

L'ARS doit prochainement faire connaître son projet de Plan Régional de Santé pour la Région Grand Est. Suivront les schémas d'organisation en matière de prévention, d'offres de soins et de médicosocial. C'est donc toute l'organisation des soins au sens large, du sanitaire au médico-social, du libéral à l'hospitalier, de la prévention au soin, qui va être impactée par les décisions de l'agence. Voici la contribution de la CFDT Grand Est à la construction du PRS.

Sommaire :

1. Préambule
2. La prévention
3. L'accès aux soins
 - a. Les GHT
 - b. Les CPTS
 - c. Les Hôpitaux de proximité
4. L'accès à la médecine libérale
5. Le manque de personnels
6. Les conditions d'exercice des professionnels
7. Le dialogue social
8. Les personnes âgées ou vulnérables
9. La santé mentale et la psychiatrie

1 Préambule

La CFDT 1^{ère} organisation syndicale du pays et du territoire a comme ambition de défendre les intérêts particuliers du monde du travail et de participer à la définition de l'intérêt collectif. Notre contribution illustre cette double ambition. Ce document est loin d'être exhaustif. Il reprend un certain nombre de nos avis et propositions pour améliorer à la fois l'accès aux soins des citoyens du Grand Est et les conditions d'exercice des professionnels du secteur.

En 2009 nous orientons notre contribution sur les conditions d'un meilleur accès aux soins. Cette préoccupation reste entière. D'autant que cet accès est aujourd'hui rendu plus difficile par la détérioration de ce que vivent les professionnels. Les secteurs de la santé, du médico-social et du social font face à une pénurie de personnel sans précédent. Les conséquences sont alarmantes tant pour les agent-e-s subissant des conditions de travail extrêmement dégradées que pour les usagers. L'ensemble des secteurs, déjà en difficulté avant la crise sanitaire, en ressortent aujourd'hui exsangue. Nous sommes dans un engrenage infernal qu'il est urgent de stopper.

Le Ségur de la santé, en juillet 2020, a défini une voie pour améliorer l'attractivité de la FPH. Il ne pourra suffire à faire face aux enjeux qui nous attendent. D'autant que la mise en œuvre de l'accord relatif aux personnels non médicaux (dit accord PNM) du Ségur de la santé n'a pas tenu toutes ses promesses.

Il nous paraît impératif de faire un bilan de chaque pilier du Ségur de la santé. Une évaluation de l'opérationnalité des mesures à l'œuvre et notamment celles favorisant l'accès aux soins sur tout le territoire national doit être conduite. Les freins et les réussites doivent être analysés afin de corriger les insuffisances.

Dans cette optique, la fédération CFDT Santé-Sociaux, signataire de l'accord Ségur PNM, a dressé un bilan de sa mise en œuvre et a formulé au ministre de la Santé ses constats et propositions.

Nous nous attacherons ici uniquement à développer les éléments pouvant trouver une réponse locale.

Schématiquement, il nous semble que les inégalités de santé se repèrent à trois niveaux :

- celui des inégalités sociales, qui résulte des inégalités de revenus et des situations de travail. Elles mettent en avant la question de prévention et celle d'une prise en compte des populations les plus fragiles.
- celui des inégalités d'information : quand et à qui s'adresser pour une prise en charge de qualité avec un reste à charge acceptable ?
- celui enfin des inégalités territoriales. Ce dernier point renvoie à l'offre de soin de proximité, à la médecine de ville, aux déserts médicaux.

Pour contribuer à une amélioration globale du système de santé, il nous faut avoir à l'esprit ces trois facteurs, en y ajoutant la question de l'éducation à la santé.

Ainsi, dans la construction du PRS, les questions de prévention, d'organisation du système de soins et d'accompagnement autour du patient, de gouvernance permettant la coordination des acteurs, de conditions de travail, de dialogue social, de dialogue professionnel et de la place des usagers nous paraissent être des enjeux prioritaires

Nous insisterons sur les points suivants :

2 La prévention, un enjeu capital d'une politique de santé

La CFDT a toujours fait de la prévention en santé tout au long de la vie, un axe stratégique de sa politique revendicative.

