

L'hôpital au service du droit à la santé

Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier

2020-21

NOR : CESL1100021X

mardi 13 octobre 2020

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE

Mandature 2015-2020 – Séance du mardi 13 octobre 2020

L'HÔPITAL AU SERVICE DU DROIT À LA SANTÉ

Avis du Conseil économique, social et environnemental

présenté par

Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier

Au nom de la

section des affaires sociales et de la santé

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 14 avril 2020 en application de l'article 3 de l'ordonnance no 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à la section des affaires sociales et de la santé la préparation d'un projet d'avis intitulé : *L'hôpital au service du droit à la santé*. La section des affaires sociales et de la santé présidée par Mme Aminata Koné, a désigné Mme Sylvie Castaigne comme rapporteure, M. Alain Dru comme rapporteur et Mme Christine Tellier comme corapporteure.

AVIS	5
SYNTHESE DES PRECONISATIONS	6
INTRODUCTION	12
I - RÉTABLIR UN FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL ADAPTÉ AUX BESOINS	18
A - L'hôpital, ses métiers, son financement, sa gouvernance : créer une dynamique valorisation/attractivité	18
1. Recruter pour améliorer globalement les conditions de travail	18
2. Développer les protocoles de coopération et de délégation de tâches.	22
B - Investissement et financement : redonner la priorité à la qualité et à la pertinence du soin	25
1. Investir dans les hôpitaux	25
2. Rémunérer la prévention, la coordination et la qualité	28
3. Structurer l'ONDAM autour des priorités de santé	30
C - La gouvernance de l'hôpital : rééquilibrer les pouvoirs au profit des soignants et soignantes, des usagers et usagères et des élus et élues	32
II - MIEUX INTÉGRER L'HÔPITAL DANS LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES ET REFONDER LA GOUVERNANCE EN SANTÉ	39
A - Dans les territoires: assurer l'adéquation entre les besoins et l'offre de santé	39
B - A l'échelle régionale : organiser un pilotage plus démocratique de l'offre et des moyens	45
III - L'HÔPITAL DANS LE SYSTÈME DE SOIN : MIEUX ORGANISER LES INTERFACES	50
A - Un hôpital désengorgé dans un parcours de soin amont/aval mieux organisé	50
1. Une priorité: assurer enfin l'interopérabilité des systèmes informatiques	50
2. Multiplier les lieux d'exercice pluriprofessionnel et le temps partagé	54
3. Organiser la permanence des soins	55
4. Lever les freins à l'hospitalisation à domicile	56
B - Le rôle de l'hôpital dans la continuité de la prise en charge médicale et sociale	58
1. Renforcer le service social de l'hôpital ainsi que les dispositifs intra et extrahospitaliers	60
2. Favoriser la communication, les rapprochements professionnels et les interactions entre l'hôpital et les acteurs sociaux et médico-sociaux	62
3. Améliorer la prise en charge des personnes âgées	64
CONCLUSION	68

DÉCLARATIONS/ SCRUTIN	69
ANNEXES	95
N°1 Composition de la section des affaires sociales et de la santé à la date du vote	96
N°2 Liste des personnes auditionnées	98
N°3 Synthèse des résultats de la consultation citoyenne	105
N°4 Bibliographie.....	111
N°5 Table des sigles	113

Avis

Présenté au nom de la section des affaires sociales et de la santé

L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 207 voix pour et 1 abstention.

L'HÔPITAL AU SERVICE DU DROIT À LA SANTÉ

Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier

SYNTHESE DES PRECONISATIONS

Rétablir un fonctionnement de l'hôpital adapté aux besoins

L'hôpital, ses métiers, son financement, sa gouvernance : créer une dynamique valorisation/attractivité

Préconisation n°1 :

Il faut redonner de l'attractivité et du sens aux métiers de la santé en :

- procédant aux recrutements nécessaires et en imposant un ratio effectif/patiente et patient suffisant selon les services pour garantir la sécurité des personnes et de meilleures conditions de travail pour les personnels ;
- revalorisant significativement l'ensemble des métiers de la santé, de la prévention et des soins pour atteindre la moyenne des 10 premiers pays de l'OCDE.

Préconisation n°2 :

Réunir les conditions d'un plus grand déploiement de la pratique avancée :

- favoriser la formation continue qui doit être rendue concrètement possible en la finançant et en libérant du temps pour le personnel ;
- ouvrir ou renforcer les possibilités de Validation des acquis de l'expérience (VAE) pour favoriser la reconnaissance de responsabilités ou de technicités effectives.

Préconisation n°3 :

Simplifier la procédure de validation des protocoles de coopération et de délégation de tâches

Autoriser leur extension nationale dès lors qu'ils ont été approuvés par l'Agence régionale de la santé et validés par la Haute autorité de santé.

Investissement et financement : redonner la priorité à la qualité et à la pertinence du soin

Préconisation n°4 :

Relancer l'investissement hospitalier en restructurant la dette, en la sortant du secteur marchand et en supprimant la taxe sur les salaires pour réaffecter l'économie ainsi réalisée à l'emploi, à la valorisation des carrières et à l'amélioration des conditions de travail.

Préconisation n°5 :

Réserver la T2A aux soins standardisés, accélérer la réflexion sur l'élargissement des rémunérations forfaitaires, leur montant et leur mise en œuvre.

Préconisation n°6 :

Progresser, avec les financeurs (CNAM, CNSA, MSA, État), dans la mise en œuvre de la mixité des rémunérations en ville comme à l'hôpital en finançant la prévention, la pertinence et la qualité du soin, ainsi que la continuité des parcours.

Préconisation n°7 :

Restructurer l'ONDAM autour des priorités de la politique de santé, notamment la prévention et l'éducation à la santé, la qualité des soins et la coordination des parcours, et le faire évoluer en fonction des besoins de santé et non pas en fonction des prévisions de recettes ou des objectifs d'économies. L'ONDAM doit évoluer vers un cadre pluriannuel et des enveloppes davantage décloisonnées pour mieux financer la continuité des parcours.

La gouvernance de l'hôpital : rééquilibrer les pouvoirs au profit des soignants et soignantes, des usagers et usagères et des élus et élues

Préconisation n°8 :

Pour retrouver une gouvernance équilibrée des hôpitaux :

- revoir le rôle des directeurs et directrices afin de ne pas le limiter aux fonctions de gestion et développer leur mission de coordination des acteurs et des actrices du réseau territorial de santé ;

- donner aux commissions représentatives des soignants (CME et CSMIRT) un rôle co-décisionnaire, avec la direction de l'établissement, sur le projet médical d'établissement et les nominations des responsables de service et/ou de pôles ainsi qu'une fonction consultative sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ;

- renforcer vigoureusement le dialogue social notamment autour de questions d'hygiène, de sécurité et de la qualité de vie au travail ;

- consolider la Commission des usagers comme s'y engage le Ségur de la Santé, notamment en renforçant sa place dans l'organigramme des établissements et en élargissant son champ d'action.

