

Séjour de la Santé

**Synthèse des propositions interassociatives et
representatives des usagers du système de
santé en Nouvelle-Aquitaine**

Juin 2020

PREAMBULE

En vertu de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et l'Article L. 1114-6. 1er, " L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé est habilitée à donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux de ses membres".

Le Ségur de la santé est annoncé depuis le 25 mai 2020 par le Premier Ministre et le Ministre des Solidarités et de la Santé. Il vise à réfléchir à l'organisation de notre système de santé en passant par la concertation, de façon collégiale, notamment en s'appuyant sur les acteurs associatifs et représentatifs des citoyens. A ce titre, **France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine (FAS NA) est appelée à émettre son avis, représentatif des constats et propositions émis par les 135 associations agréées d'usagers qui la composent.** Pour cela, une consultation interassociative a été engagée dès le 2 juin en région et a permis de réaliser la note synthétique suivante. Celle-ci, articulée autour de trois des quatre piliers du Ségur de la santé, émet des constats et propositions de diverses dimensions territoriales. Le système de santé est une organisation nationale au sein de laquelle une granularité fine doit être prise en compte au niveau régional, départemental et local. Nos propositions seront donc déclinées selon ces diverses échelles géographiques.

La conclusion du ségur de la santé est annoncée pour mi-juillet 2020. Un délai extrêmement court au regard des enjeux annoncés. FAS NA regrette que trop peu de temps soit laissé aux acteurs du système de santé pour émettre leur avis alors que l'enjeu est essentiel. En effet, **le processus démocratique, mis à mal depuis plusieurs mois suite à la crise du Covid et trop peu mobilisé historiquement dans la France de la Santé, nécessite des délais plus longs,** particulièrement lors d'une période où les rassemblements et réunions présentiels restent interdits en France.

Préoccupés par la décroissance de la démocratie en santé dont FASNA est garant en Nouvelle-Aquitaine, notre Union régionale a tout de même souhaité émettre ses propositions au sein du Ségur mais tient à préciser que ces avis sont exprimés sous la contrainte du temps imposé par le gouvernement. **Notre réseau associatif tient à exprimer son désaccord quant aux modalités générales et à la temporalité de cette consultation et émet des réserves s'agissant de la représentativité et de la fiabilité des conclusions qui pourraient en être tirées.**

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

Le financement du système de santé cristallise aujourd'hui quantité de tensions et de critiques. Qu'il s'agisse de la **dimension quantitative** des crédits alloués ou de la **qualité, la pertinence, ou de la justesse** de l'utilisation de ceux-ci, ses modalités au sein de l'ensemble du système de santé semblent ne plus être adaptées et pénalisent l'agilité des acteurs. Perçu aujourd'hui comme une finalité du fait de son approche Tayloriste (Rémunérations à l'acte ou à l'activité), le financement des acteurs devra opérer un virage radical pour redevenir un moyen amenant à plus de qualité, au service du soin, de l'utilisateur et des conditions d'exercice des professionnels.

CONSTATS	PROPOSITIONS
<p>Peu d'investissements en prévention et éducation à la santé -> Une logique d'investissement qui réagit aux symptômes plutôt que d'anticiper et retarder leur apparition.</p> <p>Des ratios d'investissements financiers entre le curatif et le préventif à rééquilibrer.</p>	<p>Doubler le nombre d'appels à projet « prévention – éducation à la santé » en Nouvelle-Aquitaine. Structurer un pilotage conjoint de ceux-ci et de façon coordonnée par 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). Cette coordination des appels à projet permettrait de réduire la redondance et la concurrence des projets.</p> <p>Démocratiser l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et la rendre plus accessible hors les murs en transférant les moyens alloués aux Unités Transversales d'Education Thérapeutique du Patient (UTEP) Hospitalières vers les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC/PTA) et les Centres de Santé en charge de la coordination des programmes, au plus proche des besoins de leurs cibles.</p> <p>Mettre en place une nomenclature de rémunération incluant des indicateurs de prévention aux professionnels de santé et établissements, à</p>