Pour elle cette politique doit articuler prévention, éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé.

On ne peut que constater que le cumul des maladies saisonnières dont les seuils épidémiques sont régulièrement dépassés (bronchiolite, gastro-entérite, grippe, etc..), l'augmentation des cancers professionnels ou non, l'augmentation des risques cardiovasculaires, par exemple, posent un problème de santé publique et entraînent des dépenses importantes par l'assurance maladie. Face à cela, il est nécessaire de développer des politiques de prévention et de promotion de la santé ambitieuses.

C'est un ensemble de programmes qu'il faut développer dès la naissance jusqu'à la mort pour éviter ou retarder la maladie. Cela demande un changement de paradigme en ne se contentant pas uniquement de se focaliser sur les thèmes (alcool, tabac, VIH, etc..) ou sur certaines campagnes de prévention (cancers colorectal, du sein) qu'il ne faut certes pas

abandonner mais intégrer dans une véritable éducation pour la santé. Cela demande que l'on évalue l'efficacité des campagnes actuelles et se pencher sur la définition des thèmes à développer de l'enfance au grand âge.

Dans ce cadre, il s'agira de déterminer qui fait quoi.

Il est nécessaire d'avoir une coordination efficace des politiques publiques en la matière, d'avoir un corps de "préventeurs" capables d'accompagner les dispositifs à mettre en place, une évaluation des actions menées et de dispenser des campagnes de communication adaptées à chaque public concerné.

D'où la nécessité dans le futur PRS de développer des politiques incitatives. Sans cela la prévention sera reléguée en fonction de moyens disponibles au bon vouloir des uns et des autres à une absence de continuum qui nuit à toute efficacité ;

C'est ce qu'attend la CFDT pour augmenter l'efficacité du futur PRS.

3 L'accès aux soins

Optimiser l'accès aux soins non programmés dans chaque territoire, permettant notamment de disposer d'une approche plus intégrative des soins non programmés dans nos parcours prioritaires.

Alors que l'égalité d'accès aux soins est, avec la qualité des soins et la solidarité, l'un des 3 principes fondateurs de l'Assurance Maladie depuis 1945, la réalité dans la région Grand Est est celle d'une fracture territoriale et sociale en matière de santé.

« L'accès aux soins pour tous dans le Grand Est doit être un enjeu fondamental »

Les réponses doivent tenir compte de la réalité de chaque territoire en termes de pathologies médicales prévalentes, de démographie médicale et comportement des usagers.

Pour cela un diagnostic territorial chiffré et partagé doit se faire par l'intermédiaire des RPU(Résumés de Passage aux urgences) qui fournit des données à la fois quantitatives et qualitatives par établissement : *Le RPU est défini réglementairement et permet d'obtenir des informations administratives, démographiques et médicales pour chaque patient pris en charge aux urgences avec des données relatives : au patient lui-même, à l'arrivée du patient dans le service d'urgence, à sa prise en charge aux urgences, à sa sortie.*

Suite à ce diagnostic, la réponse aux soins non programmés doit être un objectif du PRS qui doit être abordé à la fois sous l'angle du parcours de l'utilisateur et sous l'angle de l'organisation territoriale médicale. Pour la CFDT, trois acteurs sont essentiels dans cette problématique :

Les GHT (groupements hospitaliers de territoires), les CPTS, les Hôpitaux de Proximité (HP).

- **Les GHT :**

Le projet médical partagé (PMP) des GHT doit permettre de construire une vision commune de l'offre publique de soins et une prise en charge du patient commune et graduée sur le territoire. Pour cela les PMP doivent intégrer la prise en charge des urgences et les soins non programmés qui est un enjeu fondamental de l'égalité d'accès aux soins.

