usagers, conseils de vie sociaux, mais également via les médiateurs en santé.
- Associer à ces travaux autour des indicateurs, **les instances de démocratie en santé** et les usagers qui y sont représentés.
- Les indicateurs de qualité ne doivent pas se limiter au recueil de la satisfaction des personnes mais également au **respect de leurs droits**.
- Développer des **indicateurs sur le parcours de santé** des personnes.
- Une analyse et un suivi des indicateurs qui doivent **prendre en compte les contextes socio-démographiques des territoires**.
- Quid des indicateurs de qualité pour les professionnels de santé libéraux ? Faut-il compléter la ROSP par de nouveaux indicateurs ?

¹ MILSTEIN Ricarda, SCHREYOEGG Jonas, *Pay for performance in the inpatient sector : A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries*, 25 août 2016.

Chantier N°2 : Repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation

L'Uniopss rappelle l'enjeu principal pour transformer notre système de santé : **comment réorienter les flux financiers du curatif vers la prévention ?** L'Uniopss attend de la stratégie qu'elle fixe en ce sens des objectifs précis et une procédure pour les atteindre.

L'Uniopss souligne positivement la prise en compte des nombreuses limites de la tarification à l'activité, et la volonté de prendre en compte la prévention et la coordination dans les nouveaux modèles de financement qui seront proposés. Le financement des temps de coordinations entre les professionnels paraît primordial, de même que le financement des coordonnateurs de parcours pour les personnes vulnérables, en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

L'Uniopss insiste sur la nécessité de prendre en compte à chaque étape du parcours de santé :

- Les consultations et examens, ou soins à domicile en amont d'une hospitalisation,
- Le transport domicile-lieux de vie,
- L'hébergement non médicalisé lorsque le patient est isolé socialement et géographiquement (plusieurs dispositifs existent, tels que les maisons d'accueil hospitalières et les expérimentations sur les hôtels patients - sans financements pérennes à ce stade). Il est important de prévoir cette étape -l'hébergement- dans le financement au parcours ou à l'épisode de soins, car cela peut permettre d'éviter des coûts de transports sanitaires dans le cas d'allées et venues régulières à l'hôpital (ex : chimiothérapie) et également, du point de vue l'utilisateur, éviter la fatigue des déplacements et une éventuelle dégradation de son état de santé,
- Les consultations/actes sur le lieu de soin,
- Les besoins éventuels d'accompagnement et de prise en charge au domicile ou en établissements/service social ou médico-social,
- Le rôle des aidants dans le parcours.

Les nouveaux modèles de financement à l'épisode ou au parcours de soins doivent aussi tenir compte de parcours non centrés autour d'une hospitalisation, par exemple des parcours relevant des acteurs du premiers recours et des établissements sociaux et médico-sociaux. A titre d'exemple, des coopérations entre structures d'exercice coordonné et EHPAD ; entre SSIAD et HAD, etc. Or à ce jour, sur les 3 initiatives nationales présentées au Conseil stratégique de l'innovation en santé (art 51 LFSS pour 2018) concernant les nouveaux modes de rémunération, une seule mentionne le secteur social et médico-social : l'Initiative nationale d'incitation à une prise en charge partagée, qui a pour objectifs une structuration des soins de ville et du premier recours et un décloisonnement des acteurs des secteurs social, médico-social et sanitaire. **L'Uniopss souligne l'importance d'inclure le secteur social et médico-social dans l'ensemble des expérimentations – acteurs de premier plan dans le parcours de santé de nombreux publics.**

L'Uniopss souligne positivement le mouvement amorcé vers des financements davantage forfaitaires, plus vertueux, et répondant davantage aux besoins des patients. Toutefois l'Uniopss souhaite des garanties en matière d'accès aux soins et d'accompagnement des personnes les plus démunies. En effet, **l'Union met en garde contre une modélisation des parcours qui aboutirait à une standardisation excluant certains profils de patients et les parcours les plus complexes. Le financement au parcours et à l'épisode de soins doit prévoir des financements liés aux profils des patients – et aux besoins spécifiques** (ex : interprète en langue étrangère ou langue des signes, accompagnement social à l'accès aux droits et aux soins pour les personnes en situation de précarité, ou de perte d'autonomie) liés aux personnes ou au contexte territorial (exemple : besoins en termes de transports sanitaires ou d'hébergement liés à une zone sous-dotée avec des distances domicile-lieu de soins importantes).