	l'image de l'Accord National entre l'Assurance Maladie et les Centres de Santé.
<p>Une utilisation du Fonds d'Intervention Régional qui pose question (Excédents annuels conséquents, justifications d'attributions de Crédits Non Reconductibles (CNR) peu lisibles dans leur justification...) et une absence d'évaluation de son utilisation à postériori.</p>	<p>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. Evaluation systématique et annuelle de l'effet de ce financement et de l'effectivité des actions menées par les CTS.</p>
<p>Un financement publique systémique trop complexe et cloisonné (ARS, Conseils Départementaux (CD) et Assurance Maladie), dont les fléchages en région sont parfois obscurs et peu lisibles. Ce cloisonnement freine les coopérations entre acteurs et créé parfois une concurrence malsaine.</p>	<p>Mettre fin aux financements non fongibles entre services ou établissements pour des actions conjointes. Relancer le principe d'enveloppe commune telle qu'elle était souhaitée initialement concernant les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) et permettre à l'ensemble de la sphère sanitaire, sociale et médico-social de bénéficier d'un budget unique, commun, partagé afin d'encourager les coopérations sans limitation.</p> <p>Simplifier les modes de financement entre sanitaire, Médico-social et social : 1 seul interlocuteur financier pour l'ensemble du système.</p> <p>Favoriser les financements globaux et partagés entre établissements et professionnels de ville au parcours ou à la séquence.</p> <p>Uniformisation des prestations sociales par les Conseils Départementaux (CD) : Régimes d'autorisation et tarification disparates et injustifiées. Etablir un tarif unique national concernant Allocation Personnalisée à</p>

l'Autonomie (APA) et Prestation de Copmpensation du Handicap, opposable à l'ensemble des CD et MDPH.

Abolir les inégalités d'abilitations à l'aide sociale pour les structures ou services publics ou privés non commerciaux tels qu'EHPAD, Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)

Le reste à charge des résidents d'ESMS est souvent insupportable pour eux et leur famille / les groupes privés commerciaux se permettent pourtant le versement de dividendes

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.

Plafonner le montant des dividendes annuels autorisés au privé commercial dans l'ensemble du système de santé qu'il s'agisse d'Industries, d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Une ambition ambulatoire sur laquelle les moyens n'ont pas été mis, ni en quantité , ni en qualité, pénalisant l'accès aux soins équitable sur les territoires.

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 (CPTS). Rendre ce critère opposable au versement de la dotation de ces dernières.

Rendre le tiers payant obligatoire partout, pour tous les professionnels de santé et leurs établissements le cas échéant.

Encadrer et limiter les dépassements d'honoraires : Les interdire en zone sur-dotée, les limiter raisonnablement en zone très sous-dotée pour maintenir un effet d'appel d'air favorisant l'installation.

Réguler l'installation des médecins de ville, libéraux ou salariés. Interdire les installations en zone sur-dotée, favoriser celle dans les déserts médicaux, à l'image de la régulation pratiquée efficacement pour les autres professionnels de santé. Intégrer à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) une modulation intégrant leur engagement en zone sous-dotée.

Faible nombre de nouveau métiers du soin en place alors que leur apport pourrait être source de meilleur accompagnement.

Financer plus massivement les formations d'infirmières en pratique avancée (IPA). Tripler la dotation régionale d'aide au financement de cette formation et à la perte de revenus des professionnels engagés dans ce cursus par l'ARS et le Conseil Régional.