Malheureusement pour les GHT la réalité est différente.

(Les députés Marc Delatte (LREM, Aisne) et Pierre Dharréville (GDR, Bouches-du-Rhône) ont rendu un rapport globalement marqué par la déception face aux résultats produits par cette réforme.

"La réforme des GHT a été conçue comme un mélange de prescriptions normatives assez contraignantes, avec parfois un fonctionnement très vertical et un semblant de liberté laissée aux acteurs de terrain ». Les deux objectifs des GHT : la stratégie d'égalité d'accès aux soins et la rationalisation des modes de gestion sont loin d'être atteints, alors que la première aurait dû primer, "c'est la mutualisation des fonctions support qui a concentré les efforts ».)

L'ARS doit exiger au sein des GHT une réflexion importante des PMP pour aboutir à une stratégie commune apportant de réelles réponses aux problématiques des territoires de santé pour les années à venir, notamment « l'accès aux soins non programmés dans chaque territoire ».

- **Les CPTS :**

Les CPTS sont essentielles pour les soins non programmés (SNP). Quelles réponses apporter aux besoins des patients souffrant d'un problème de santé qui ne relève pas de l'urgence vitale mais dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée, dont une consultation auprès de médecin généraliste est nécessaire rapidement dans les 24 à 48h, alors que le médecin traitant n'est pas disponible.

Pour la CFDT, les futures communautés professionnelles de territoire de santé doivent intégrer dans leurs projets une amélioration de la réponse apportée aux demandes de soins non programmés, en garantissant la continuité de parcours de soins en cas de demande de soins inopinés et en assurant une réponse de médecine générale aux demandes de soins inopinés H24 pour la population.

Les CPTS peuvent mettre en place une organisation locale de soins non programmés en médecine générale avec un projet contenant un numéro local pour permettre aux patients et professionnels de santé de prendre RDV, un télésecrétariat chargé de la prise de RDV et un agenda partagé complété par les médecins à destination du télésecrétariat.

- **Les Hôpitaux de Proximité :**

24 établissements de santé publics ou privés de la région Grand Est sont labellisés « hôpital de proximité » par l'ARS.

L'Hôpital de proximité apparaît comme une véritable opportunité pour relancer l'offre de santé sur les territoires. Ces établissements de santé ont vocation à être ancrés dans leurs territoires.

La réforme a consacré ces établissements de proximité en tant que premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, avec d'un côté la médecine de ville et, de l'autre, les centres de recours.

La coopération territoriale est au cœur du fonctionnement des Hôpitaux de proximité, en effet pour accomplir leurs missions l'ordonnance du 12 mai 2021 prévoit que les hôpitaux de proximité labellisés concluent deux types de convention : « Une convention organisant le champ et les modalités de leurs coopérations avec les acteurs de soins de premier recours et plus largement avec la communauté des acteurs du territoire œuvrant pour la santé de la population locale. Si un partenariat naturel est à rechercher avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-

sociaux et sociaux sont concernés, aux côtés des collectivités territoriales et partenaires institutionnels.

Pour les hôpitaux de proximité de statut public, une convention avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) dont l'objectif est d'organiser les relations entre le GHT et l'hôpital de proximité afin de formaliser et valoriser les engagements respectifs de chacun, de mettre en lumière les opportunités de la labellisation pour le groupement et la participation des hôpitaux de proximité aux objectifs fixés collectivement dans le projet médical partagé ».

Que l'hôpital soit de type privé ou public, la convention doit inclure dans le projet d'établissement les coopérations territoriales. L'agence régionale de santé (ARS) doit veiller à prioriser le développement de la coordination professionnelle et de l'exercice coordonné sous toutes ses formes : que ce soit en maison et centre de santé, en équipe de soins primaires, en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)... afin de proposer une offre de soins davantage structurée et des parcours de soins plus fluides pour les usagers.