Le médecin traitant est aujourd'hui au cœur du parcours de santé du patient, il assure une fonction de coordination importante. L'actuelle problématique de démographie médicale et l'absence de médecin sur certains territoires mettent en difficulté cette fonction de coordination. **D'autres professionnels peuvent intervenir sur cette fonction de coordination, et sont à prendre en compte.** Les travaux engagés autour de la pratique avancée des infirmiers semblent aller dans le bon sens, à savoir la reconnaissance de missions de coordination.

L'Uniopss attire l'attention sur le point de vigilance suivant : le chantier sur les nouveaux modes de rémunération, de financement et de régulation doit prendre en compte **la question du reste à charge des usagers** (exemple : quel financement de l'hébergement non médicalisé dans le cadre du virage ambulatoire ?). Plusieurs mesures récentes, comme l'augmentation du forfait hospitalier, font craindre un accroissement des cotisations des complémentaires, et de la part des complémentaires dans le financement du système de santé, au détriment de l'Assurance maladie, qui entraîneraient des difficultés accrues d'accès aux soins. **L'Uniopss rappelle qu'une part non négligeable de personnes (env. 4 % de la population) ne sont pas couvertes par des organismes complémentaires. Elle insiste sur l'amélioration de l'accès à la CMUC-C et à l'Aide à la Complémentaire Santé.** En effet, les obstacles à l'ACS et la CMU-C sont nombreux et entraînent un non-recours important. Le non-recours à la CMU-C est estimé entre 23 et 36 %, et entre 57 et 70 % pour l'ACS. Les principales raisons du non-recours à la CMU-C sont le manque d'informations et le renoncement lié à la complexité des démarches².

En France, des dispositifs de « paiement à la performance » ont été introduits (IFAQ et art LFSS pour 2018 sur le CAQES) pour les établissements de santé. Un article a passé en revue 34 programmes de paiement à la performance (P4P) dans 14 pays de l'OCDE³ (réf). L'étude montre des initiatives intéressantes. Certains programmes encouragent la mise en place de dispositifs visant à améliorer le soin à la sortie de l'hôpital et à éviter les réadmissions. A ce stade, l'évaluation des effets et impact de P4P est complexe et les résultats mitigés. Si des effets à court terme des P4P ont pu être mesurés, ils ne se vérifient pas systématiquement à moyen-long termes. Des risques et effets contradictoires sont pointés, tels que la pénalisation des hôpitaux accueillant les patients les plus complexes, ou les plus démunis. L'article met en évidence l'absence d'impacts clairs des programmes de P4P. En conclusion, l'article invite les décideurs publics à la prudence concernant les gains attendus de ce type de programmes.

L'Uniopss sera particulièrement vigilante à ce que de telles mesures ne nuisent pas à l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables. L'Uniopss souhaite que soit renforcée l'évaluation de ce type de dispositifs.

² WARIN Philippe, « Littératie et santé publique », in La Santé en action N° 440 – Juin 2017

ODENORE, *Le non recours à la CMU-C, enquête auprès des populations précaires*- Novembre 2016

³ MILSTEIN Ricarda, SCHREYOEGG Jonasa *Pay for performance in the inpatient sector : A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries*, Université de Hambourg, Allemagne, 25 août 2016.