Mieux intégrer l'hôpital dans la réalité des territoires et refonder la gouvernance en santé

Dans les territoires : assurer l'adéquation entre les besoins et l'offre de santé

Préconisation n°9 :

Renforcer le rôle des Conseils territoriaux de santé (CTS) en élargissant leur composition pour en faire de véritables parlements de santé de proximité et leur confier :

- l'élaboration du diagnostic et d'une analyse prévisionnelle des besoins partagée avec tous les acteurs et actrices concernés ;

Synthèse de l'avis

- la préparation et l'adoption d'un schéma de santé, au niveau territorial de proximité pertinent, en veillant à ce que ce document organise la réponse aux besoins et propose l'affectation des moyens ;

Les CTS devront être systématiquement associés aux objectifs et évaluations des contrats locaux de santé.

Le CESE demande un moratoire sur les suppressions de lits, les fermetures et les réorganisations de services et d'établissements jusqu'à l'élaboration du diagnostic et l'adoption du schéma de santé.

A l'échelle régionale : organiser un pilotage plus démocratique de l'offre et des moyens

Préconisation n°10 :

Consolider la démocratie sanitaire :

- renforcer le poids du Conseil régional et de la CRSA dans l'élaboration et l'approbation du Projet régional de santé (PRS) pour arriver à une véritable co-construction. En cas de désaccord avec l'ARS, l'arbitrage doit être fait par le ou la ministre en charge de la santé ;

- organiser, sous la responsabilité des CESER, des consultations citoyennes sur les orientations du PRS ;

- renforcer le contenu du PRS autour de deux axes : les priorités régionales et leur adéquation avec les moyens alloués par les financeurs ;

- inclure un volet santé dans les contrats de plan Etat-région, en cohérence avec le PRS.

Préconisation n°11 :

Réviser le statut des ARS sur 3 points :

- leur composition : renforcer le poids des élus/élues, des usagers/usagères et des acteurs/actrices de santé dans leur Conseil de surveillance ;

- leur mission : la réorienter vers le suivi stratégique des priorités identifiées dans le PRS, la coordination des acteurs et des actrices, la réalisation de travaux prospectifs ;

- leurs pratiques vis-à-vis des opérateurs de santé : passer d'une relation administrative et de contrôle budgétaire à une relation de co-construction des objectifs et des moyens et à un rôle d'accompagnement des acteurs et des actrices territoriaux.

Cette évolution ne pourra être opérationnelle qu'avec un redimensionnement des effectifs notamment dans les délégations départementales

L'hôpital dans le système de soin : mieux organiser les interfaces

Un hôpital désengorgé dans un parcours de soin amont/aval mieux organisé

Préconisation n°12 :

Améliorer l'interopérabilité et la qualité des systèmes d'information, accélérer le déploiement du DMP, tirer les enseignements des pas franchis durant la crise de la Covid-19 en matière de télémédecine tout en assurant le respect des droits des patientes et patients et des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Garantir l'hébergement en France ou en Europe par une société européenne de toute donnée de santé recueillie en France.

Préconisation n°13 :

Pour évoluer vers un premier recours pluriprofessionnel davantage porté par la ville et les établissements médicosociaux, le CESE préconise de :

- diffuser et consolider les CPTS, favoriser le développement des regroupements pluri-professionnels comme les Maisons de santé et les Centres de santé pluridisciplinaires en privilégiant leur implantation dans les lieux où elle aura été jugée prioritaire par les Conseil territoriaux de santé ;
- consolider la place donnée à la coordination avec les hôpitaux et les structures sociales et médico-sociales dans le projet médical des CPTS ;
- encourager les exercices mixtes (qui combinent une activité en libéral et une activité salariée) et partagés entre plusieurs établissements d'un même territoire en renforçant les soutiens apportés aux structures ambulatoires d'accueil des professionnels et professionnelles de santé.

Préconisation n°14 :

Organiser la permanence des soins à travers :

- un numéro unique d'appel ;
- la mise en place, en journée, d'une plateforme de régulation interconnectée aux agendas des médecins (généralistes et spécialistes) avec des créneaux dédiés exclusivement à des consultations non programmées ;
- la mise en place, de 18h à minuit et les week-ends, de maisons médicales de garde où collaboreront médecins de ville et urgentistes hospitaliers.

Préconisation n°15 :

Lever les freins à l'Hospitalisation à domicile (HAD), en :

- encourageant la participation de la HAD aux dispositifs de coordination (en particulier les CPTS) ;
- recrutant davantage grâce à une revalorisation des professions de la HAD (infirmières et infirmiers, aides-soignantes et aides-soignants à domicile, médecins coordonnateurs) et à une facilitation des passerelles dans les carrières et des exercices partagés;

Synthèse de l'avis

- intégrant la HAD dans le choix des investissements et les modes de financements.

Le rôle de l'hôpital dans la continuité de la prise en charge médicale et sociale

Préconisation n° 16 :

Consolider les missions et les moyens du service social à l'hôpital, en particulier pour les patientes et patients âgés et les patientes et patients vulnérables :

- y faire travailler ensemble les travailleurs sociaux et des soignants afin de diffuser la culture médico-sociale à l'hôpital et d'améliorer la prise en charge des cas complexes ;

- renforcer, par un financement plus important, les moyens des dispositifs d'accès aux soins pour les plus démunis ou vulnérables qui concrétisent une approche globale de la personne.

Préconisation 17 :

Encourager la participation des acteurs et actrices sociaux et médico-sociaux aux CPTS, favoriser l'exercice partagé entre établissements sanitaires et structures sociales et médico-sociales, élargir les formations et créer de nouveaux métiers axés sur la coordination médico-sociale ;

L'articuler avec l'action des associations, des bénévoles, des volontaires et des aidants et aidantes pour maintenir le lien social des patients et patientes isolés.

Préconisation 18 :

Le CESE demande, en plus des préconisations qu'il a formulées sur les EHPAD dans son avis du 24 avril 2018 et comme le recommande le Conseil national de Gériatrie :

- d'adapter le nombre de lits de court séjour de gériatrie afin de permettre l'admission directe des patientes et patients âgés gériatriques : atteindre au minimum 1 lit et tendre vers 2 lits pour 1000 habitants et habitantes de 75 ans et plus ;

- redimensionner les équipes mobiles de gériatrie hospitalières et les équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières afin qu'elles puissent intervenir sur demande au domicile et en EHPAD ;

- d'instaurer dans chaque établissement de santé une commission de coordination gériatrique auprès de la CME et de la Direction des soins et d'y inclure les actrices et acteurs intra et extrahospitaliers du territoire de santé avec pour objectifs d'améliorer les prises en charge hospitalières et les transitions ville/hôpital (entrées et sorties); de favoriser une acculturation gériatrique au sein de l'ensemble des unités de soins accueillant des patientes et patients âgés de 75 ans et plus; de réduire le taux de ré-hospitalisation et les hospitalisations non programmées.

INTRODUCTION

Le calendrier dans lequel s'est inscrite la préparation de cet avis est particulier. Outre de longs mouvements sociaux, soutenus par la population, la situation des hôpitaux est à l'origine de nombreuses pétitions qui ont décidé du principe de cette saisine¹. La crise sanitaire liée à la Covid 19 n'a fait que les amplifier, portant le nombre de signatures à des niveaux très élevés voire jamais atteints². Initiées tant par des collectifs de soignantes et soignants que par des patientes et patients ou des citoyennes et citoyens, elles multipliaient les alertes et certaines d'entre elles étaient adressées au CESE. Elles déploraient les fermetures de lits, de services ou d'établissements et dénonçaient l'insuffisance des moyens et la dégradation continue des conditions de travail. Elles soulignaient l'urgence d'un changement dans la gouvernance, les investissements et le mode de financement des hôpitaux pour répondre aux besoins de santé sur tout le territoire. Elles montraient parallèlement un attachement très fort à notre système de soins et de santé en général et demandaient une réaction vigoureuse des pouvoirs publics pour le préserver.

