

SEGUR DE LA SANTE

I – RETOURS D'EXPERIENCES ISSUES DE LA GESTION DE LA CRISE

D'un point de vue unanime entre les membres de l'instance de concertation territoriale, la gestion de la crise a permis de nouveaux modes de collaboration, voire de co-construction, qui eux-mêmes ont favorisé de nouvelles pratiques dont il faut s'inspirer pour l'après crise.

Cette co-construction, animée et facilitée par l'ARS, a permis des résultats probants pour, tout à la fois :

- 1 - Convenir d'une stratégie locale de dépistage (plus volontariste, dès le début de la crise, que la doctrine nationale de l'époque) compte tenu des enjeux et des opportunités locales. Une fois adoptée par les médecins prescripteurs et validée par l'ARS comme par l'assurance-maladie, cette stratégie a engagé les médecins généralistes à travers l'utilisation de modèles d'ordonnance-type acceptés par tous.
- 2 - Clarifier le rôle de chaque partenaire dans le cas du parcours ville hôpital.
- 3 - Rapprocher davantage les médecins libéraux et le SAMU, pour une régulation des appels, efficace 7 jours sur 7.
- 4 - Rendre accessible le recours pour les médecins généralistes, comme pour les établissements médico-sociaux, à une expertise hospitalière devenue indispensable ; Celle des infectiologues comme celle des gériatres.
- 5 - Favoriser les initiatives de coopération, d'un périmètre et d'un genre nouveau, à travers les centres ambulatoires dédiés COVID.
- 6 - Permettre le développement sans précédent de la télémédecine, sous forme de télé consultations et de télé soins, mais aussi de consultation par téléphone.
- 7 - Susciter ou conforter le besoin ressenti, par les professionnels de santé, de pouvoir échanger facilement entre eux pour un partage d'informations ou de bonnes pratiques, à travers différents outils ou méthodes de travail simples et rapides d'utilisation
- 8 - Faire reconnaître les besoins de se projeter, et par la même d'anticiper, pour mieux adapter les stratégies territoriales sur la base d'études épidémiologiques régionales, « d'autant plus que » La Réunion n'avait pas pu bénéficier des modélisations de l'institut Pasteur. Ces études ont aussi permis de convenir d'une méthode de veille épidémiologique appropriée aux possibilités régionales de dépistage.
- 9 - Rechercher des solutions pragmatiques pour satisfaire des besoins nouveaux : Evolution des pratiques pour l'accompagnement à domicile des personnes, enfants comme adultes, en situation de handicap et plate-forme d'écoute, unités territoriales de répit (jamais mises en œuvre jusqu'à présent), unité(s) territoriale(s) COVID pour personnes âgées, développement de la contribution de la médecine libérale à la régulation du SAMU en journée

1 - Exemple de retour d'expériences : **La mise en place de centres ambulatoires dédiés COVID à La Réunion**

Ces centres sont partis d'une initiative spontanée de quelques communes, associées les unes avec les autres, pour desservir un bassin de population donné, et de médecins libéraux choisissant de travailler étroitement avec les infirmiers.

Ont pu ainsi être reconnus un besoin et un schéma d'organisation pour l'ensemble de la région, avec le soutien du conseil de l'ordre, des 2 URPS, de l'assurance-maladie et de l'ARS. À défaut de vouloir être prescriptifs, ces derniers ont élaboré un guide régional de préconisations de façon à ne pas limiter les initiatives locales, tout en garantissant un niveau de sécurité sanitaire minimale pour le fonctionnement de chacun de ces centres.

A travers le besoin, ainsi défini, a été reconnu, par ailleurs, le fait que les centres devaient agir en subsidiarité par rapport aux médecins traitants et, par conséquent, avec leur accord préalable.

Le principe d'une contractualisation tripartite a été adopté et facilement mise en œuvre, faisant converger ainsi les engagements de chacun :

- Les communes pour le soutien matériel et logistique,
- L'ARS pour la reconnaissance de ces centres et la participation financière aux frais de fonctionnement, comme l'octroi d'une garantie de rémunération pour les professionnels de santé (de façon à les inciter à s'engager dans l'expérimentation), et la reconnaissance des charges de coordination.
- Le collectif de soignants, pour le respect des bonnes pratiques et la déclaration auprès du conseil de l'Ordre, d'une activité bi-sites à titre exceptionnel. Le retour d'expérience de ces centres témoigne de la volonté et de la capacité des acteurs à anticiper et innover pour répondre à un besoin éventuel.