Axe N°2 : En résumé - les propositions de l'Uniopss sur de nouveaux modes de rémunération, de financement et de régulation

- Une évolution de la tarification à l'acte nécessaire tant à l'hôpital qu'en ville, avec la prise en compte de la coordination et de la prévention dans les nouveaux modèles de rémunération qui doivent être présentés.
- Des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération à l'épisode de soins et au parcours qui doivent inclure les secteurs social et médico-social. L'accompagnement social et médico-social fait partie intégrante du parcours de santé des personnes.
- Des financements au « parcours » qui doivent s'adapter aux besoins et aux situations des personnes. L'Uniopss met en garde contre une standardisation qui exclurait les plus vulnérables et ne prendraient pas en compte les besoins spécifiques.
- Un point de vigilance sur le reste à charge. Les réformes et transformations ne doivent pas faire augmenter le reste à charge des personnes. Il y a notamment une nécessité à réfléchir à des modalités pérennes de financement de l'hébergement non médicalisé dans le cadre du « virage ambulatoire ».
- Une évaluation des dispositifs d'intéressement ou de « paiement à la performance » est nécessaire afin de s'assurer de leur réel impact sur la qualité des soins et la sécurité des personnes, et qu'il n'y ait pas d'effets indésirables sur l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

Chantier N° 3 : Accélérer le virage numérique

Un virage numérique qui doit prendre en compte tous les acteurs dont les usagers et les établissements et services sociaux et médico-sociaux

En préambule, l'Uniopss souhaite souligner **la nécessité d'associer facteur humain et outil numérique**. C'est l'association des deux qui pourra apporter une réponse, une plus-value dans le parcours de santé des personnes. A titre d'exemple, le personnel infirmier a un rôle central dans le développement et l'usage de la télé-médecine, notamment comme réponse aux « déserts médicaux » ; de même que les aidants peuvent avoir un rôle important dans le cadre de télé-surveillance⁴.

L'Uniopss insiste sur l'importance du respect des choix et des droits des usagers, et la protection des données dans le « virage numérique » annoncé. L'association de la CNIL et du Défenseur des droits aux travaux autour de la généralisation du Dossier médical partagé (DMP) paraît indispensable. L'Uniopss s'interroge sur les options prévues pour respecter les droits des usagers (anonymat, données cachées etc...) et les mesures de protection des données. Elle s'interroge également sur l'articulation des travaux autour du DMP et ceux autour du coffre-fort numérique.

Exemple : Dans le cadre d'un parcours en addictologie, certains usagers qui consultent des spécialistes ou des structures de lutte contre les pratiques addictives ne souhaitent pas que leur médecin traitant en soit informé. Auront-ils réellement la possibilité de gérer de façon régulière les informations de leur DMP ?

L'Uniopss émet un point de vigilance sur la dématérialisation des prescriptions. Si cette dernière peut faciliter les échanges entre professionnels de santé, notamment éviter des erreurs liées à un manque de lisibilité ; il faut toutefois s'assurer que le format papier perdure pour les usagers, dont l'accès à un ordinateur et à une connexion internet peut être limité voire inexistant.

Sur la e-santé, l'Uniopss rejoint l'avis récent de la Conférence Nationale de Santé sur les applications et objets connectés en santé auquel elle a contribué.⁵ L'Uniopss appelle à la vigilance **sur la protection des données**, et souligne le besoin d'accompagnement de l'ensemble des acteurs des secteurs social, médico-social et de santé sur la mise en place du Règlement général sur la protection des données (RGPD) qui doit s'appliquer à compter du 25 mai 2018.

Concernant les systèmes d'information, l'Uniopss s'étonne que soit mentionnés, dans le dossier de presse, les seuls programmes d'investissement dans les systèmes d'information hospitaliers (programme « HOP'EN » doté de 420 millions d'euros). En effet, si l'échange d'information entre la médecine de ville et les hôpitaux est cité comme un axe à développer, le secteur médico-social n'est pas mentionné.

L'Uniopss plaide pour un investissement dans les systèmes d'informations (SI) hospitaliers ET médico-sociaux. De nombreux établissements et services sociaux et médico-sociaux ne disposent pas de Systèmes d'Information adaptés et sont largement sous-équipés, faute d'investissement suffisant. L'Uniopss souligne l'importance d'impulser, dès à présent, **une stratégie nationale d'adaptation et de**

⁴ Gallois Florence, Raully Amandine, Working paper n° 4-2014, L'encadrement des dépenses de santé peut-il se cantonner au champ médical ? Réflexions à partir d'une approche systémique de la télémédecine, Laboratoire regards, Université de Reims-Champagne Ardenne.