C'est dans ce contexte que, le 11 mars 2020, le CESE adoptait une résolution sur *L'hôpital au service du droit à la santé pour toutes et tous*. Parce que la santé est un droit fondamental, il y rappelait un impératif : que toute personne, quels que soient sa situation économique, son statut ou son lieu de résidence, bénéficie d'un accès à des soins de même qualité. Les travaux du CESE expriment la conviction que les difficultés rencontrées par certaines et certains pour accéder aux soins représentent une menace pour la santé de tous et toutes. Avec raison, les Français et les Françaises attendent de notre système de protection sociale, auquel ils et elles contribuent solidairement, qu'il assure la cohésion sociale, l'égal accès à des services publics de qualité et l'égalité sur le territoire. Pour le CESE, « *les dépenses de santé sont un investissement productif pour le pays et non pas une charge annuelle de fonctionnement pour les dépenses publiques* ».

Pour préparer cet avis, le CESE a entendu les représentantes et représentants des usagères et usagers et des actrices et acteurs du service public de l'hôpital et de la santé. Il a interrogé les Conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux (CESER). Il a organisé, le 2 juillet 2020, une journée d'échanges en présence du ministre des Solidarités et de la santé, avec les professionnels et professionnelles de terrain, confrontés au quotidien aux difficultés de notre système de santé, et les représentantes et représentants des patientes et patients. Il a enfin

¹ Figurent parmi les pétitions : en 2019: «La santé des femmes en danger», 72 964 signatures sur Mes Opinions. « Urgence pour les urgences de l'hôpital de Grasse » lancée le 30 juillet sur Change.org et recueillant 30 000 signatures rapidement. Puis, celle lancée le 1er octobre 2019 par Marie Desplechin et le collectif inter-hôpitaux « Il faut un plan d'urgence pour sauver l'hôpital public » qui a dépassé les 100 000 soutiens avant le confinement.

² Durant la crise de la Covid-19, sur le site mesopinions.com, 573 pétitions ont été lancées recueillant près de 3 500 000 soutiens. Sur le change.org, plus de 3 700 pétitions en ont recueilli près de 5 millions avec en moyenne 300 pétitions qui ont émergé chaque semaine sur le sujet. Alors qu'elle recense habituellement 100 pétitions hebdomadaires, cette plateforme a enregistré près de 500 000 nouveaux inscrits entre mars et mai. Les pétitions avaient trait au soutien à l'hôpital public et à l'équipement nécessaire pour les soignantes et soignants et enfin, à une forte demande de protection et de dépistage de la part des citoyens.

souhaité prendre en compte les avis des citoyennes et citoyens en mettant en place une plateforme de consultation numérique.

Avec près de 70 000 participantes et participants, celle-ci a permis l'expression de plus de 4000 propositions citoyennes, appuyées par près de 520 000 votes. Elle a en particulier montré combien la revalorisation salariale du personnel soignant, l'augmentation des effectifs et des moyens matériels de l'hôpital, la nécessité de sortir des seules logiques de rentabilité faisaient très largement consensus. Sur ces aspects, les propositions des citoyennes et citoyens font écho aux préconisations formulées par le CESE dans cet avis. C'est aussi le cas pour ce qui relève de la construction d'une offre de soin dans les territoires selon un principe de complémentarité et de continuité du parcours dans lequel l'hôpital doit s'inscrire. Bien conscients qu'il y a là un impératif pour désengorger les urgences, les contributeurs et contributrices à la plateforme ont formulé des propositions nombreuses et très plébiscitées en faveur d'une médecine de proximité multiforme. De fait, ces propositions, à l'instar de celles que formule le CESE sur ce sujet, s'adressent aussi bien à l'Etat qu'aux collectivités territoriales.

Mais ce qui mérite d'être relevé, comme fil rouge des contributions, c'est l'approche globale portée par cette consultation citoyenne, embrassant le continuum du parcours et donc du système de santé dont l'hôpital est un chaînon :

- la prévention en santé, à développer en population générale, et la pédagogie auprès du patient ou de la patiente ;
 - le développement des soins à domicile, de l'aide quotidienne par les Auxiliaires de vie sociales (AVS) et l'Hospitalisation à domicile (HAD), en y intégrant ainsi l'action sociale et médicosociale ;
 - le développement de l'offre de proximité en lien avec le désengorgement des urgences ;
 - l'adaptation des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'accompagnement de fin de vie ;
- l'attachement au « caractère public de la santé » ;
- la nécessité d'une bonne articulation entre secteur privé et secteur public.

* * *

Le CESE adopte cet avis alors que se sont achevés le 10 juillet 2020 les travaux du « Ségur de la santé ». Associant plus de 90 parties prenantes et organisations syndicales, ils ont abouti d'une part, à la signature des accords sur les salaires et conditions de travail, d'autre part à la remise de conclusions plus générales le 21 juillet sur la transformation et la valorisation des métiers du soin, l'investissement et le financement des soins, la simplification des organisations et du quotidien des équipes, la coordination des actrices et acteurs du soin dans les territoires.

Sur plusieurs aspects, cet avis croise les orientations du Ségur et fait référence aux engagements qui y sont actés. Pour autant, il n'est pas calqué sur leur structuration. Il rend compte de ce que le CESE, en toute indépendance, juge prioritaire pour l'hôpital, à l'aune des avis qu'il a rendus ces dernières années sur la

santé et en considérant la situation préoccupante des hôpitaux que les pétitions ont pointée et que la crise sanitaire a aggravée. Il faut d'ailleurs le souligner : les échéances à venir, pour concrétiser le Ségur, sont encore nombreuses et elles seront décisives. Elles relèvent de la loi (en particulier de la loi de financement de la sécurité sociale, dès 2021), des décrets que devra adopter le gouvernement, de la négociation conventionnelle (notamment entre les professions de santé et l'Assurance maladie) ou tout simplement de la pratique avec des changements forts attendus notamment dans la place et le rôle des Agences régionales de santé (ARS).