En synthèse : Assouplir les modes de fonctionnement habituels, coopérer et décloisonner, de fait, les conseils de l'ordre, les URPS concernées ; Comme l'assurance maladie et l'ARS ont dû soutenir et encourager ces initiatives sans en être à l'origine.

2 - Exemple de retour d'expériences : La mise en place d'une cellule ville-hôpital

- Une cellule ville-hôpital a été mise en place par le CHU, à l'occasion de la crise du COVID19, à l'initiative des infectiologues du CHU, sites nord et sud, et des responsables du département universitaire de médecine générale (DUMG).
- L'objectif initial était de sécuriser la sortie des patients hospitalisés vers le domicile et de préparer les conditions du retour à domicile. Dans une 2ème phase, il s'agissait d'organiser une prise en charge ambulatoire de la totalité du parcours de patients COVID19 + sans signes de gravité ne nécessitant pas d'hospitalisation.
- Le fonctionnement de cette cellule était basé sur l'expertise des infectiologues hospitaliers mise au service des professionnels libéraux de proximité (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens).
- On peut décrire les modalités suivantes :
 - Réunions bi-hebdomadaires en visioconférence, animées par l'ARS (directrice de l'animation territoriale et des parcours de soins) et la présidente de l'URML, auxquelles participaient URML, URPS infirmiers et URPS pharmaciens, conseils de l'ordre des médecins régional et départemental, DUMG, infectiologues. A la demande et selon les sujets retenus, ont été associés les laboratoires, SPF (sur le sujet du dépistage), le CPIAS (recommandations sur le port des EPI et l'hygiène des cabinets médicaux), autres services de l'ARS (sujets des masques, du contact tracing...), assurance maladie. Suite au déconfinement, les réunions sont passées à un rythme hebdomadaire.
 - Mise en place d'une astreinte téléphonique par les infectiologues, avec numéro de téléphone pour assurer réponse aux demandes de conseil des libéraux, pour discussions cliniques.
 - Travail en petits groupes pour l'élaboration de recommandations, d'outils.
 - Mise en place de webinaires.
- Résultats. En un peu plus de 2 mois, différents outils ont été élaborés, validés, et diffusés aux professionnels :
 - Logigramme d'organisation des parcours de patients COVID19+ en sortie d'hôpital, ou avec parcours exclusivement ambulatoire. Ceci permettant de clarifier le rôle de chaque intervenant autour du patient.
 - Outils à destination des professionnels : recommandations de prise en charge, d'organisation des cabinets (mesures d'hygiène et port des équipements de protection individuelle) pour médecins et infirmiers.

- Outils à destination des patients : fiches conseils pour isolement à domicile.
 - Recommandations sur les cibles de dépistage : documents précisant les indications et situations relevant d'un test PCR, évolutifs au cours de la crise. Ordonnances-type de prescriptions standardisées selon les recommandations établies en concertation avec les laboratoires.
 - Diffusion d'un outil de télésuivi : Mediconsult pour le suivi à domicile. Quelques adaptations locales avec l'appui du GCS Tésis.
 - Débats sur les masques et modalités de distribution en période de pénurie puis en phase d'accès couvrant les besoins.
 - Débats sur les centres ambulatoires COVID19
 - Contribution à l'élaboration de recommandations sur l'organisation de centre d'hébergement pour patients COVID19+
- En synthèse : la création de la cellule ville-hôpital a été appréciée par les libéraux et les hospitaliers qui en font un bilan très positif. Celle-ci a été un lieu de co-construction et de débats entre les différents acteurs du soin, permettant d'organiser les relations de travail entre CHU et professionnels libéraux. Elle a réellement permis de diffuser de façon rapide l'état des connaissances et d'établir des recommandations de bonnes pratiques pour les libéraux. De plus, la cellule ville-hôpital du CHU a joué un rôle de continuité des soins lorsque les libéraux ne pouvaient pas l'assurer.
 - Ce type de dispositif gagnerait à être soutenu dans la durée, car il participe d'un décloisonnement entre acteurs du système de soins, et favorise la qualité des soins par une meilleure appropriation des recommandations de bonne pratique. Le temps médical hospitalier au titre de fonction ressource serait à reconnaître. Concernant le temps mobilisé par les libéraux, il faut aussi qu'il soit reconnu et valorisé au bénéfice par exemple des différents organismes représentatifs (URPS et CPTS). On pourrait imaginer de soutenir ces initiatives soit de façon pérenne et continue, soit sur des temps limités à la phase d'élaboration du projet et des outils (financement sur projet, avec souplesse et réactivité de la part de l'administration). La limite à cette dernière proposition étant le temps d'expert médical à dédier.