4 L'accès à la médecine libérale :

L'accès aux soins, et les déserts médicaux

Chiffres clés-Grand Est (2021)

- 45% des médecins ont plus de 55 ans soit 8010
- 15% des médecins ont plus de 65 ans soit 550
- 28% des infirmiers ont plus de 55 ans soit 18 159. En 2030 c'est presque un quart de la population du Grand est qui sera âgé de plus de 64 ans et potentiellement 175 000 personnes âgées dépendantes (rapport OREF Grand Est).

L'installation d'un médecin sur un territoire résulte de multiples déterminants : facteurs personnels, qualité de vie, conditions d'exercice, aspects financiers...

Facteurs personnels : les liens qu'on peut avoir avec ce type de territoire, parce qu'on y a grandi ou qu'on a des attaches familiales ou amicales. La formation (par des contenus ou des lieux de stage spécifiques) peut contribuer à renforcer ces orientations. L'évolution avec le temps de ces facteurs personnels, et en particulier de la situation familiale, influe sur la décision de rester ou de partir au bout d'un certain nombre d'année d'exercice.

Il ressort de l'interrogation de médecins sur des situations fictives (scénarios proposés aux médecins) que le niveau de revenu est un aspect qui importe certes, mais que d'autres aspects non pécuniers de l'exercice professionnel revêtent une valeur encore plus importante à leurs yeux. En conséquence, influencer sur leurs choix par le biais d'incitations financières nécessiterait des augmentations de revenu extrêmement élevées pour compenser des conditions d'exercice considérées comme désavantageuses. **Les politiques visant l'amélioration de la répartition territoriale ne peuvent donc pas se fonder sur le seul levier des incitations financières mais doivent agir sur l'ensemble des conditions d'exercice des médecins.**

Nos propositions :

- Développer le travail entre l'ARS et le Conseil Régional sur l'attractivité territoriale.
- L'accompagnement des professionnels sur le terrain, par des mesures de soutien visant à améliorer leur cadre de vie et de travail, pourrait certainement être encore développé.

Ex : faire revenir un médecin qui a habité sur le territoire en lui laissant la latitude de monter un projet et une équipe en plusieurs années et non pas dans des délais restreints et urgents.

5 Le manque de personnel.

La crise COVID a fait apparaître au grand jour les difficultés structurelles auxquelles l'hôpital public et confronté depuis 15 ans (constat posé à la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers et adressé à la directrice générale de l'ARS Grand Est).

Les présidents demandent l'augmentation des quotas pour les professions infirmiers, infirmiers anesthésistes et de bloc opératoire, manipulateurs en électroradiologie, aides-soignants...car le nombre de postes vacants pour ces professions atteint un niveau sans équivalent au cours des deux dernières décennies.

Les présidents de CME listent en Grand Est le nombre de professionnels manquant :

- 800 places en formations infirmiers
- 100 places d'étudiants infirmiers anesthésistes
- 50 places d'étudiants infirmiers de bloc opératoire
- 100 places d'étudiants manipulateurs en électroradiologie
- 100 places de kinésithérapeutes

Pour le Grand Est des actions correctives sont à l'œuvre ; quotas en hausse pour les formations d'IDE et AS, 20% de plus pour les IDE soit 350 IDE pour 2,2 millions d'euros, 60% de plus pour les AS soit 1312 supplémentaires. L'aspect quantitatif est pris en compte mais il ne pourra suffire.

30% des infirmiers nouvellement diplômés abandonnent leur exercice dans les cinq ans. L'explication se trouve dans le bilan de la profession : burn-out, grande souffrance au travail, mauvaises conditions de travail, faible attractivité salariale surtout vis-à-vis du Luxembourg et de la Suisse, non reconnaissance de la pénibilité. La qualité des soins devient incompatible avec les pressions institutionnelles et budgétaires. Pour les directions, il y a toujours l'injonction budgétaire des ARS devant les nécessités sanitaires. Un des leviers des directions pour diminuer la charge financière est la baisse des effectifs par le biais des ratios.