Leur permettre d'exercer dans tous les milieux de la santé : Ville en salariat au sein de centres de santé ou libéral par actualisation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) au regard de leurs missions. Leur attribuer des missions permettant de réellement améliorer l'accès à la santé de la population, en regard de leurs compétences, notamment en matière de prévention et de suivi des pathologies chroniques. Elargir la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP) leur permettant de

	prescrire davantage de dispositifs médicaux, examens et traitements médicamenteux.
Un domaine Médico-Social déconsidéré au regard du focus fait sur le sanitaire depuis des décénies.	Initier la démarche de réforme grand âge et autonomie dès la fin du ségur, en élaborant un calendrier en réelle concertation avec les parties prenantes, dont les Associations d'Usagers.
Un financement par T2A trop important, Des modes de calcul des dotations obscures, d'un autre âge et non basées sur la réelle plus-value apportée à l'utilisateur.	Déploiement généralisé du financement complémentaire à la qualité et au parcours (Basé également sur expérience patient) pour les établissements (Symétrie avec les MIGAC) et pour les professionnels (Intégration aux ROSP)
Un financement tayloriste basé sur l'acte de soin, non sur la complexité du parcours, résultat, ni la qualité (NGAP, T2A) : Plus d'acte = plus d'argent, au détriment du temps long et de la qualité.	<p>Etablir des financements basés sur les réels besoins du territoire (En partant des données issues des Contrats Locaux de Santé de santé (CLS) à partir des informations de santé publiques, démographiques et épidémiologiques comme socle)</p> <p>Abolir le financement à l'activité de tout service, établissement ou professionnel d'ici 5 ans en rendant la rémunération opposable au service réellement rendu.</p>
Un plafonnement du nombre de places / lits au sein des services et établissements : Une course au taux d'occupation, de remplissage et au « fast track »	Déplafonner le nombre de places alouées, notamment en Hospitalisation A Domicile (HAD), Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) afin de permettre la réalisation du virage domiciliaire. Autoriser leurs interventions conjointes au chevet d'un même patient par la mise en place d'un forfait d'intervention mixte et partagé entre ces services.

Un modèle de la psychiatrie perçu comme une annexe de la santé

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.

En post Covid, augmenter les amplitudes de consultations ou hospit de jour de façon à réduire les délais d'attente (Amplitude quotidienne et travail les samedi, voire dimanche) dans une optique de reprise des activités de soins hors-Covid

Intégrer des équipes spécialisées en psychiatrie au sein des HAD afin de permettre aux malades de demeurer serienement à domicile en bénéficiant d'équipes disponibles H24.

Une attention particulière portée aux plus fragiles et précaires insuffisante, pénalisant le principe d'égal accès aux soins.

Les procédures d'affiliation à l'Assurance maladie et l'AME (Aide Médicale d'Etat) doivent être allégées pour que, dans les hôpitaux et les lieux de soins, le travail social ne se résume pas à l'ouverture de droits à la couverture maladie

l'intégration de l'AME à l'Assurance maladie serait une mesure de justice sociale et de simplification de notre système de santé.

les **Permanences d'accès aux soins** des hôpitaux constituent des portes d'entrée vers l'hôpital et les soins primaires indispensables pour les publics les plus précaires, notamment migrants-es. Elles doivent être correctement dotées pour assurer leur fonction. Cependant, elles doivent permettre de faire le lien avec la médecine de ville et les autres services de l'hôpital.

Des activités de santé, menées par des acteurs-trices non-soignants-es doivent être mieux valorisées et ses métiers reconnus :

- **L'interprétariat en santé** par téléphone ou en présentiel et doivent être accessibles et financés. Il améliore et facilite le suivi des personnes.
- **La médiation en santé** doit être reconnue et financée.

La santé et la réduction des inégalités sociales de santé ne peuvent être l'affaire que des médecins généralistes et de l'hôpital. Pour certaines populations (usagers-ère de drogues, HSH par exemple) ou certains besoins (santé sexuelle, accès au matériel de réduction des risques), en complément de l'approche territoriale, des lieux de soins associant soignants-es, acteurs-trices communautaires et acteurs-trices sociaux-ales peuvent être développés. Les centres de santé sexuelle actuellement en expérimentation sont un modèle porteur où sont associés dans un même lieu prévention et soins.