3 – Exemple de retours d'expériences dans les établissements médico-sociaux

1 - Plateforme d'Intervention

Afin de garantir aux familles un soutien au maintien des jeunes à domicile, habituellement accueillis en semi internat, en Unité d'Enseignement Externalisée, ou suivis par les SESSAD (déficients intellectuels, déficients moteurs, autistes).

Une équipe de 30 professionnels fut constituée en plateforme en maintenant une représentativité des métiers : médecins spécialistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, psychologues, aides médico psychologiques et assistants de service social.

Cette plateforme d'intervention a permis une mutualisation des compétences, des moyens humains et des moyens techniques à travers un partage d'outils et d'interventions des professionnels de l'Institut d'Education Motrice, du Service d'Accueil Temporaire, de l'Institut Médico Educatif, des Unités d'Enseignement Externalisées, des ULIS et des SESSADs.

La première mission de cette équipe a été de mettre en œuvre une veille téléphonique assurée auprès de l'ensemble des familles et plus particulièrement auprès des familles que cette crise sanitaire a mis en difficulté ou fragilisées. Ainsi l'équipe s'est rendue disponible auprès des parents et a eu pour mission de recenser les besoins pour des interventions à domicile ou des accompagnements externes et de repérer les situations complexes nécessitant la mobilisation de dispositifs spécifiques.

Dans un deuxième temps, des Visites à Domicile, ainsi que des sorties individualisées ont été proposées aux jeunes « souffrant » du confinement, ce qui a pu aussi permettre des moments de répit aux familles.

Les moyens déployés furent multiples :

- Contacts téléphoniques
- « Visio entretiens » tant auprès des familles que des jeunes
- Conseils et Ecoute
- Entretiens psychologiques
- Transmissions d'informations
- Transmissions de supports éducatifs, de documents pédagogiques, d'outils spécifiques en lien avec des repères nécessaires à retrouver dans le milieu familial
- Mise à disposition de matériel de loisirs et de jeux
- Visites à domicile pour des séances de prises en charge ré éducatives ou éducatives
- Sorties extérieures individualisées

Chaque semaine, il a été réalisé en moyenne une vingtaine de déplacements pour dépôt aux familles de matériels, d'outils, de documents opérés par les membres de la plateforme. De plus, une fonction de coursier a été déployée en interne deux jours par semaine pour faciliter la transmission des documents afin de compléter le dispositif et de répondre dans les meilleurs délais aux demandes et besoins des familles et des jeunes.

L'ensemble des familles des différents services a bénéficié d'un contact téléphonique à minima une fois par semaine.

2 - Service d'Accueil Dérogatoire

En complément de la plateforme d'intervention, a été organisé un Service d'Accueil Dérogatoire, au regard de situations complexes.

En effet, face à la prolongation de la période de confinement, le principe du maintien à domicile accompagné a pu se révéler insuffisant pour préserver la santé de certains enfants ou des proches aidants ainsi que l'équilibre de la cellule familiale.

Il a par ailleurs été constaté de potentielles situations de mise en danger d'enfants, de besoins d'assistance non couverts et des absences de service AEMO liées au contexte sanitaire.

Fort de ce constat, a été développé une solution subsidiaire d'accueil de jour en créant un Service d'Accueil Dérogatoire à destination d'enfants de moins de 10 ans déficients intellectuels, TSA, présentant des troubles du comportement ou présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

Trois critères distincts ont été établis concernant l'admission dans ce service temporaire :

- Constat d'échec des modalités d'accompagnement pour le maintien à domicile déployées en priorité
- Familles présentant des difficultés majeures de gestion du confinement au domicile,
- Identification par les médecins des établissements d'origine de situations urgentes.

Le SAD a offert des demi-journées de répit et a permis de faire face à l'épuisement des familles en accueillant 6 enfants par jour sur site.

3 - Emergences de nouvelles fonctions en EHPAD

Les EHPAD, MAS, FAM, FAO, ont pu bénéficier du renfort du personnel des IME, SESSAD, etc. durant cette période de crise sanitaire.