⁵ « Faire en sorte que les applications et objets connectés en santé bénéficient à tous » - avis adopté en assemblée plénière de la Conférence Nationale de Santé, le 8 février 2018, accessible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/>

modernisation des systèmes d'information des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La continuité des parcours de santé des personnes ne pourra se faire sans une mise à niveau des SI médico-sociaux à la hauteur des SI hospitaliers et sans travailler à leur inter-opérabilité. La cohérence et l'efficacité du développement des SI du système de santé justifient une approche transversale et globale des SI, hospitaliers, de la médecine de ville, et du secteur médico-social dans une logique de parcours. **Un recensement des besoins du secteur social et médico-social est nécessaire, les attentes sont grandes,** notamment vis-à-vis des résultats de la mission ANAP sur les systèmes d'information médico-sociaux qui devraient paraître en 2018, et des mesures concrètes qui pourraient suivre cet état des lieux.

De nombreux chantiers, outils visant à améliorer la connaissance des besoins des personnes et à assurer une meilleure continuité de leur parcours, se déploient progressivement (Via-Trajectoire, ROR, SI commun MDPH ...). **Les demandes de remontées d'indicateurs sont multiples** (indicateurs médico-économiques et tableau de bord de la performance –ANAP pour les établissements et services médico-sociaux). La multiplicité des indicateurs demandés, différents selon les financeurs, **complexifie le paramétrage des SI et alourdit la charge de travail des gestionnaires.** Dans tous les secteurs, **une mise en cohérence des chantiers SI et des réformes en cours est nécessaire.** Il y a un risque important que les outils développés tous azimuts en parallèle ne correspondent pas aux besoins de mise en œuvre des réformes. Il serait dommage que les investissements financiers dans les outils SI soient non pertinents.

A titre d'exemple, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la mise en place d'un SI commun aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui permettra d'améliorer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et des réponses apportées en suivant les orientations de ces personnes. Ce chantier doit s'accélérer et il est important que les fédérations et unions associatives soient associées dans la construction du « tronc commun » et que le choix d'une nomenclature des types de handicap soit cohérent avec le décret du 9 mai 2017 sur les nomenclatures des établissements et services du secteur du handicap.

Autre exemple, mentionné dans le Chantier N°1 : des établissements de santé font part de logiciels non adaptés au recueil de données du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES). Ils mentionnent un manque d'automatisation, des calculs manuels, très chronophages, en l'absence d'outils adaptés.

A l'échelon régional, l'Uniopss évoque la nécessité de l'élaboration de Schémas Directeurs Régionaux des Systèmes d'information de Santé par les ARS et les GCS eSanté, en étroite collaboration avec les acteurs des secteurs médico-social et social et leurs Unions et Fédérations. Ces Schémas devraient intégrer des actions **de sensibilisation, de formation, d'accompagnement aux changements,** ainsi que des coopérations avec la recherche en sciences humaines et sociales. Ces besoins de soutien et d'accompagnement des acteurs de terrain comme des publics sont illustrés ci-après.

**Extrait de la contribution de l'Uniopss Bretagne au chantier N°3
enquête réalisée auprès de ses adhérents :**

Les principales difficultés rencontrées par les acteurs de terrain :

- *Un manque de moyens (notamment soulignés par les services à domicile) pour investir dans les nouvelles technologies (smartphone, messagerie sécurisée, logiciels..). Face à de réels efforts d'économie au sein des services, il faut accepter de limiter ces économies pour pouvoir financer l'utilisation d'outils informatiques et leur maintenance,*
- *Crainte des professionnels vis-à-vis des nouveaux outils, de ne pas utiliser correctement l'outil,*

- *Des outils numériques peu adaptés à certains publics, notamment le public âgé et des craintes des bénéficiaires et familles sur le partage de données,*
- *Des problèmes de réseau sur certaines communes qui nécessitent la conservation d'outils papiers ou des outils utilisables hors connexion.*

Pour accompagner le virage numérique, les acteurs soulignent les besoins de soutiens et formations suivants : formations et conseil/coaching individuels, développement d'outils adaptés à la population, financement de tablettes.