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

Nous déplorons une organisation du système de santé historiquement très hospitalo-centrée et médico-centrée. Cette situation persiste malgré nos alertes antérieures et nourrit un paradoxe face à l'ambition politique affichée au travers du virage ambulatoire et domiciliaire.

Le système doit rapidement évoluer et donnant à l'hôpital la place qui lui revient ; Un plateau technique qui doit être une ressource ponctuelle en vue de réalisation d'interventions ou examens à haute valeur ajoutée sur le plan technique, nécessitant un équipement spécifique. L'aspect médico-centré est également un frein à la fluidité des parcours de santé. L'ambition affichée et non réalisée de donner au médecin traitant de chaque patient une place de pivot s'est transformée par une absurde obligation pour ce dernier et l'ensemble de l'équipe de soins de réaliser la majorité des actions pour le patient. Le médecin doit reprendre sa place également, en se repositionnant comme expert clinique et diagnostic ainsi que celle de prescripteur, en confiant une place plus conséquente aux experts spécifiques existants dans les autres métiers. Ainsi, le pharmacien, spécialiste du médicament, soit être le référent en ce domaine pour chaque patient. La conciliation médicamenteuse doit se généraliser, sous l'égide de ce dernier. Il en est de même pour les autres professionnels (Kinésithérapeutes, infirmiers, ergothérapeutes...) qui possèdent chacun un champ d'expertise spécifique, trop peu exploité aujourd'hui.

Une révision des nomenclatures et codages d'actes doit être revue, intégrant enfin les réelles compétences acquises par la formation de l'ensemble des professionnels. Cette formation professionnelle doit se voir relancer afin d'actualiser les connaissances de chacun par un Développement Personnel des Compétences et une évaluation des capacités réellement obligatoires.

L'omniprésence hospitalière doit être revue, notamment dans le cadre de la prévention et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Si l'hôpital est le lieu de traitement ponctuel et aigu, il ne peut être le référent des actions longitudinales menées dans ces domaines. Ainsi, le monopole des UTEP devra être réajusté, en confiant davantage ces missions aux équipes de villes, constituées en DAC/PTA, CPTS, réseaux ou encore en structures associatives compétentes en la matière.

Le médecin traitant ne pourra en outre redevenir le pivot des parcours que si son accès à l'information est facilité, notamment par l'adoption du numérique. A ce jour, l'utilisation du DMP n'est pas satisfaisante. Elle doit être rendu

obligatoire et partagée pour tous, Hôpital, ville, médicaux, paramédicaux et intervenants sociaux, chacun ayant accès aux données de façon structurée et pertinente. L'étendard brandi injustement du secret médical, doit enfin laisser place à la réalité de la loi, qui évoque le secret professionnel, imposé à chacun et dont les règles définissant partage et échange d'informations sont clairement définies au sein du CSP (sanitaire) et du CASF (Médico-social).

Il est également nécessaire de rapidement statuer sur l'arrêt d'ajouts de couches ininterrompu au système de santé. Ni les citoyens, ni les professionnels ne s'y retrouvent. Cette multiplication des dispositifs, pour beaucoup non interopérables et pourtant redondants dans leurs missions, est couteuse et contre-productive.

CONSTATS	PROPOSITIONS
<p>Des coopérations interprofessionnelles et inter-établissements très difficiles à mettre en place : Culture commune et champs de compétence de chacun non inclus dans leurs cursus de formation initiale), les nouveaux dispositifs (CPTS, DAC...) ne sont que très rarement représentatifs des écosystèmes des territoires.</p>	<p>Rendre obligatoire la représentativité proportionnelle de ces nouvelles organisations par rapport à leur territoire de référence (Notion d'exhaustivité et de démocratie en santé)</p> <p>Permettre aux représentants des usagers d'intégrer systématiquement ces dispositifs et de participer au travail de coordination, au regard de leurs champs de compétences, au côté des professionnels de santé.</p>
	<p>Faire réaliser des stages d'immersion aux professionnels en formation avec des professionnels d'autre métiers de la santé en vue de faire connaître à tous les spécificités et compétences des autres métiers. Permettre aux associations agréées en santé qui le souhaitent d'accueillir des professionnels en formation.</p>
<p>Une charge de travail des professionnels trop axée sur l'administratif au détriment du soin et accompagnement.</p>	<p>Réduire la charge administrative pesant sur les soignants augmenter l'accès aux outils numériques et tendre vers la dématérialisation pour un gain de temps immédiat.</p>