Après une période d'adaptation, ces professionnels ont su mettre en place très rapidement le climat de confiance nécessaire pour accompagner les résidents dans un contexte où les liens physiques avec les familles étaient coupés, les animations et la vie à l'extérieur également interrompus.

Ils se sont centrés à redéfinir la place du résident dans cette période complexe, à travers des techniques d'accompagnement « éducatives » pour favoriser l'accompagnement du passage de l'isolement vers la vie communautaire, par des pratiques collectives (dans la limite qu'impose les gestes barrières).

Les projets mis en place durant cette période, ne s'appuient pas uniquement sur la proposition d'activités occupationnelles ou de loisirs, mais sur la prise en compte des désirs et des besoins de la personne dans le cadre de son histoire de vie, tout en s'articulant avec la prise charge quotidienne au sein de l'EHPAD, contribuant ainsi à un mieux vivre ensemble.

S'est établi ainsi, une vraie complémentarité avec les métiers d'animateur et de soignant, ce renfort a permis de maintenir :

- Des liens sociaux entre les résidents,
- Une dynamique de vie au sein de l'établissement en innovant dans l'approche des animations en EHPAD

- 
- Les contacts et partage des activités avec les familles grâce aux nouvelles technologies. Ces actions d'accompagnement ont permis de limiter les effets délétères du confinement, sur la santé psychique des résidents dans nos établissements en raison de l'isolement, de l'absence de contact avec les familles et de la rupture des liens sociaux extérieurs.

Leur présence en renfort a aussi permis aux personnels de proximité, ASL et Aides-Soignants, de s'investir dans des actions d'animation (au sens large du terme). Permettant ainsi, de conforter la préconisation du rapport EL KHOMRI, sur la prévention des risques d'usures professionnels, par l'implication de ces professionnels sur d'autres tâches participant à la vie de l'établissement et à l'accompagnement des résidents.

4 - Exemple de retour d'expériences (hors gestion de crise)

La mise en place d'une Communauté Territoriale de Santé Mentale

- Les points forts d'une démarche originale :

- Une démarche véritablement décloisonnée fondée sur l'élargissement d'emblée du dispositif réglementaire.

Créée dès Avril 2017, la Communauté Territoriale de Santé Mentale 974 (CTSM 974) s'est voulue d'emblée extrêmement inclusive (regroupant l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux, les réseaux concernés, les professionnels de santé de ville, les représentants des usagers).

La gouvernance a été organisée autour de collègues et d'un référent sanitaire et médico-social « tournant ».

Ainsi, s'il s'agit bien sur le plan réglementaire¹ d'une communauté psychiatrique de territoire, elle dépasse volontairement le strict champ de la psychiatrie pour embrasser celui de la santé mentale.

Commentaire : le département semble sur cette thématique le bon échelon, tout en assurant une articulation avec l'échelon communal ou intercommunal plus pertinent pour certaines thématiques ou pour la mise en œuvre pratique des actions.

Il est essentiel que la gouvernance soit partagée au fil du temps. L'approche exclusivement sanitaire de la CPT telle qu'elle est conçue actuellement reste hospitalo-centrée et demeure un frein pour faciliter une démarche de santé publique élargie à la réflexion en santé mentale.

- Un dialogue intersectoriel, une animation organisée par les acteurs avec l'accompagnement et le soutien de l'ARS

L'originalité de cette instance fédératrice et collégiale de dialogue « intersectorielle » a permis d'engager dès octobre 2018 un travail collectif et partagé de diagnostic sur l'ensemble des aspects du parcours de la personne souffrant de troubles psychiques à La Réunion.


La présence d'un coordinateur a énormément facilité le travail de collecte, d'exploitation et l'appropriation par les acteurs de ces éléments diagnostics.

Le financement de ce coordinateur pour déployer une véritable méthode de co-construction, et sa présence à l'instance de validation de la CTSM 974 pour toujours veiller à la cohérence des travaux engagés avec les orientations régionales et nationales ont été des éléments clé de la réussite de cette démarche

- Une capacité à définir collectivement des priorités dans un cadre et une optique de santé publique cohérents.

C'est sur cette base que les membres ont été capables de définir ensemble des priorités en y intégrant en toute transparence la dimension financière. 7 axes stratégiques et 24 actions prioritaires constitutives du Projet Territoriale de Santé Mentale (PTSM) ont ainsi été arrêtées en octobre 2019.