Les pétitions, les auditions, les entretiens ont mis en exergue la situation dégradée des hôpitaux, qui existait bien avant la crise consécutive à la Covid-19. Le nombre de ces établissements diminue et, aujourd'hui, le secteur hospitalier est composé de 1360 établissements publics, de 680 établissements privés à but non lucratif et de 1000 cliniques privées (qui ne remplissent pas toutes des missions de service public). Parallèlement, les prises en charge hospitalières augmentent. En 2018, le secteur hospitalier a pris en charge 11,8 millions de personnes en hospitalisation complète et 17,1 millions de journées en hospitalisation partielle (sans nuitée). Les recours aux urgences (21,8 millions de passages en 2018) continuent d'augmenter (+2% par rapport à 2017), ce qui confirme un mouvement continu depuis 22 ans³. La DREES⁴ constate, au-delà des urgences, que l'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet notamment du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patientes et patients atteints de maladies chroniques ou de polyopathologies. Si le nombre de séjours en hospitalisation complète s'est replié en 2017 (-0,8%) et en 2018 (- 1,3%), les hospitalisations partielles (sans nuitée) continuent de progresser (+4,1% cumulés sur 2017 et 2018). L'activité de MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) représente 86% des prises en charge en hospitalisation complète et 46% des journées en hospitalisation partielle, devant les Soins de suite et de réadaptation (SSR, 9% en hospitalisation complète et 25% des journées en hospitalisation partielle) et la psychiatrie (5% des hospitalisations complètes, 28% de journées en hospitalisation partielle).

Les hôpitaux publics accusaient un déficit cumulé de 569 millions d'euros en 2018. Leur situation est aussi marquée par un recul continu de l'effort d'investissement (il ne s'élevait plus qu'à 4,6% des recettes en 2018, contre 10,1% en 2009). Le secteur hospitalier (94,5 milliards d'euros de dépenses en 2018, financées à 91,7% par l'Assurance maladie) représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux⁵. Comme le constate la commission des Affaires sociales du Sénat, les dépenses relatives aux établissements de santé, après avoir dépassé l'objectif initial en 2008 et 2009, sont en exécution systématiquement inférieures à l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté depuis 2010, soit du fait

³ Source, DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020.

⁴ Idem.

⁵ Source, pour ce paragraphe et jusqu'à cette ligne : DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020.

de dépassements plus que compensés par des annulations de crédits mis en réserve soit en raison d'une sous-exécution. Sur la période 2010-2018, le cumul atteint près de 3 milliards d'euros d'écart entre l'objectif initial de dépenses voté pour les établissements de santé et les dépenses exécutées⁶.

Cette trop longue pratique de sous-investissement, couplée à un système de financement trop largement assis sur les actes, à travers la tarification à l'acte (T2A)⁷ introduite en 2004, pèse considérablement sur les hôpitaux. La contrainte financière est devenue le critère principal, celui à l'aune duquel se décident non seulement les investissements, les financements, mais aussi finalement l'organisation des services, le nombre d'établissements, leur restructuration, les carrières. Le nombre de lits, la réduction des effectifs et le non remplacement des personnels absents sont devenus les variables d'ajustement au détriment de la mission des professionnelles et professionnels de l'hôpital, contrariant ainsi leur éthique. Ces phénomènes ont également des conséquences, qu'il y a lieu de ne pas négliger, sur la qualité de la prise en charge de certains patientes et patients.

Dans le cadre de la T2A, l'objectif principal donné aux équipes soignantes a été d'augmenter la productivité : multiplication des séjours sans ajuster les effectifs ou, pire, en les diminuant, au détriment de la qualité des soins et de la vie au travail. Ceci, joint à la baisse des tarifs hospitaliers, a conduit à une fuite en avant, une perte de sens et un épuisement des équipes soignantes.

Le critère budgétaire pèse également de manière disproportionnée sur la gouvernance de l'hôpital et son fonctionnement quotidien. Il a contribué à la mise en place d'une bureaucratie et d'une profusion de normes qui imposent à des professionnelles et professionnels du soin en sous-effectif de rendre constamment compte de leurs choix et de leurs activités. Il a imposé une vision managériale qui génère des situations parfois contraires à la dignité des patientes et patients et contribue à la souffrance des soignantes et soignants.

Si, en France, l'hôpital a permis une prise en charge médicale de très haut niveau, reconnue à travers le monde, il est aujourd'hui dans une situation qui ne le prépare pas à faire face aux nouveaux défis de la santé. Insuffisamment connecté aux autres actrices et acteurs du soin, de la prise en charge médico-sociale et de l'accompagnement social, il ne contribue pas suffisamment à la continuité des soins, à leur pertinence, à la cohérence des parcours. Il ne s'inscrit pas suffisamment dans l'exigence de transversalité et de décloisonnement qu'implique la place croissante des maladies chroniques, des polyopathologies ou du vieillissement de la population. Il est trop souvent en décalage avec la singularité des « parcours de vie », marqués par un mouvement permanent de dégradation et d'amélioration de l'état de santé et par l'existence de liens étroits et démontrés entre la santé, la situation sociale et l'environnement.

6 Sénat, commission des affaires sociales, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, *Rapport d'information sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie*, 9 octobre 2019.

⁷ La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement des établissements de santé (à l'exception de la psychiatrie), publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle fait reposer le financement sur le volume des activités de l'établissement et non plus sur une dotation globale de fonctionnement.

Il faut enfin le souligner, à l'heure où l'argent manque pour soigner dans les hôpitaux, c'est bien sur eux et sur les autres actrices et acteurs du soin que pèsent les lourdes conséquences d'une absence de stratégie globale de prévention en France.

La crise sanitaire que la France traverse a révélé encore une fois la nécessité d'une éducation à la santé globale et généralisée, appuyée sur la responsabilisation et le développement des compétences psychosociales. Elles permettent aux personnes de limiter leur prise de risque en santé et favorisent un accès aux soins plus tôt dans la trajectoire de vie en santé. Or, en France, seulement 2 à 6% des dépenses de santé, selon les sources et les conventions, sont consacrées à la prévention. Celle-ci devrait être reconnue comme une priorité interministérielle car elle implique des actions collectives et individuelles, globales et transversales, à tous les âges de la vie. Pour changer de paradigme et passer du curatif au préventif, les professionnels et professionnelles de la prévention et de l'éducation à la santé (en amont des soins et en favorisant l'accès aux soins) mettent en œuvre des méthodes évaluées et validées. Ils et elles doivent être reconnus comme de véritables acteurs et actrices du soin et intégrés dans le processus de valorisation salariale et de reconnaissance de compétences, via la rénovation des référentiels métiers. En effet, leurs contrats sont trop souvent précaires et la rémunération des professions concernées est très peu attractive (ce qui rend leur recrutement et leur fidélisation d'autant plus complexes) faute d'un financement pérenne par l'ONDAM.

L'objectif de cet avis est donc triple :

- il cherche d'abord à remettre l'accès aux soins et la réponse aux besoins de la population locale au centre du quotidien des personnels, des moyens et de la gouvernance de l'hôpital. L'avis formule des préconisations pour qu'après des années sans autre stratégie que celle des économies budgétaires, l'hôpital de demain dispose enfin des moyens et d'un fonctionnement à la hauteur de ce qu'on lui demande et que ses personnels puissent retrouver le sens de leur travail ;

- il propose ensuite de redéfinir la place de l'hôpital, en bonne articulation avec les autres actrices et acteurs du soin et de la prévention. Le CESE propose la réalisation préalable d'une analyse partagée, par l'hôpital et les autres actrices et acteurs du territoire, des besoins locaux de santé et des réponses qu'il faut leur apporter. Il demande un moratoire sur les fermetures de lits et de services aussi longtemps que ce diagnostic partagé sur les besoins et les réponses n'aura pas été construit ;

- il porte enfin sur les « interfaces » entre l'hôpital et les autres actrices et acteurs de la prise en charge médicale, médico-sociale et sociale. Les crises des urgences et des EHPAD le montrent bien, la question de la place de l'hôpital dans le système de soin est au centre des enjeux. Il faut mettre fin aux ruptures dans les parcours, entre la ville et l'hôpital, l'EHPAD et l'hôpital, mais aussi entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement médico-social et social en amont comme en aval de l'hospitalisation, dans tous les domaines de la santé.