Un foisonnement des offres en numérique pénalisant sa lisibilité.

Définir un moratoire de cinq ans sur les subventions publiques d'aide au développement de solutions communicantes numériques (DPI). Flécher les crédits sur les dispositifs existants en Nouvelle-Aquitaine (DMP, PAACO...). Rendre obligatoire l'utilisation et alimentation du DMP et accessibilité aux professionnels de la santé et de l'accompagnement. Ouvrir les droits d'accès aux professionnels non Professionnels de santé au sens du Code de la Santé Publique (CSP).

Exiger des départements et régions une accélération du déploiement de la fibre en vue d'aboutir au 0% zones blanches d'ici deux ans.

Afficher, organiser et évaluer dans chaque département, la politique d'inclusion numérique de la population et les actions menées pour accompagner la santé numérique.

Des coopérations interprofessionnelles et pluridisciplinaires balbutiantes

Redéfinir le classement du CSP relatif aux professionnels de santé et y intégrer les non professionnels de santé actuels en les considérant ainsi (Auxiliaires de vie notamment).

Remplacer le terme « auxiliaire médicaux » par « praticiens de santé » au sein du Code de la Santé Publique.

Faciliter les passerelles entre métiers et diplômes en prenant en compte davantage l'expérience professionnelle (Notamment par Validation des Acquis de l'Expérience VAE) et en investissant davantage sur le Compte Personnel de Formation (CPF).

Permettre au mode d'exercice isolé de devenir exceptionnel et rendre attractif l'exercice regroupé en CPTS, MSP, SPASAD, Centre de Santé etc...

Permettre des modes de coopération facilités entre HAD – SSIAD – Centres de Santé et Libéraux, SAAD. Les financements actuels interdisant les interventions conjointes.

Améliorer la permanence des soins de ville, l'étendre aux autres professions et structures (Notamment Infirmiers et Aide-Soignants de nuit) sur un même territoire. Confier cette responsabilité aux CPTS.

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

La plus-value apportée par une amélioration de l'organisation du système de santé pour les usagers devrait principalement se traduire concrètement par une facilitation d'accès aux soins et à la santé. Aujourd'hui, cet accès est freiné par de multiples facteurs ; La lisibilité du système, son coût pour l'utilisateur (Freins à l'accès aux droits, reste à charge et avance des frais notamment), ses délais de réaction et sa lourdeur administrative dans l'accès aux droits.

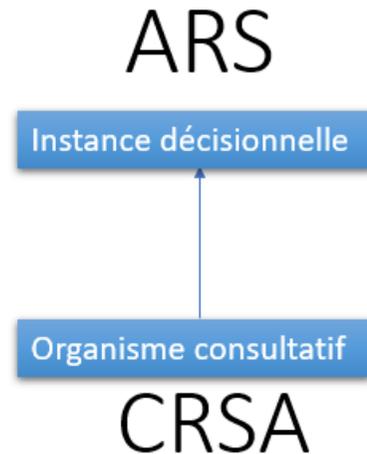
Les conséquences d'une correction de ces défauts devraient se faire ressentir, tant pour la collectivité en terme de diminution des frais de fonctionnement que pour les professionnels dans la simplification de leurs démarches et enfin pour l'utilisateur en diminuant son retard ou renoncement aux soins.