- Des premières concrétisations tangibles sur le parcours des patients



Plus concrètement encore, il faut noter que la dynamique constitutive de la CTSM 974, au-delà de l'élaboration du PTSM 974, a déjà des effets positifs sur la fluidification des parcours.

Citons ici, sans être exhaustifs, des parcours formalisés entre hôpital public et clinique (notamment pour les adolescents, problématique particulièrement prégnante à la réunion), un partenariat nouveau avec les acteurs de l'addictologie en hospitalisation complète, une plus grande mobilisation des partenaires dans les actions de sensibilisation à destination du grand public, un décroisement entre l'hôpital et la ville dans le cadre des CLSM existants ou encore l'émergence de protocoles d'entrées et de sorties d'hospitalisation avec les établissements médico-sociaux.

Enfin au-delà des actions du PTSM, la communauté a pris l'initiative d'explorer davantage encore les possibilités de mutualisation sur des sujets tels que les recrutements de médecins psychiatres, le développement de la recherche et de la communication sur l'offre existante.

II – PROPOSITIONS ISSUES DE LA CONCERTATION TERRITORIALE MENEES SUR L'ILE DE LA REUNION :

Abréviations :

P. ... : Proposition

R : du ressort régional

N : du ressort national

1 – Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

P.1 / R et N – Réformer en profondeur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique régionale de santé, et le soutien aux personnes vulnérables, autour de 4 axes

- R -** Consolider les missions et les méthodes de pilotage et de suivi de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) en la dotant d'un budget propre et en lui reconnaissant un rôle d'évaluateur, pour mesurer l'atteinte des résultats à échéance donnée.
 - Définir des objectifs de santé adaptés aux besoins du territoire, tout en restant cohérent avec les objectifs des politiques publiques nationales.
 - Faire émerger des projets territoriaux de santé (PTS) interactifs avec le PRS
 - Permettre ainsi le décloisonnement et la co-construction des réponses aux besoins prioritaires à satisfaire.
 - Articuler les logiques Contrats Locaux de Santé (CLS), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), projets d'établissements sanitaires et médico-sociaux, via les Projets Territoriaux de Santé (PTS).
 - Privilégier la recherche de résultats tangibles et mesurables pour identifier les actions prioritaires à mener.
- N -** D'où les changements suivants :
 - Un PRS élaboré pour 12 ans (2 fois 6 ans)
 - Des PTS, fonction du périmètre des intercommunalités (1 ou 2 par intercommunalité) favorisant une bonne articulation entre les contrats locaux de santé, voire des contrats inter-locaux de santé, pour 6 ans (correspondant avec à la durée du mandat des maires) et les projets d'établissements de santé, comme les projets d'établissements médico-sociaux ; eux-mêmes débouchant sur des CPOM de GHT, fusionnés avec les CAQS, et des CPOM médico-sociaux, chacun pour une durée de 6 ans.

P.2 / N - Pérenniser les plateformes ville-hôpital :

Faciliter le recours à l'expertise hospitalière pour instaurer des temps d'échanges sur les pratiques et co-construire des parcours. Cette mission faisant l'objet d'une Mission d'Intérêt Général bien identifiée et financée comme telle.

P.3 / R - Pérenniser la cellule épidémiologique (ORS, Santé Publique France, Centre d'Investigation Clinique et d'épidémiologie clinique) : aide à la décision, et aide à la réalisation des diagnostics de territoire pour la réalisation du PRS.

P.4 / N - Développer le bon usage de la téléconsultation, du télésuivi et du télésoins après évaluation des leviers mais aussi des freins et des limites :

Se donner les moyens de prévenir et de lutter contre la fracture numérique de l'utilisateur.

Maintenir les assouplissements juridiques et financiers prévus lors de crise Covid.

P.5 / R et N – Renforcer le décloisonnement pour l'amélioration des parcours :

R - Intégration de l'hospitalisation à domicile (HAD) dès le début du parcours avec le repérage précoce des patients à risque.

N - Les urgences : Amplification de la collaboration entre la médecine de ville et la régulation des urgences qui a bien fonctionné pendant la crise Covid. Poursuite de la préfiguration du modèle SAS.

P.6 / R – Pérenniser le suivi quotidien, voire en temps réel des disponibilités en lits (établissements publics et privés) sur un territoire donné dans un but de régulation des patients. Des équipes de « bed managers » ou gestionnaires de lits permettent la connaissance rapide et partagée des capacités en hospitalisation et en réanimation.