Focus sur les ratios :

Les établissements se conforment aux recommandations nationales en imposant d'affecter 12 patients à chaque infirmière. L'agence d'appui à la performance des établissements hospitaliers (ANAP) a édicté cette norme, alors même que dans de nombreux pays, les ratios de sécurité sont d'1 pour 4 à un agent pour huit patients. Ces ratios ne sont pas adaptés à l'évolution des prises en charge, les conséquences font que les hôpitaux ont développé leurs propres ratios, différents d'un groupe à l'autre au détriment

de la qualité des soins. En conclusion, les ratios utilisés correspondent aux besoins d'une époque révolue quand les patients étaient moins dépendants, ces ratios ne sont plus adaptés aux besoins d'aujourd'hui. De plus l'ANAP émet des préconisations qui sont opposables et qui ne correspondent pas à la réalité du terrain.

Nos propositions :

- Il est nécessaire d'avoir une réflexion de fond sur l'aspect des rémunérations qui ne sont pas à la hauteur et faibles par rapport à des pays limitrophes comme le Luxembourg, la Belgique.
- Améliorer les conditions d'accueil des élèves dans les écoles :
- Les bâtiments vétustes, le manque de locaux ont pour conséquence un manque d'attractivité,
- Prendre en compte l'augmentation des quotas qui doit s'accompagner d'une augmentation des enseignants.
- Développer et valoriser le tutorat et donc de l'encadrement des élèves et/ou étudiants en stage dans les établissements.

6 Les conditions d'exercice des professionnels.

L'axe 2 du Ségur devait « Sécuriser les organisations et les environnements de travail ».

Concernant cet axe de l'accord et spécifiquement ce qui a trait à la stabilisation des organisations du travail (partie 1 de l'axe 2), les modifications réglementaires ont été effectuées, des crédits spécifiques ont été diligentés auprès des ARS. Concernant la « Couverture des besoins en effectifs et résorption de l'emploi précaire » - force est de constater que les éléments méthodologiques de l'accord Ségur n'ont pas été respectés.

Citons particulièrement les études d'impact - comportant un diagnostic partagé sur la situation des effectifs - qui devaient être réalisées dans chaque établissement et obligatoirement adressées aux ARS pour déclencher l'attribution des fonds dans les établissements.

S'ajoute à cela le fait qu'à au moins deux reprises, les Directeurs Généraux de l'ARS Grand Est se sont engagés à partager avec la CFDT un diagnostic de situation des établissements de santé et médico-sociaux du territoire et qu'à ce jour ce travail n'est pas engagé. Nous n'avons par ailleurs pas connaissance des résultats de l'évaluation menée quant au fonctionnement de l'ARS pendant la première vague COVID, évaluation pour laquelle nous avons été auditionné...

Redonner du temps aux soignants pour les soins par un allègement des fonctions et des tâches administratives.

7 Le dialogue social

Dans les établissements, dialogue social et dialogue professionnel sont trop souvent insuffisants, voir rompu entre les directions, les cadres de proximité et les agent·e·s, les représentants du personnel. Les uns et les autres subissent des injonctions entraînant des conséquences sur le sens au travail de chacun. Le dialogue social territorial reste à construire.

Nos propositions :

- Avoir avec l'ARS un travail d'état des lieux et de perspectives partagées quant à la situation des établissements.
- Permettre une véritable gestion des ressources humaines au niveau territorial, dans le cadre du dialogue social et dans une vision prospective ;
- S'assurer que les ARS respectent et fassent respecter les termes de l'accord Ségur pour l'attribution des fonds de la partie 2 ;
- Mettre en œuvre, sans attendre, les mesures de la partie 3 et notamment les espaces de dialogue professionnel, la formation à la QVT des managers médicaux et non médicaux.
- Promouvoir des espaces de dialogue professionnels, articulés avec les instances du dialogue social, permettant à chacun d'avoir une prise sur ce que produit son travail.