L'avis ne pourra pas aborder plusieurs thèmes, pourtant essentiels parce qu'ils s'inscrivent dans la logique de réponse aux besoins et de continuité des parcours autour de laquelle il est structuré. C'est le cas de la recherche qui se fait essentiellement dans les hôpitaux, notamment dans les Centres hospitaliers

universitaires (CHU) et les Centres hospitaliers généraux : elle doit participer à la prévention et la promotion de la santé, mais aussi à l'évaluation des besoins et à l'adéquation des réponses. C'est aussi le cas de la santé mentale et de la psychiatrie qui mériteraient qu'un avis leur soit consacré. L'avis ne traite pas non plus de la question essentielle de la sécurité d'approvisionnement des médicaments et des outils de santé qui suscite une inquiétude légitime chez les citoyennes et citoyens et relève d'enjeux stratégiques et économiques propres.

I - RÉTABLIR UN FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL ADAPTÉ AUX BESOINS

La question des moyens de l'hôpital est au centre des préoccupations des Français et des Françaises comme le montre l'analyse des résultats de la plateforme de consultation :

- les répondants et les répondantes placent l'hôpital et son écosystème dans le parcours de santé, incluant à la fois l'amont (dès le domicile) et l'aval de la prise en charge hospitalière ;
- de nombreuses propositions concernent tant les métiers de l'hôpital et la revalorisation des salaires des personnels que les moyens humains et matériels nécessaires à son fonctionnement.

A - L'hôpital, ses métiers, son financement, sa gouvernance : créer une dynamique valorisation/attractivité

"Il faut une valorisation salariale des différents métiers hospitaliers afin que cela reste attractif d'y travailler. Il faut assurer une évolution de carrière pour tous les métiers de l'hôpital" Hervé

"Il faut réhumaniser notre système de soins pour les patientes et patients et les soignants : du temps, des moyens, du matériel, des effectifs..." Cat

"Il faut un ratio soignant par patient qui prenne en compte la lourdeur de la prise en soin du patient, pour des soins humains" Rachel

Les propositions liées aux carrières, à la rémunération et aux conditions de travail forment le premier enjeu, le plus plébiscité, parmi les propositions que la plateforme a recueillies. L'idée d'une revalorisation des salaires a suscité systématiquement un taux de "vote pour" très important et concerne autant les soignantes et les soignants que les 200 métiers qui concourent au système de santé. Les propositions liées à une meilleure perspective de carrière font elles aussi l'objet d'un fort consensus.

1. Recruter pour améliorer globalement les conditions de travail

La tarification à l'activité et l'augmentation de la demande en soins ont conduit, ces dix dernières années, à une augmentation des séjours hospitaliers et à une diminution de la durée des séjours. La réforme de la raification s'est faite dans l'idée d'accueillir davantage de patientes et patients et de réduire les durées d'hospitalisation, ce qui a induit une augmentation de la charge de travail alors même que les évolutions des effectifs n'ont pas suivi.

Pour ce qui concerne les médecins, la situation est délétère. En raison d'un *numerus clausus* aveugle⁸ qui n'a pas tenu compte de la démographie médicale et alors que les départs en retraites vont se multiplier⁹, notre système de soins est dans l'obligation de faire appel à des médecins étrangers, que ce soit sous forme d'appel d'offre international¹⁰, ou par le recrutement, dans le cadre du PADHUE (Praticiens Associés à diplôme hors Union Européenne) de praticiens et praticiennes diplômés en dehors de l'espace européen, en provenance le plus souvent de pays en développement. Avec des contrats précaires de « faisant fonction d'interne » ou de « praticiens associés », ils et elles assurent trop souvent la continuité du service public en multipliant les heures de travail. Un décret récemment¹¹ paru va, enfin, ouvrir un processus d'intégration de 4 à 5000 PADHUE, ce qui va permettre de « résorber le stock », mais ne résout pas la question pour les derniers recrutés dans ce cadre.

Les sous-effectifs ont des conséquences graves et anormales. Ils sont d'abord dangereux pour les patientes et patients et le CESE serait favorable à la généralisation d'un ratio réglementaire de soignant par patient, comme cela existe déjà pour certains services (réanimation, soins intensifs en cardiologie par exemple). Les sous-effectifs et leurs conséquences sur l'organisation du travail sont aussi à l'origine de la perte de sens et de la dégradation de la qualité de vie au travail.

Le CESE exprime une conviction forte : l'amélioration des conditions de travail et de l'attractivité passera avant tout par des recrutements.

Les effectifs ont fait l'objet, avec la revalorisation salariale, de négociations dans le cadre du Ségur de la Santé. Les premiers engagements doivent maintenant être concrétisés dans la loi de financement de la sécurité sociale et l'analyse des besoins doit se poursuivre pour les compléter.

Il faut, au-delà, "redonner leur sens aux métiers de la santé", professions majoritairement exercées par des femmes, pour mettre fin à un malaise profond. Les enquêtes réalisées auprès des personnels soignants¹² des établissements de santé font ressortir un double sentiment : celui d'un travail intense avec une charge émotionnelle forte d'un côté ; la conviction d'effectuer un travail utile mais insuffisamment rémunéré de l'autre. Si les personnels soignants et partenaires de la chaîne de soin éprouvent une fierté à travailler à l'hôpital, au service des patientes et patients et de leur familles, ils perçoivent les conditions d'exercice de leurs métiers comme très difficiles.

⁸ Cf la DREES (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>) selon laquelle « Après avoir fortement baissé jusque dans les années 1990 en médecine et en odontologie, le *numerus clausus* s'est très nettement redressé depuis le début des années 2000 pour ces deux filières ».

⁹ En 2018, plus d'un tiers des médecins avaient plus de 60 ans - Drees démographie des personnels de santé

¹⁰ Recrutement de 249 médecins par l'ARS de Guyane.

¹¹ Décret du 9 août 2020 en application de la loi 2019-774 du 24 juillet 2019, portant sur les conditions d'exercice pour les PADHUE ayant exercé 2 ans dans un établissement de soins en France entre le 01/01/1975 et le 30 juin 2021.

¹² Cf notamment les enquêtes "Conditions de travail et risques psychosociaux" conduites par la DREES auprès des personnels des établissements de santé publics et privés à but lucratif ou non. La dernière enquête date de 2016.