Mettre également en place des dispositifs de gestionnaire de sorties (financés par une Mission d'Intérêt Général) permettant de créer un lien efficace entre le service social hospitalier, le service social communal et départemental et la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) pour la sortie de cas complexes.

2 - Simplifier radicalement les organisations et améliorer le quotidien des équipes

P.1 / N – Rationnaliser pour simplifier, la « comitologie » interne dans les hôpitaux publics (CME, CTE, CS, CDU, directoire) et utiliser les outils numériques pour les présentations soient en ligne et que les réunions ne servent qu'aux discussions.

Idem au niveau régional (CSOS et autres...)

P.2 / N – Procédure des autorisations :

Dans le cadre de la co-construction des PTS, la délivrance des autorisations pour l'activité de soins nouvelles, devra pouvoir se faire le plus possible par cooptation entre les opérateurs de santé, soumise à validation de la CSOS puis de l'ARS. La mise en concurrence des opérateurs devient ainsi l'exception à la règle générale.

Les autorisations sont attribuées sur toutes formes d'hospitalisation (complète, de jour).

Prévoir une seule fenêtre (contre deux systématiquement).

Dans un souci de simplification, les demandes d'autorisation seront présentées sous la forme de dossiers type et l'institution d'un contrôle à posteriori se fera sur pièces, plutôt qu'à priori (ex. des diplômes).

P.3 / N – Développer et concilier sécurité et facilité d'utilisation pour le partage et/ou l'échange des données médicales entre professionnels de santé.

Inscrire les professionnels et les industriels dans une dynamique d'échange et de partage des données de santé, notamment avec des outils aux standards d'interopérabilité nationaux. Labéliser des outils métiers afin qu'ils respectent les standards d'échange pour garantir l'interopérabilité des Systèmes d'Informations (SI) hospitaliers (publics et privés) et les logiciels de gestion de cabinet.

P.4 / N – Poursuite d'une simplification significative de la certification de l'HAS.

P.5 / N - Assouplir significativement les règles de la **commande publique** pour redonner du temps aux gestionnaires et pour développer les marges de négociation. Simplifier les procédures pour un contrôle désormais centré sur les résultats à postériori, et non pas hypertrophié par le respect des règles de passation des marchés.

P.6 / R - Préserver voire conforter l'agilité des méthodes de travail utilisées pendant la crise Covid, en particulier le recours à la vidéo-conférence facilitant l'expression du plus grand nombre.

P.7 / N – Anticiper la réponse aux besoins en recrutement de nombreux et compétents professionnels **par un plan de développement des formations initiales** co-construit avec la Région, le pôle emploi, l'ARS et les acteurs de terrain.

P.8 / N – Faciliter l'accès au métier d'Infirmier de Pratiques Avancées en assouplissant les conditions d'accès, pour diminuer le niveau de formation initiale exigible (master) ou simplifier les dispositifs de VAE.

P.9 / N – Favoriser l'amélioration de l'organisation du travail : Réflexion sur la manière de concilier l'engouement des équipes pour les 12h, avec le code du travail.

Revoir l'organisation du travail et la nécessité de prévoir des temps de transmission inter-équipes adaptés à la réalité des besoins.

Amélioration en conséquence de la densité des effectifs soignants pour améliorer les temps de transmission.

P.10 / N – Encourager la territorialisation des formations afin d'éviter le plus possible, aux élèves de se rendre en métropole : les coordonnateurs, les gestionnaires de parcours, les infirmiers de pratiques avancées.

P.11 / N – Permettre la réduction du temps de titularisation pour les contractuels. Desserrement de la contrainte financière pour éviter la précarisation de l'emploi.

P.12 / N – Favoriser **l'exercice médical mixte** entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux par des incitatifs financiers plus puissants qu'aujourd'hui.

Favoriser également le développement de l'exercice mixte pour d'autres métiers tels que les infirmiers.

Poursuite du dispositif Covid qui permet l'introduction des infirmiers libéraux en EHPAD pour majorer la densité du personnel soignant.

3 - Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins :

P.1 / N - Revalorisation du **coefficient géographique de la Réunion** (actuellement de 31 %) à 34-35 % (objectifé par une étude) et son application sur certaines lignes MIGAC qui n'en bénéficient pas, permettant la prise en compte exhaustive des surcoûts supportés par les hôpitaux réunionnais.