Il est aujourd'hui essentiel de réfléchir au mode de gouvernance et de management des structures et organisations de santé dont l'hôpital fait partie. Actuellement, la norme est de critiquer la gestion par des professionnels issus de filières administratives la façon de piloter ces organisations d'une complexité inégalée. Ce mode de gouvernance est certainement à réviser mais il convient de ne pas oublier les raisons pour lesquelles nous leur avons depuis quelques années confiées celle-ci. Par le passé, la direction des établissements de santé par les professionnels médicaux n'offrait pas davantage de garanties. Un effet de balancier s'est alors produit, apportant également son lot de défauts. Un retour en arrière n'offrirait pas davantage de garanties de succès. Nous proposons que la gouvernance des hôpitaux, comme celle de la plupart des établissements, services et organisations, soit basée sur un modèle démocratique et collégial, incluant notamment les représentants des différentes professions (Administratifs, médicaux, paramédicaux), les élus locaux (Départements et communes), et les représentants des citoyens ou usagers du territoire.

De la même façon, le mode de gouvernance et la place des ARS devra être revue, moins hégémonique et plus proche des territoires. Ces agences d'état, bien que vertement critiquées durant la crise, représentent une ressource essentielle qu'il faudra savoir faire évoluer intelligemment pour leur permettre de corriger leur place actuelle d'organe de contrôle en une plateforme d'accompagnement, d'appui, au service des professionnels, établissements et usagers.

AUJOURD'HUI

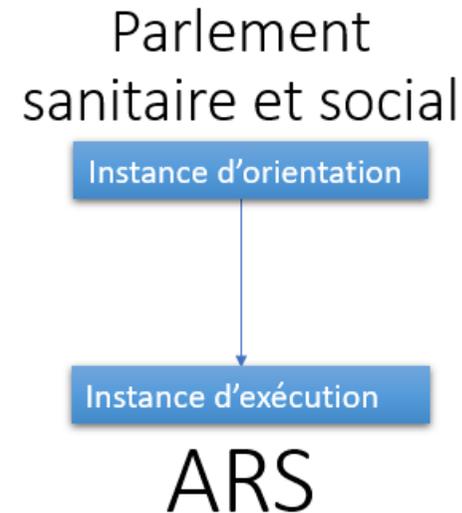
- Planifie décide exécute évalue



- Avis PRS
- Travaux au sein des commissions spécialisées et propositions au DG ARS
- Expression des représentants des usagers et évalue le respect des droits des personnes malades
- Organise des débats publics

DEMAIN

- Nomme le DGARS
- Décide des priorités/orientations de santé dans le PRS et les enveloppes financières consacrées
- Valide - invalide les propositions du DGARS /évalue les résultat



- Exécute la politique décidée par le parlement en proposant les modalités concrètes de réalisation des objectifs politiques
- Rend compte au parlement régulièrement

Parallèlement à ce changement de paradigme dans la gouvernance, davantage de missions et de ressources devront être accordées aux acteurs de la proximité, notamment aux Délégations Départementales de ARS dont les limites sont souvent atteintes à la suite des sollicitations du territoire. Outre les ARS, l'ensemble des dispositifs locaux en lien avec la santé devront se voir davantage impliqués ; Les résultats des CLS sont à ce jour peu satisfaisants car n'impliquent que rarement les

représentants des usagers et leurs objectifs concrets sont peu lisibles. Leurs modalités d'exercices sont disparates et restent tributaires des acteurs politiques locaux, parfois sans prise en compte de l'écosystème global du territoire. Il en est de même pour les CPTS, dont l'effet d'aubaine liée aux financements annoncés pousse certains opérateurs à s'y investir tête baissée, sans consultation approfondie ni prise en compte des besoins du territoire et des citoyens.