Par ailleurs, l'Uniopss souligne l'importance **d'une régulation par les pouvoirs publics du marché des éditeurs de logiciel**. Les acteurs de terrain, fédérations, travaillent à davantage d'inter-opérabilité pour faciliter la transmission d'information au sein de leurs différents services mais font part d'importantes difficultés dans leurs négociations avec les éditeurs de logiciel.

Axe N°3 : En résumé - les propositions de l'Uniopss sur le virage numérique

- Le respect du choix et des droits des usagers dans la mise en place du Dossier Médical Partagé. La construction doit se faire avec les personnes, la CNIL et le Défenseur des droits.
- Une stratégie d'adaptation et de modernisation des systèmes d'information des établissements sociaux et médico-sociaux à hauteur des moyens mis dans les SI hospitaliers.
- Un accompagnement urgent des acteurs à la mise en œuvre du RGPD.
- Une mise en cohérence des outils SI et des réformes en cours, ainsi que des indicateurs.
- Une régulation par les pouvoirs publics du marché des éditeurs de logiciel.

Chantier N° 4 : Adapter les formations aux enjeux du système de santé

Une culture de la prévention et de la coopération à intégrer dans la formation initiale et continue des acteurs

L'Uniopss met l'accent sur trois enjeux majeurs de la formation initiale et continue des acteurs du système de santé :

- **La prévention-promotion de la santé (PPS),**
- **L'instauration d'une culture de coopération par une meilleure inter-connaissance des acteurs en mettant en place des formations croisées et en diversifiant les lieux de stage,**
- **La participation des personnes aux formations.**

L'Uniopss s'étonne que la question de la formation continue ne semble pas traitée dans ce chantier N°4, et qu'il s'agisse a priori de la seule formation initiale.

En matière de formation initiale, **concernant le service sanitaire présenté par le gouvernement**, l'Uniopss rejoint l'avis de la Conférence Nationale de Santé auquel elle a participé, sur le plan national de santé publique. L'Uniopss souligne que le service sanitaire **peut permettre l'acculturation d'une génération de professionnels de santé à la prévention-promotion de la santé, et pourra impacter durablement leur pratique**, toutefois elle s'interroge sur les modalités de mise en œuvre :

- L'Uniopss insiste sur le point de vigilance suivant : la crainte « d'interventions ponctuelles » d'étudiants en médecine. En effet, les intervenants du service sanitaire changeront chaque année et leurs interventions se dérouleront dans le cadre d'un module de trois mois. L'Uniopss rappelle que l'inefficacité des interventions ponctuelles en PPS a été démontrée –et qu'aujourd'hui sont privilégiés des programmes structurés de long terme développés par les acteurs de la prévention (ex : programme de développement des compétences psychosociales).
- L'Uniopss insiste sur la nécessité de penser l'articulation et la coordination des interventions du service sanitaire avec les interventions déjà existantes menées par les associations de prévention avec les établissements scolaires, afin de « faire ensemble » et d'éviter une éventuelle concurrence.
- L'Uniopss insiste sur l'importance de s'appuyer sur les « interventions efficaces et données probantes » en prévention-promotion de la santé – identifiées notamment par Santé Publique France – pour mettre en place les interventions du service sanitaire.
- L'Uniopss recommande l'agrément de structures médico-sociales comme lieu d'accueil des stagiaires du service sanitaire – ce qui permettrait de mieux faire connaître ces structures et leur fonctionnement aux professionnels de santé.
- L'Uniopss recommande la mise en place de lieux de coordinations locales autour du service sanitaire, qui rassemblent l'ensemble des acteurs : Agence régionale de santé, Education nationale (établissements scolaires), acteurs de la formation des professionnels, acteurs de la prévention-promotion de la santé (associations, professionnels de santé...).

Par ailleurs, l'Uniopss rejoint les recommandations de la conférence nationale de santé sur la formation, les référentiels de compétences et métiers des acteurs de la promotion de la santé et de la prévention⁶.

⁶ Conférence Nationale de Santé, « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé », avis adopté en assemblée plénière le 8 février 2018.