P.2 / N – Réserver la T2A aux soins courants. Mettre en place une modulation supplémentaire des financements à l'activité pour reconnaître la graduation et la spécialisation des soins en CHU.

- Greffes et transplantations d'organe (surcoût su typage HLA), réanimations et soins critiques, filière neuro-vasculaire.
- Majoration « expertise » des tarifs des séjours et forfaits en fonction de la reconnaissance d'un centre de compétence ou de référence expert : maladie rares, TAVI, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie du cancer.
- Majoration « expertise » des tarifs des séjours et forfaits en fonction de la reconnaissance d'un centre de compétence ou de référence expert : maladie rares, TAVI, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie du cancer

P.3 / N - Médicaliser davantage les indicateurs assurance-maladie, des dépenses hospitalières.
Ex : corrélér davantage le contrôle de l'évolution des dépenses de transport sanitaire avec l'évolution de l'activité hospitalière.

P.4 / N - Maintenir voire développer encore la proportion du **financement à la qualité** mais en améliorant la pertinence des indicateurs utilisés pour mieux rendre compte des efforts de coopération de l'hôpital avec la ville. Il faut aussi mieux tenir compte de l'engagement des établissements dans la maîtrise de la pertinence des actes.

Permettre un pilotage infra-annuel par une meilleure visibilité sur les indicateurs chiffrés utilisés par la DGOS.

P.5 / N - Reconsidérer la politique fiscale opposable aux établissements de santé (publics et privés) : en particulier la taxation sur les salaires, la TVA et l'octroi de mer.

Emergence d'un fonds de compensation de la TVA sur l'investissement pour les hôpitaux à l'identique des investissements des collectivités locales

P.6 / N - Concernant les établissements de santé privés : Rechercher **l'égalité des tarifs** pour des activités qui ne justifient pas de différences de traitement entre le public et le privé (SSR, santé mentale).

P.7 / N - Mieux prendre en compte, les surcoûts au titre de la précarité, pour les activités qui n'en bénéficient pas encore actuellement : HAD, santé mentale, SSR. La dotation populationnelle, devra également permettre une garantie de financement pour prendre en compte les effets de seuil incontournables pour le fonctionnement de certaines activités telles que les maternités, la réanimation, ou les soins critiques.

P.8 / N - La suppression du **Crédit d'Impôt Compétitivité Emploi** (CICE) en 2019 n'a pas été compensée à hauteur des diminutions de cotisations ; les établissements de santé privés assujettis ont connu un reste à charge de 3% du CICE.

P.9 / N - Pour les établissements médico-sociaux : simplification des règles de financement avec la remise en cause des trois budgets distincts.

P.10 / N – Renouer avec une logique de **plans d'aides à l'investissement**, pour que celui-ci ne serve plus de variable d'ajustement, aux plans de maîtrise des dépenses hospitalières. Permettre au contraire, par la reprise de la dette et des plans d'aides en capital ou en exploitation courante, de faire face à l'augmentation des investissements incontournables, au titre du numérique en santé sur le territoire.

P.11 / N – Instaurer une **reprise de la dette par l'Etat** (ACCOS) qui se traduit par un transfert juridique et comptable de toutes les obligations contractuelles dès 2021, pour restaurer les marges de manœuvre budgétaire.

P.12 / N - Pour les établissements médico-sociaux : Prévoir des aides importantes à l'investissement pour l'aide à la recomposition de l'offre - développement des centres d'hébergement et des centres de jour en lieu et place des lits d'hébergement devenus parfois excédentaires. Accompagnement financier de la transformation de l'accueil résidentiel en accueil hôtelier au titre de l'hébergement provisoire ou séquentiel.

P.13 / R - Création d'une plateforme logistique d'approvisionnement (établissements publics-privés sanitaires et médico-sociaux) afin, d'une part, de développer la sécurisation du stock stratégique des EPI et médicaments nécessaires au maintien de l'activité en situation épidémique, et, d'autre part, de mutualiser achat, stockage et approvisionnement. Cette création répond aux conditions d'insularité réunionnaise.



ANNEXE

Contributions des partenaires :

- FEHAP
- FHP
- France Assos Santé
- GHT de la Réunion
- Fédération Nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- FO – Océan Indien
- CFTC
- Syndicat des psychiatres d'hôpitaux
- Brigitte Chane-Hime, représentante de la conférence Nationale de Santé
- Fédération Santé Habitat