Les horaires de travail sont atypiques et contraignants, bien au-delà des niveaux observés pour l'ensemble des actifs et actives occupés : 64% du personnel du secteur hospitalier travaillent le dimanche (contre 31% des actifs et actives occupés) ; 56% travaillent entre 20 heures et minuit, 34% entre minuit et 5 heures du matin, 51% entre 5 et 7 heures du matin. Ces contraintes horaires touchent particulièrement les personnels en contact direct avec les patientes et patients : aides-soignants et soignantes, infirmiers et infirmières, sages-femmes, médecins. En outre, le temps de travail effectif est souvent supérieur au temps de travail légal. Les dépassements d'horaires sont fréquents aussi pour les internes de médecine, en dépit de la réglementation très claire sur l'obligation du repos de sécurité en post garde. Les internes rencontrent des difficultés importantes pour concilier leur temps de travail avec le suivi des cours et la préparation de la thèse d'exercice. L'enquête menée par l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) entre février et mai 2019 auprès d'internes¹³ montre que, dans les faits, le temps de travail hebdomadaire moyen d'un interne est de 58h (au lieu des 48 heures légales)¹⁴.

Ces réalités expliquent le manque d'attractivité de ces métiers et la fuite vers d'autres conditions d'exercice voire d'autres professions, ce constat étant particulièrement vrai pour les infirmières et les infirmiers et les aides-soignantes et aides-soignants. 23 % du personnel indiquent être contraints de sacrifier "toujours ou souvent" la qualité du travail (contre 13 % des actifs et actives occupés). 9 personnes sur 10 ont le sentiment d'effectuer un travail utile mais 1 sur 2 estime être mal ou très mal payé compte tenu du travail réalisé¹⁵. La mise en place des plannings des personnels se fait sans concertation. Les horaires de travail sont déterminés par type de service et les infirmiers et infirmières ne maîtrisent pas leur planning qui varie au gré des besoins des services. Tous et toutes le déplorent : il ne leur est plus possible, dans de telles conditions, d'assurer le suivi des patientes et patients. Ces horaires ont des conséquences délétères sur leur vie personnelle et peuvent affecter leur entière disponibilité pour les patientes et patients. Les infirmiers et infirmières ne font plus carrière dans le même hôpital à cause des contraintes du rythme de travail élevé. Les changements d'affectation pour un autre service sont fréquents et il est plus difficile dans ces conditions de s'investir dans un service avec un réel travail d'équipe. Le manque d'autonomie du personnel soignant pour mieux prendre en charge les patients et patientes, la bureaucratie excessive qui empiète sur le temps de soin sont autant d'éléments qui découragent le personnel des établissements de santé.

La faible progression des salaires s'est accompagnée d'une augmentation des exigences de productivité du travail. Entre 2010 et 2017, les effectifs des hôpitaux publics ont augmenté de 2 % alors même que la production de soins a augmenté de

¹³ Cf.: <https://isni.fr/enquete-rappel-du-contexte/>

¹⁴ Entretiens des rapporteurs avec Justin BREYSSE, Président de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI), Léonard CORTI, Secrétaire général et Frédérique HAGE, Déléguée générale et avec Sébastien VILARD, Vice-président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF).

¹⁵ DREES, *Enquête Conditions de travail et risques psychosociaux* (2016).

14,6 %¹⁶. Le pouvoir d'achat du salaire moyen à l'hôpital (public et privé) a globalement diminué depuis 2010¹⁷.

Les professions soignantes non médicales sont insuffisamment reconnues et valorisées. En termes de niveau de rémunération des infirmiers et infirmières, la France se situe à la 28ème place sur 33 du classement international des salaires de l'OCDE, soit derrière l'Espagne, l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Italie. L'augmentation certes significative prévue par les accords du Ségur de la santé ne permettra toujours pas de se situer dans la moyenne de l'OCDE. Quant au salaire des internes, il a lui aussi très peu évolué. Au début de l'internat, la rémunération mensuelle nette est de 1500 €. Rapportée aux heures travaillées, cette rémunération est inférieure au SMIC horaire.

L'ampleur des différences salariales hommes/femmes, dans des professions largement féminisées, est un autre élément marquant : le salaire net moyen des femmes est inférieur de 21 % à celui des hommes dans les hôpitaux publics, de 24% dans les cliniques privées. Cet écart de rémunération s'explique en partie par une différence de moyenne d'âge (41,7 ans pour les femmes contre 44 ans pour les hommes) et en partie par une différence entre les emplois occupés (les emplois les plus rémunérés étant majoritairement occupés par des hommes). Ainsi, 16,4 % des hommes occupent des emplois de la filière médicale, mieux rémunérés, contre 4,5 % des femmes. Les femmes exercent plus souvent des emplois de la filière paramédicale (infirmières, aides-soignantes)¹⁸.

Alors que le personnel a conscience de l'utilité de sa profession, l'absentéisme et le turnover sont très élevés à l'hôpital. L'absentéisme est plus fréquent dans le secteur hospitalier (public et privé) que dans le reste des secteurs économiques : 20 jours d'absence environ sont déclarés pour maladie dans le secteur hospitalier contre 15 environ dans tous les secteurs confondus¹⁹. La DREES constate que les conditions de travail difficiles (contraintes physiques, psycho-sociales, travail de nuit, horaires décalés) influent sur l'absentéisme.

La dégradation des conditions de travail et le manque d'attractivité explique les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel. Les conditions de stage dans les services de médecine peuvent être épuisantes, voire source de souffrance psychologique : l'absence d'accompagnement, à défaut de temps et/ou de formation pour cela, l'impossibilité matérielle d'accéder à des vestiaires et des chambres de

¹⁶ BRAS P.L., « L'ONDAM et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », *Les tribunes de la santé*, 2019, n°59.

¹⁷ BRAS P.L., « L'ONDAM et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », *Les tribunes de la santé*, 2019, n°59.

¹⁸ Sous la direction de Fabien TOULEMONDE, *Les établissements de santé – édition 2020*, DREES.

¹⁹ DREES, *Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions*, novembre 2017, n°1038.

garde... sont autant d'éléments factuels qui empêchent trop souvent l'intégration de l'étudiant ou étudiante dans le service²⁰.

L'absence de reconnaissance, la dégradation de l'environnement de travail sont les causes de la fuite des soignants et soignantes ainsi que de la perte d'attractivité de l'hôpital²¹. Les métiers d'aides-soignants et soignantes et d'infirmiers et infirmières figurent parmi ceux qui nécessiteront le plus d'emplois à l'horizon 2022. Dans le secteur du grand âge et de l'autonomie, ce sont près de 200 000 emplois qu'il faudrait créer d'ici à 2030 du seul fait du vieillissement de la population²². Cet avis reviendra sur la question de la prise en charge médicale des personnes âgées (partie III). A ce stade, le CESE réitère ses préconisations relatives au recrutement et à la qualification du personnel, notamment des EHPAD, des établissements sociaux et médico-sociaux, des services à domicile..., sur la base d'un ratio opposable de personnel par résident ou résidente²³.

Préconisation n°1 :

Il faut redonner de l'attractivité et du sens aux métiers de la santé en :

- **procédant aux recrutements nécessaires et en imposant un ratio effectif/patiente et patient suffisant selon les services pour garantir la sécurité des personnes et de meilleures conditions de travail pour les personnels ;**
- **revalorisant significativement l'ensemble des métiers de la santé, de la prévention et des soins pour atteindre la moyenne des 10 premiers pays de l'OCDE.**

2. Développer les protocoles de coopération et de délégation de tâches.

De nouvelles pratiques professionnelles se sont développées pour mieux prendre en charge les patientes et les patients et améliorer la coopération entre professionnelles et professionnels au sein des équipes soignantes, ce qui est particulièrement nécessaire et urgent au regard de la démographie médicale. Il reste à se donner les moyens de progresser en structurant les métiers et en s'assurant que les conditions des évolutions de carrières seront effectivement réunies dans les établissements. Sans renvoyer ici à de nouveaux métiers intermédiaires, le CESE insiste sur un recours plus large à la pratique avancée, qu'il faudrait décliner dans d'autres métiers ainsi que sur la facilitation de la procédure de validation des accords de coopération entre professionnelles et professionnels.