La formation initiale et continue doit être un levier pour favoriser la coopération entre les professionnels sociaux, médico-sociaux et de santé. Cette coopération ne peut se décréter, la diversification des lieux de stage et la mise en place de formations croisées peuvent permettre une meilleure inter-connaissance des acteurs, première étape pour de futures coopérations.

L'Uniopss rappelle à ce titre les propositions élaborées dans son **document d'analyses et de propositions sur le Plan d'Accès aux soins concernant la formation et les lieux de stages des professionnels de santé** (mesure N°6). Elle affirme l'importance de **diversifier les lieux de stage**. Elle constate le manque de valorisation de l'exercice en structure regroupée, et de la médecine salariée par les facultés. Les professionnels de santé en formation sont orientés vers le seul exercice libéral et isolé. Les acteurs de terrain identifient de réels blocages sur la réalisation de stage en centre de santé et dans les structures médico-sociales. L'Uniopss propose de **dialoguer avec les universités pour inscrire dans les choix de stage toutes les formes et lieux d'exercice de la médecine et des professions de santé** : centres de santé, médecine de prévention, PMI, structures médico-sociales, y compris celles qui combinent soins et hébergement.

Exemple - témoignage

Un CSAPA a pu obtenir l'agrément pour accueillir en stage, un interne en psychiatrie dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées complémentaire (DESC) addictologie. Témoignage de C.Tellier, membre du bureau de la Fédération Addiction⁷ : « Cela n'a pas été une évidence pour la faculté de médecine d'agréer une association médico-sociale en tant que lieu de stage qualifiant [...]. Etre lieu de stage pour les médecins et professionnels de santé, c'est un levier très important pour nos associations : nous pouvons ainsi les former à nos approches, nos enjeux, nos publics, nos manières de faire et leur permettre d'acquérir des compétences complémentaires pour, tout au long de leur future carrière, mieux repérer les conduites addictives et savoir à quel dispositif adresser les personnes selon leurs besoins et leurs attentes [...], cela change les représentations et favorisent le continuum. »

Autres exemples, plusieurs initiatives de formations croisées voient le jour sur les territoires : formation de professionnels de santé d'un CHU au handicap avec un collectif d'associations ; formations pluri-professionnelles dans le cadre de l'expérimentation PAERPA etc... Au-delà du développement de l'offre de formation de ce type, il s'agit de faire évoluer le cadre financier et juridique en lien avec les référentiels de compétences pour permettre de mobiliser cette offre et un véritable décloisonnement entre les secteurs.

En effet, les acteurs constatent des inadéquations entre les priorités du Développement Professionnel Continu et les priorités de santé publique identifiées par la stratégie nationale de santé. Il y a un enjeu de faire évoluer le mode de fonctionnement du Développement Professionnel Continu (DPC) pour le faire correspondre aux priorités de santé publique.

L'Uniopss souhaite que soit développée **la participation des personnes concernées aux formations des professionnels de santé**. Le secteur sanitaire pourrait utilement s'inspirer des travaux du Haut Conseil du travail social, qui propose 10 recommandations pour la mise en œuvre d'une participation effective aux politiques sociales et à la formation des travailleurs sociaux⁸.

⁷ Uniopss, Congrès de Tours, 4 avril 2018, intervention lors de l'agora « Comment lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ? ».

⁸ « Participation des personnes accompagnées aux instances de gouvernance et à la formation des travailleurs sociaux », juillet 2017, disponible sur le site du Ministère : <http://solidarites-sante.gouv.fr>

Axe N°4 : En résumé - les propositions de l'Uniopss sur l'adaptation des formations

- Intégrer la prévention-promotion de la santé dans les formations –objectif du service sanitaire – mais qui ne peut être efficace qu'en tenant compte des acteurs qui mènent des programmes structurés de long terme sur les territoires.
- Favoriser la coopération entre les secteurs via : une diversification des lieux de stage et l'organisation de formations croisées.
- Faire évoluer le mode de fonctionnement du DPC et faire correspondre ses priorités avec celles de santé publique identifiées dans la stratégie nationale de santé.
- Développer la participation des personnes aux formations.