Des objectifs pourraient être donnés aux professionnels et établissements en vue de moduler à la hausse leur rémunération. Cette appréciation devra se réaliser dans le cadre de la plus-value apportée en terme de qualité et de pertinence des soins. A ce titre, les notions et critères de qualité et pertinence devront être revus et définis avec l'ensemble des parties prenantes. Il n'est pas envisageable de persister à définir la non pertinence que sous l'angle de l'excès de recours aux soins. Il est essentiel de prendre en compte le non recours aux soins et d'étudier ses raisons pour améliorer la situation. S'agissant de l'évaluation de la qualité, elle devra s'appuyer sur un faisceau d'indicateurs objectifs scientifiquement élaborés, comprenant notamment l'expérience patient (PREMS) et l'atteinte des objectifs en résultats mesurables (PROMS).

La lisibilité du système et celle de l'information en santé pour l'utilisateur et le citoyen reste problématique. Le SPIS a permis d'initier un long processus d'amélioration de celles-ci à travers santé.fr. Mais il s'agit là d'un échelon national, paraissant parfois assez déconnecté de certaines réalités de terrain dont la connaissance est détenue par les acteurs professionnels ou associatifs en proximité. La crise du Covid met en évidence l'importance capitale d'une information fiable, accessible et diffusable. A l'avenir, un canal de communication réglementaire devra être établi régionalement, de façon « bottom-up » en s'appuyant sur les antennes locales PTA/DAC intégrant les associations d'utilisateurs. La remontée d'information par ce canal se fera à l'attention du parlement de la santé régional, en charge par la suite de vérifier, mettre en forme et diffuser par le moyen des messageries sécurisées pour les professionnels et par l'URAASS ces contenus.

CONSTATS	PROPOSITIONS
<p>Positionnement jacobin et centralisateur des GHT</p>	<p>Confier aux Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) un rôle de plateforme d'achats est pertinent mais les établissements satellites doivent pouvoir conserver le choix d'y adhérer ou non et surtout conserver leurs compétences d'acteurs de proximité. L'hôpital de proximité doit être piloté par la démocratie en santé locale, non par l'hégémonie du GHT départemental ou inter-départemental.</p>
	<p>Inclure enfin des Représentants des Usagers (RU) au sein des Comités des Usagers des GHT en Nouvelle-Aquitaine</p> <p>Associer les usagers (RU, patients experts, représentants associatifs) à la rédaction des projets médicaux-soignants partagés au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT)</p> <p>Favoriser la concordance géographique entre GHT – CPTS et CLS.</p>
<p>Une ARS très centralisée et peu connectée au terrain, avec une réactivité et une écoute qui doit s'améliorer. Un rôle d'organe de contrôle plutôt qu'un facilitateur.</p>	<p>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). Donner aux CTS le rôle décisionnaire des actions menées par les DDARS.</p>
<p>Une démocratie en santé peu audible en NA (CRSA et CTS), des avis uniquement consultatifs et peu représentatifs des usagers.</p>	<p>Mettre en place un parlement de la santé dont la place serait décisionnaire. ARS serait l'effecteur des décisions prise par le parlement régional. Le parlement de la santé devra devenir une entité indépendante et dotée d'une identité juridique propre vis à vis de l'ARS dans son organisation opérationnelle notamment par la mise à disposition de personnels administratifs dédiés, non salariés de l'ARS.</p> <p>Au niveau départemental, remplacer les CTS par des assemblées départementales basées sur le même principe vis-à-vis des DDARS.</p>

