

Contribution du CNCPH à la Stratégie nationale de transformation du système de santé Ma santé 2022

Les membres de la commission Santé du CNCPH saluent la vision portée par la Stratégie « Ma santé 2022 » qui vise à améliorer la qualité des soins, encourager la coordination des acteurs et mieux organiser l'offre de soin sur les territoires.

Ils soulignent toutefois l'absence de prise en compte des besoins spécifiques liés au handicap et le peu de place accordée au médico-social et regrettent que celui-ci ne soit considéré que comme un partenaire et non un acteur à part entière des mesures présentées. Et ce, alors même que le maintien à domicile, l'un des objectifs phares du virage inclusif, est clairement cité. Les services à domicile et services infirmiers à domicile n'apparaissent pas dans la stratégie bien qu'ils soient en première ligne sur un certain nombre de sujets, notamment l'accompagnement dans les parcours des personnes.

La commission regrette également que ses propositions concrètes visant à favoriser la bonne articulation entre les gestes de soins relevant logiquement de la compétence et responsabilité de professionnels de santé d'une part et les actes de l'aide à l'entretien corporel d'autre part, ne soient pas reprises (Cf. document joint).

Les membres de la commission ont identifié les points d'inquiétudes et de vigilance suivants :

ACCESSIBILITÉ DES SOINS

Grande absente de cette stratégie, la thématique de l'accessibilité aux soins qui n'est par ailleurs pas prise en compte par le Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Citons à ce titre la charte Romain Jacob et le rapport Denormandie Cornu-Pauchet dont on pourrait reprendre et systématiser les propositions.

Les leviers identifiés dans la stratégie

Assistants médicaux : La commission salue la volonté d'augmenter le temps médical des médecins grâce à la création du métier d'assistant médical. Elle sera très attentive au contenu des formations qui seront dispensés car elle souhaite que cette fonction soit un levier pour fluidifier l'accueil, la préparation des consultations des personnes éloignées du

soin. L'assistant médical pourrait être un vecteur pertinent d'accessibilité des soins pour les personnes en situation de handicap.

Aides-soignants : Pourquoi ne pas prévoir la création d'une spécialité « personnes en situation de handicap » au même titre que la spécialité « personnes âgées » évoquée dans la stratégie ? Cela permettrait de rendre le métier plus attractif et de fidéliser les professionnels. Cette spécialisation devra s'accompagner d'une revalorisation salariale et du financement concomitant dans les établissements et services.

Introduire plus de prise en compte de la qualité dans le financement des professionnels : dans la continuité des mesures, une certaine partie de la rémunération des professionnels de santé pourrait être assujettie au fait qu'ils soient accessibles.

COORDINATION TERRITORIALE

La commission santé estime que les CPTS sont un levier pertinent d'actions sur le territoire, toutefois certaines interrogations demeurent :

La place du médico-social dans les Commissions Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Dans la loi santé, il est prévu que le médico-social fasse partie des CPTS. Dans le rapport IGAS sur le sujet, le médico-social semble être placé au rang de partenaire au même titre que l'hôpital et non plus comme partie intégrante. Dans ce même rapport l'IGAS invite les CPTS constitués sous forme associative, à se transformer en Cisa, un statut juridique élaboré pour les maisons de santé pluridisciplinaires dont seules les personnes physiques peuvent être membres. Les associations œuvrant dans le secteur médico-social seraient exclues de fait et l'accès réservé aux seuls professionnels libéraux. Quid des centres santé, des établissements médico-sociaux et des services à domicile (SSIAD, SPASAAD, SAMSAH...) ? Cela nous paraît dommageable d'autant que l'une des missions des CPTS est le maintien à domicile.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Le renforcement des GHT en établissement public ne va pas au bout de sa logique de mise en place de parcours de soin. Il n'est pas co-construit avec les acteurs et en particulier le médico-social. Il n'y a pas de filière handicap visible gommant ainsi les spécificités du handicap. Une intégration des acteurs du secteur médicosocial dans la gouvernance des GHT devrait être envisagée.

Quelles articulations avec les dispositifs de coordination existant sur le territoire ?

Centres locaux d'information et de coordination (Clic), méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia), parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa), réseaux, plateformes territoriales d'appui (PTA), CLSM, CTA... Comment tous ces dispositifs s'articulent-ils ? Une vigilance doit être également portée lors de la phase de transition car il y a un risque si les dispositifs expérimentaux d'appui à la coordination des parcours sont arrêtés sans ou avant

la mise en place de dispositifs de remplacement (par exemple PTA formée à la prise en charge des personnes handicapées).

Préserver les réseaux de santé

Il nous paraît essentiel de prêter attention au devenir des réseaux de santé qui ont un pilotage mixte (Professionnels de santé, associations d'usagers ou représentants et secteur médicosocial) et assurent un rôle majeur sur le territoire (exemple : les réseaux de santé buccodentaire).

Coordination SSR –domicile non envisagée

Si la stratégie envisage la création de gestionnaires de lits pour l'articulation des situations aigües – SSR, rien n'est dit sur la suite du parcours. Le problème ne sera-t-il pas tout simplement déplacé alors qu'existe déjà une grande embolie des lits en SSR faute de solution adaptée au domicile ou en établissement ?

PLACE DU PATIENT

La commission salue l'intervention des patients experts dans les formations initiales des professionnels de santé ainsi que la prise en compte de la satisfaction patient et du vécu du patient dans les soins. Par contre, elle constate que lorsqu'il s'agit de mesures plus concrètes comme la co-construction des guides de prise en charge pour les maladies chroniques, les personnes concernées sont renvoyées à un rôle passif d'objet de soins et non plus d'acteurs (« les professionnels seront à la fois les concepteurs, les promoteurs et les utilisateurs [de ces guides] au profit des patients »).

NUMÉRIQUE ET INFORMATION EN SANTÉ

Accessibilité numérique

Si le numérique peut être un véritable facteur de simplification et d'accès aux informations, il convient de ne pas accentuer la fracture numérique. Être attentif à l'accessibilité des espaces bien-sûr mais aussi prévoir des solutions d'accompagnement humain pour ne pas bloquer les démarches de ceux qui n'ont pas accès à l'informatique. Il convient également de s'assurer d'une protection optimale des données personnelles.

Multiplication des outils et portails

Dans le même souci de simplification, il conviendrait d'éviter la multiplication des outils et l'empilement des couches d'informations et d'espaces web : masante.fr, Ameli.fr, etc.

Dispenser une information en santé utile

La volonté de donner une information fiable et utile doit être poussée jusqu'au bout. Le CNCPH demande à ce que l'annuaire des professionnels de santé soit qualifié : accessibilité

des locaux, disponibilité des outils d'examens, pratique de la sédation pour certains examens, etc.

Afin de porter ces sujets et fluidifier l'accès des personnes en situation de handicap à la Santé (dont le rapport Denormandie souligne la faiblesse), le CNCPH demande l'intégration de représentants du CNCPH aux groupes de travail qui visent à décliner la stratégie Ma santé 2022, tant au niveau de la DGOS, que de la CNAM dans la cadre de la réflexion sur les assistants médicaux.