Chantier N° 5 : Repenser l'organisation territoriale des soins

Instances locales de démocratie en santé et régulation de l'offre au cœur de l'organisation territoriale de l'offre de santé

L'évolution de l'organisation territoriale de l'offre de santé est fortement corrélée à la mise en œuvre des Projets Régionaux de Santé. A ce titre, plusieurs points de vigilance :

- L'association des CRSA, conseils territoriaux de santé (CTS) et conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) dans le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des orientations des PRS ;
- La prise en compte des contextes territoriaux dans l'atteinte des indicateurs cibles des PRS, d'autant que certains indicateurs émanent directement du national sans prise en compte de l'offre et des besoins sur le territoire (ex : instruction du 22 février 2018 de la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées aux Directeurs Généraux d'ARS concernant les indicateurs de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale)⁹.

Suite au bilan de la mise en œuvre des dispositifs des lois Santé et Adaptation de la société au vieillissement réalisé par le réseau Uniopss-Uniopss¹⁰, l'Uniopss réitère sa demande formulée lors du PLFSS pour 2018, à savoir une mission d'état des lieux et d'évaluation des dispositifs de coordination : réseaux de santé, Plateformes territoriales d'appui (PTA), Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), CLIC, PAERPA, Pôles de Compétences et de Prestations Externalisés (PCPE), autres guichets et dispositifs locaux exerçant des missions de coordination (Maisons Départementales de l'Autonomie, MDPH etc...). Si la LFSS pour 2018 et la Stratégie nationale de santé font apparaître un objectif de « **convergence** des dispositifs de coordination », ce dernier ne peut se réaliser sans état des lieux précis de ces dispositifs, évalués au regard de la réponse apportée aux besoins identifiés sur les territoires.

La raréfaction de l'offre de soins et le développement des pathologies chroniques entraîne **une nécessité accrue de coopérations entre professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire**. Cependant le réseau Uniopss-Uniopss constate – à travers son diagnostic - que des outils tels que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), sont constituées presque exclusivement de professionnels de santé libéraux. Cette mise en œuvre des CPTS ne s'inscrit pas dans l'esprit de la loi Santé, et ne va pas dans le sens d'un décloisonnement des secteurs. De rares exemples, montrent que les CPTS peuvent au contraire être des outils pertinents de coopération. Pour cela, le pilotage et les orientations prises par les ARS sont primordiales. L'Uniopss sera vigilante aux résultats de la mission d'appui confiée à l'IGAS, et chargée de définir une feuille de route pour le développement des CPTS (annonce du 1^{er} comité de pilotage national du Plan d'accès aux soins du 6 février 2018).

En matière d'accès aux soins sur les territoires, l'Uniopss a formulé plusieurs propositions au sein de son plaidoyer sur le Plan d'Accès aux soins¹¹, en voici les principales :

⁹ Note complémentaire du 22 février 2018 à l'instruction N°2016 -154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé, « fiche annexe indicateurs de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale ».

¹⁰ UNIOSS, « Lois Santé et ASV : quelle mise en œuvre sur les territoires deux ans après leur promulgation ? » Diagnostic Uniopss-Uniopss – Janvier 2018 ; accessible sur le site <http://uniopss.asso.fr/actualites/mise-en-oeuvre-lois-asv-et-sante-luniopss-realise-premier-bilan>.

¹¹ UNIOSS, Analyses et propositions sur le Plan d'accès aux soins - Février 2018, accessible sur le site de l'Uniopss en cliquant => [ici](#).

Sur le zonage des médecins généralistes – détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, éligibles aux aides à l'installation, **l'Uniopss dénonce les limites de l'indicateur « Accessibilité Potentielle Localisée »**. L'utilisation de cet indicateur, créé par la DREES et l'IRDES, est consacrée par l'arrêté du 13 novembre 2017, pour la détermination de ces zones. Cet **indicateur ne prend pas en compte la situation socio-économique de la population. Le principal effet de son application est qu'il exclut de la sélection les zones urbaines défavorisées**. L'Uniopss demande :

- à court terme, la possibilité pour les ARS de revoir et adapter le zonage en incluant les territoires socialement défavorisés (notamment les quartiers politiques de la ville), avec une présentation du zonage en CTS et CRSA ;
- à moyen terme, la modification de l'indicateur national en incluant une nouvelle dimension telle que l'IDH2. Elle se tient prête à échanger avec les concepteurs (la DREES et l'IRDES) afin d'améliorer cet indicateur.