²⁰ Entretiens des rapporteurs avec Sébastien VILARD, Vice-président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF).

²¹ Entretien des rapporteurs avec Lamine GHARBI, Président de la FHP, Brigitte SCHIBLER, Déléguée générale et Béatrice NOELLEC, Directrice des relations institutionnelles.

²² D. LIBAULT, Grand âge le temps d'agir, rapport de la concertation Grand âge et autonomie, mars 2019.

²³ CESE, *Vieillir dans la dignité*, avis présenté par Marie-Odile ESCH au nom de la section des affaires et de la santé, avril 2018.

2.1. La pratique avancée

La loi de modernisation du système de santé (2016) a créé le métier d'infirmier de pratiques avancées (IPA) offrant ainsi aux infirmiers et infirmières des perspectives d'évolution de carrière autres que celle de cadre de santé. Cette évolution positive de la profession d'infirmier et infirmière doit être envisagée pour d'autres métiers (sages-femmes, agentes et agents de services hospitaliers, techniciennes et techniciens de laboratoire...). Elle se concrétise cependant difficilement dans les conditions très tendues de travail à l'hôpital.

Le CESE s'est déjà prononcé en faveur des évolutions de la répartition des rôles, à condition qu'elles s'inscrivent dans la perspective d'une évolution de carrière. Elle doit se réaliser parallèlement à une montée en compétence, à travers le renforcement des formations pour garantir des pratiques et prescriptions de qualités élevées. Dans son avis sur les déserts médicaux, il y voyait une piste pour compenser les insuffisances de la présence médicale sur le territoire. La révision du partage des tâches est aussi une voie à suivre pour désengorger les hôpitaux ou dégager du temps médical au sein de l'hôpital. Ainsi, les IPA peuvent intervenir aussi bien en soins ambulatoires (au sein d'une équipe de soins primaires ou, hors soins primaires, en assistance d'un ou une spécialiste) qu'en établissement. Ils et elles peuvent prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi, renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales. Les IPA n'interviennent pas en première en ligne ou dans le cadre du premier recours et exercent toujours au sein d'une équipe coordonnée par un médecin, vers lequel ils et elles se tournent en cas de difficultés.

Le Ségur de la santé a décidé "*d'accélérer le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA)*": l'objectif affiché est de parvenir à 3000 IPA en 2022 puis 5000 en 2024. Encore faut-il financer cette mesure et s'assurer qu'elle sera concrètement encouragée dans les établissements de santé. En effet, la mise en place de la pratique avancée est freinée par des obstacles concrets. Pour qu'une infirmière soit reconnue IPA, il faut qu'elle soit diplômée (master). Cette formation continue a un coût pour l'hôpital qui, en plus, doit se séparer d'une infirmière le temps de sa formation. Les hôpitaux, en situation budgétaire difficile, n'ont plus la capacité d'investir sur les compétences en finançant des formations, d'autant qu'ils n'en tireront pas d'avantages budgétaires. Rien ne les encourage à faciliter cette formation et cette reconnaissance. En réalité, les infirmières exercent bien souvent des tâches relevant de la pratique avancée, sans être reconnues faute d'obtenir le master. Enfin, les conditions de travail des infirmières ne leur laissent que peu ou pas de temps pour se consacrer à une formation diplômante.

Les remarques et propositions du CESE, relatives au déploiement des IPA, s'appliquent aussi aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Préconisation n° 2 :

Réunir les conditions d'un plus grand déploiement de la pratique avancée :

- favoriser la formation continue qui doit être rendue concrètement possible en la finançant et en libérant du temps pour le personnel ;**
- ouvrir ou renforcer les possibilités de Validation des acquis de l'expérience (VAE) pour favoriser la reconnaissance de responsabilités ou de technicités effectives.**

2.2. La coopération interprofessionnelle en santé

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients et patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009 permet la mise en place de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patientes et patients entre professionnels et professionnelles de santé.

L'apport de la coopération interprofessionnelle en santé est doublement positif. En termes d'amélioration de la qualité des soins, elle permet une prise en charge plus adaptée aux besoins. En termes de conditions de travail, elle offre aux personnels de santé une perspective d'évolution de leur rôle, un enrichissement des tâches, susceptibles de renforcer leur motivation et leurs perspectives de carrières²⁴.

La coopération peut être organisée quel que soit le secteur (ambulatoire, hospitalier) et entre tous les professionnelles et professionnels de santé (personnels médicaux et paramédicaux). Mais, pour se concrétiser, ces initiatives impliquent la conclusion d'un protocole de coopération. Or, la procédure est lourde : le projet doit être transmis à l'ARS qui vérifie sa cohérence avec le besoin de santé régional, puis soumis à la validation de la HAS. Le développement de la coopération entre professionnels et professionnelles de santé est freiné par les conditions nécessaires à la validation de chaque protocole et à la lenteur des délais de cette validation. Un bilan réalisé par la Haute autorité de santé (HAS) sur la période 2010-2018 montre que sur 141 protocoles proposés, 58 ont fait l'objet d'avis favorables et 19 d'avis défavorables par le collège de la HAS et que 7 protocoles seulement ont été effectivement arrêtés²⁵. Le CESE souhaite que se développe un droit à l'innovation et à l'expérimentation qui se traduise par un contrôle a posteriori surtout dans les domaines où des protocoles de même type ont été déjà validés.

Le *Pacte de refondation des urgences*²⁶ (décembre 2019) met le protocole de coopération dans le cadre de la prise en charge des urgences en bonne place parmi les voies à suivre. Il autorise son développement sur tout le territoire en l'assortissant d'une prime pour les infirmiers et infirmières d'accueil et d'orientation des urgences. Le CESE se félicite de la rémunération des tâches identifiées par le protocole.

²⁴ Rapport d'information, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la coopération entre professionnels de santé, par Catherine GÉNISSON et Alain MILON.

²⁵ Coopération entre professionnels de santé (article 51 de la loi HPST) - Bilan 2010-2018 Has (service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et parcours)

²⁶ Thomas Mesiner et prof Pierre Carli, *Pour un Pacte de refondation des urgences*, décembre 2019

Cependant, au-delà du Pacte de refondation des urgences, le Conseil estime que toutes les tâches déléguées dans le cadre de protocoles de coordination doivent être systématiquement rémunérées.

Préconisation n° 3 :

Simplifier la procédure de validation des protocoles de coopération et de délégation de tâches.

Autoriser leur extension nationale dès lors qu'ils ont été approuvés par l'Agence régionale de la santé et validés par la Haute autorité de santé.