	<p>Impliquer les associations et leurs représentants & les intégrer dans un vrai processus de décision opposable. Tout refus de propositions associatives dans les instances régionales et territoriales (CRSA et CTS) et à l'échelle des établissements (CDU) doit faire l'objet d'une réponse écrite et motivée du décideur public.</p>
	<p>De par la loi, France Assos Santé, est amenée à rendre un avis sur les politiques de santé au niveau national, régional et local. L'avis de France Assos Santé n'est néanmoins pas requis ni sollicité dans de nombreuses situations, ce qui pourtant entraînent des conséquences directes, notamment en matière d'accès aux soins, pour les usagers. Nous demandons que l'avis de l'URAASS et de ses associations (France Assos Santé) soit sollicité dans toute décision impliquant la démocratie en santé et l'accès à la santé.</p> <p>Intégrer des Représentants des usagers au sein des Espaces de Réflexion Ethiques Régionaux (ERER) afin de passer d'une logique de réflexion déontologique à une réelle réflexion éthique, incluant la société civile.</p> <p>Redéfinir les termes « pertinence » et « qualité » lorsqu'elles sont relatives à la santé. Les nouvelles définitions devront intégrer les perceptions qu'en ont les premiers concernés, à savoir les patients. Articuler les composantes des rémunérations versées aux établissements et professionnels au regard de ces définitions.</p>
<p>Un accès aux soins hétérogène sur les territoires (Entre urbain et rural notamment)</p>	<p>Développer massivement les centres de santé locaux et/ou les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) (En ville ou mobiles) et les doter de plateaux techniques légers et de facilitations dans les coopérations avec les structures diagnostiques des territoires</p>

	<p>(Radiologie, biologie...) en déployant les outils numériques de partage d'info sécurisés.</p> <p>Valoriser et développer l'interprétariat linguistique en santé dans les lieux de soins</p>
	<p>Développer l'approche communautaire en santé, plurielle : Professionnels et acteurs associatifs bénévoles au service du patient (Modèle des Compagnons Maladie Rares, référents parcours santé, ou de la Pair Aidance)</p>
	<p>Intégrer de façon homogène sur la région des patients ou usagers experts/ressources dans les cursus des futurs professionnels du monde de la santé</p>
<p>Une démocratie en santé et un pouvoir d'agir des citoyens peu considéré dans le milieu médico-social</p>	<p>Intégrer des représentants des usagers au sein des Conseils de la Vie Sociale des Etablissements et Services (Y compris sans hébergement tels que les SSIAD) en appui des représentants des résidents et de la famille.</p> <p>Réaffirmer la place de la Personne Qualifiée au niveau départemental en mettant en place un cursus de formation uniformisé.</p>

RESUME

Le Ségur de la santé, bien que contraint par le temps, devra nécessairement se traduire par des actes concrets s'il ne veut déboucher sur une réforme partielle et non aboutie à l'image des dernières lois HPST, ASV et modernisation du système de santé de 2016.

France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine souhaite insister sur quelques points essentiels qui devront prioritairement faire partie des premières actions :

- **L'approche territoriale, locale de l'organisation du système de santé**, à tous les niveaux. La centralisation des décisions, loin des préoccupations des usagers et des professionnels, a fait son temps. Les outils et les méthodes utilisés devront à l'avenir être dans les mains des principaux intéressés, à savoir ceux qui s'en saisissent et ceux à qui ils sont destinés.
- **La réaffirmation d'une véritable démocratie en santé** : Pour pouvoir décliner cette approche territoriale et en proximité du système de santé, la mise en place de « Parlements de la santé », articulés avec des « assemblées locales » en lieu et place des CRSA et CTS, véritables instances décisionnaires et collégiales devront pouvoir exprimer leurs avis et souhaits, de façon opposables, aux différentes agences et entités représentantes de l'état.
- En outre, **la place des représentants des usagers**, actuellement réduite à la portion congrue, devra infuser l'ensemble des organisations de la santé et afficher de manière plus visible le degré et niveau de contribution dans l'aide et la prise de décision.
- **Le mode de financement du système de santé**: Davantage que la quantité de financement, notre préoccupation vise sa qualité et ses modalités de distribution. Un choc de simplification est grandement attendu dans ce domaine, notamment en passant par une fusion des financeurs, sur le modèle de la conférence des financeurs. Le cloisonnement des milieux sanitaires, sociaux et medico-sociaux est enraciné à partir de ces financements scindés, non interagissants.
- **Enfin, nous considérons notre système de santé comme un bien public**. A ce titre, il doit être préservé des spéculations financières afin de continuer à garantir un accès juste et équitable à la santé pour chacun.