A ce stade, seule l'ARS Ile-de-France a tenu compte de ces limites et adapté le zonage en fonction. Ce n'est pas le cas de plusieurs autres régions, dont les zonages présentés en CRSA montrent que de nombreux quartiers politiques de la ville en sont exclus.

En matière d'organisation territoriale de l'offre de santé, le **développement de la pratique avancée infirmière** peut permettre de fluidifier les parcours de santé sur les territoires en répondant aux besoins des personnes en matière d'accès aux soins, de continuité et qualité des parcours de santé. La pratique avancée est déjà expérimentée par des centres de santé et des maisons de santé pluri-professionnelles depuis plusieurs années. Les travaux engagés actuellement autour de projets de décret constituent une avancée, toutefois limitée car ils n'intègrent pas à ce stade les soins primaires. Le développement de la pratique avancée infirmière nécessite la création de référentiels de compétences dédiés, de formations, et de prévoir des modalités de rémunération adaptées.

L'Uniopss souhaite une véritable **amélioration de la régulation de l'offre de médecine de ville** et suggère :

- La réalisation d'une étude sur les pratiques tarifaires des médecins libéraux en secteur 2 (ayant signé un Optam et hors Optam) ;
- La mise en place d'un quota imposé d'actes en secteur 1 dans les contrats d'accès aux soins (aujourd'hui OPTAM), et inscrire ce dispositif dans les conditions d'attribution des aides à l'installation dans les zones sous-dotées.

Enfin, l'Uniopss souhaite **un soutien accru au développement des structures d'exercices coordonnées, particulièrement des centres de santé, structures qui proposent un exercice salarié aux professionnels de santé, et qui facilitent l'accès aux soins** (pratique du tiers payant sur la partie AMO systématique - intégré à l'accord national qui régit les centres de santé). Ces structures sont gérées par des associations ou des collectivités, qui garantissent une gestion non lucrative.

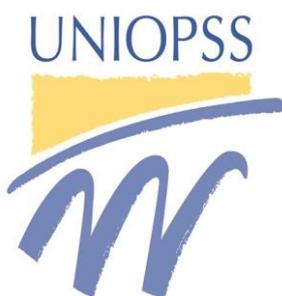
Axe N°5 : En résumé - les propositions de l'Uniopss sur l'organisation territoriale des soins

- Une association étroite des instances de démocratie en santé au suivi de la mise en œuvre des PRS et la prise en compte des contextes territoriaux dans l'atteinte des indicateurs cibles.
- Une mission d'état des lieux et d'évaluation des dispositifs de coordination.
- Un point de vigilance sur le déploiement des outils de la loi Santé (PTA, CPTS, EPS etc.) afin qu'ils contribuent effectivement à une meilleure coopération des acteurs au service des parcours des personnes.
- Une amélioration de la régulation de l'offre de médecine de ville.
- Poursuivre le développement de la pratique avancée infirmière en intégrant les soins primaires, avec des référentiels de compétence, formations et mode de rémunération adaptés.
- Un soutien accru au développement des structures d'exercice coordonné de type centres de santé, qui favorisent l'accès aux soins et intègrent dans leurs projets des actions de prévention.

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 21 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social.



Les valeurs qui nous rassemblent

- **Primauté de la personne**
- **Non lucrativité**
- **Solidarité**
- **Egalité dans l'accès aux droits**
- **Participation de tous à la vie de la société**

Contacts :

Jérôme Voiturier, Directeur Général à l'Uniopss

✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr

Laurie Fradin, Conseillère technique santé / ESSMS à l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 21 ✉ : lfradin@uniopss.asso.fr

Uniopss : 15, rue Albert – CS 21306 – 75214 Paris Cedex 13

Tél : 01 53 36 35 00 – www.uniopss.asso.fr