8 Les personnes âgées ou vulnérables.

Nous avons toujours un manque de reconnaissances des personnes concernées et de leurs représentants qui sont rarement associés au diagnostic, à la conception, la mise en œuvre et à l'évaluation des actions mises en œuvre, dans les établissements ou d'un niveau territorial.

Rappelons que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La prévention en est le premier élément.

L'habitat et son environnement sont des éléments fondamentaux contribuant au bien-être et donc à la santé de l'ensemble des personnes. Nos propositions se trouvent déjà **dans la contribution de la CFDT 54 au schéma autonomie et dans ces annexes (voir la partie domiciliaire)**. Mais nous n'insisterons jamais assez sur le fait qu'il est nécessaire de travailler sur ce sujet avec la population, les communes, les promoteurs, les architectes et les services d'urbanisme.

Des lieux spécifiques pour accueillir les personnes atteintes de différentes pathologies doivent exister en ne faisant pas de mélanges entre des malades dont les besoins sont très différents, voire incompatibles, et pour lesquels les réponses doivent être apportées de façon différenciées et adaptées à chaque cas ce qui nécessite les moyens correspondant. (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, personnes sortant d'ESAT, maladies neuro dégénératives, gros handicap moteur...).

Travailler en même temps sur le médical et le médico-social afin de concilier les deux et de permettre une meilleure coopération de tous les acteurs et insister sur une coordination indispensable de tous.

Développer les services de proximité et d'aide et de soins à domicile (SAAD, SIAD). Faciliter la vie des professionnels chargés de ces services et soins à domicile.

Organiser la possibilité de visites à domiciles pour les médecins.

Former les secrétaires médicales à évaluer le degré d'urgence d'une demande.

Repenser l'accompagnement de la personne en fin de vie et de son entourage. Développer les services et équipes mobiles de soins palliatifs. Pour l'entourage, nécessité d'aide psychologique et importance de préserver la vie personnelle et professionnelle des aidants familiaux qui ne doivent pas être des sacrifiés.

Prévoir un accueil adapté aux urgences en fonction des différents âges de la vie.

Enfin, la e-santé est un des moyens de garantir l'accès de tous à l'ensemble des spécialistes. Son exercice doit être accompagné et encadré pour concilier performance technique et respect des personnes. Des moyens doivent être déployés pour que la fracture numérique ne s'ajoute pas aux inégalités d'accès aux soins.

9 La santé mentale fait partie de l'urgence sanitaire

Or, la psychiatrie est le parent pauvre de l'hôpital. Une situation sur laquelle la CFDT a souvent alerté, appelant à l'ouverture d'une concertation sur la santé mentale et proposant une série de mesures, à commencer par celles, urgentes, liées au contexte sanitaire. Aujourd'hui, renforcer les moyens de la psychiatrie et des centres médico-psychologiques est l'une des priorités, pour garantir un accès de la population à des soins dans des délais raisonnables. Mieux coordonner la prise en charge dans les territoires, entre médecins généralistes, psychiatrie libérale et publique, sans oublier les travailleurs sociaux. Avec la Covid, nous avons vu une population déjà auparavant en marge de la société se marginaliser davantage, dont de nombreuses personnes atteintes de troubles psychologiques. Renforcer les dispositifs "aller vers" par le biais d'équipes mobiles qui se déplacent dans les centres communaux d'action sociale, les centres d'hébergement, les hôtels sociaux.

Créer les conditions d'une résilience collective.

Au-delà des questions budgétaires, une réflexion de fond doit être menée sur la crise sanitaire, son impact en matière de santé mentale et de bouleversements sociétaux (transformation du travail, situation des étudiants etc). C'est un travail de long terme et pluridisciplinaire, que la CFDT souhaite voir d'impulser et auquel elle est prête à participer.