B - Investissement et financement : redonner la priorité à la qualité et à la pertinence du soin

"Il faut préserver un service public de la santé accessible à tous, l'hôpital public ne peut pas être privatisé". Nathalie

"Il faut arrêter de gérer les hôpitaux comme des entreprises, un hôpital n'a pas vocation à faire des bénéfices, mais à soigner des humains". Dimitri

" Il faut repenser le budget de l'État pour allouer plus de moyens au système de santé." Nicolas

1. Investir dans les hôpitaux

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont encouragé les investissements pour réorganiser et moderniser les établissements de santé. Le besoin de modernisation des hôpitaux, lié au progrès médical et à la nécessaire amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et patientes, a conduit les établissements de santé à proposer des projets d'investissement. Comme le constatait alors la Cour des comptes, ces choix gouvernementaux ont conduit les hôpitaux à privilégier le levier de la dette pour financer un plus grand nombre d'opérations²⁷. Ils ont pâti des emprunts à risque dits structurés. La hausse importante des taux d'intérêts de ces emprunts a augmenté leur endettement et réduit leur capacité de financement.

Dans ce contexte, et pour maîtriser les investissements hospitaliers les plus importants ainsi que veiller à l'équilibre budgétaire des établissements de santé, la Ministre des affaires sociales et de la santé²⁸ a mis en place en 2016 le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)²⁹. Les projets d'investissement doivent depuis lors être approuvés par le COPERMO après validation par l'ARS. En pratique, l'investissement hospitalier est aujourd'hui soumis à une décision administrative

²⁷ Cour des Comptes, *Rapport public annuel 2014*.

²⁸ Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

²⁹ Le COPERMO est composé du secrétaire général du ministère de la santé, de la DGOS, de la direction de la sécurité sociale, de l'inspection générale des affaires sociales, de la direction du budget, de la direction générale des finances publiques, de représentants du ministère de l'Outre-mer, de la CNAMTS.

centralisée et n'est possible que dans le cadre d'économies de fonctionnement (par exemple fermeture de lits, gel de postes...) et de recettes supplémentaires. Aux prétextes de "*l'évaluation des dépenses d'investissement*", "*d'amélioration de la performance*" et "*d'examen de l'efficacité des établissements*", le COPERMO a pris une place prééminente dans la politique d'investissements de l'hôpital.

Le CESE se félicite par conséquent que sa suppression ait été annoncée le 21 juillet 2020 par le ministre de la Santé. Il note toutefois que le COPERMO est remplacé par un « Conseil national de l'investissement en santé », où siègeront les élus et élues locaux. Le CESE souhaite que cette évolution ne soit pas un simple changement de dénomination mais se traduise bel et bien dans les faits par une réforme de la politique de l'investissement hospitalier.

En effet, après avoir progressé dans les années 2000 et atteint 10,1 % du chiffre d'affaires en 2009, l'effort d'investissement des hôpitaux ne cesse de reculer pour représenter 4,6 % en 2018³⁰. L'encours de l'ensemble des emprunts à risques ne représente plus aujourd'hui que 4,6 % de la dette des établissements publics de santé contre plus de 9% en 2012.³¹ La diminution des efforts d'investissement a permis de stabiliser la dette mais a considérablement réduit la marge de manœuvre des hôpitaux pour moderniser et améliorer leur fonctionnement. Affaiblis par leur dette, les hôpitaux ne peuvent plus emprunter correctement et donc investir. L'IGAS et l'Inspection des Finances³² s'inquiètent de la soutenabilité de la dette des établissements publics de santé : 42% d'entre eux sont en état de surendettement³³, les prêts toxiques ne sont pas tous purgés (il reste notamment 3 CHU qui continuent à en pâtir). 83% des établissements sont en sous-investissement, ce qui se traduit par un taux de vétusté³⁴ élevé (80% pour les équipements et 50 % pour les constructions). Ces chiffres, conséquences d'une politique d'économie court-termiste maintes fois dénoncée, montrent l'importance de l'effort à fournir pour rattraper les retards accumulés.

Dans ces conditions, la reprise de la dette des hôpitaux par l'État à hauteur de 13 milliards d'euros annoncée par le Ségur s'imposait. En effet, l'assainissement de la dette pourra contribuer, si d'autres conditions sont réunies (à commencer par le financement d'une politique d'investissements plus volontariste via l'ONDAM) à restaurer l'équilibre financier des établissements. Pour redonner aux hôpitaux les moyens d'investir et donc de se moderniser, cette reprise de la dette devra s'accompagner de réformes structurelles : elle doit, pour le CESE, être couplée à une rénovation du mode de financement de l'hôpital.

³⁰ Sous la direction de Fabien TOULEMONDE, Les établissements de santé – édition 2020, DREES.

³¹ Cour des Comptes, rapport public 2019.

³² IGF, IGAS, *Evaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise, avril 2020*

³³ Au regard des critères de l'article D6145-70 du code de la santé publique

³⁴ Le taux de vétusté rapporte l'amortissement des équipements ou des constructions à leur brute valeur

Comme le problème ne tient pas seulement dans la dette, mais surtout dans les conditions de la dette comme nous l'avons dit ci-dessus, il serait envisageable, ainsi que le CESE l'a proposé dans le Rapport annuel sur l'état de la France³⁵ de travailler à un financement par création monétaire et par la BCE. Les deux tiers de la dette actuelle pourraient être repris par ce moyen et la nouvelle dette serait créée, non via les marchés financiers, mais via l'État ou la Caisse des dépôts et consignation avec des taux d'intérêts à 0% voire des taux négatifs – qui sont les taux actuels de la Banque centrale européenne. Outre l'investissement, cela permettrait de financer notamment la formation et de dégager des marges pour recréer des emplois. Enfin, cela répondrait aux propositions de la plateforme citoyenne qui demandent de sortir l'hôpital des logiques de rentabilité financière.

Par ailleurs, la taxe sur les salaires des personnels hospitaliers pose un problème : elle grève le budget des hôpitaux et paralyse d'autant leur capacité d'investissement.

Les établissements publics hospitaliers ne sont pas imposables à la TVA pour l'hospitalisation et les soins médicaux qu'ils délivrent (art. 256B du Code général des impôts). En revanche, les hôpitaux publics, tout comme les établissements privés participant au service public hospitalier et les établissements médico-sociaux, sont soumis à la taxe sur les salaires. Cette taxe est calculée sur l'ensemble des rémunérations versées, avec un barème progressif, et s'applique à l'ensemble des rémunérations des personnels médicaux et non médicaux. Les établissements de santé privés n'y sont assujettis que sur les personnels non médicaux salariés. Le produit de la taxe sur les salaires est versé aux organismes de Sécurité sociale.

Censée compenser l'absence de recouvrement de la TVA dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, le bien-fondé de cet impôt pose question dans la mesure où il taxe la santé, qui n'est pas un bien marchand, et qu'il est assis sur des métiers indispensables à la cohésion sociale et au bien-être de la société. Dans un référé en date du 25 juillet 2018, la Cour des comptes a recommandé au Gouvernement de réformer cette taxe, préconisant notamment une modification des règles de calcul. Elle a souligné l'incohérence du barème et « *des règles de calcul qui vont à l'encontre des objectifs de la politique de l'emploi* ». Elle a montré la « *circularité* » de cette taxe « *payée, pour une grande partie, par des organismes financés majoritairement par des fonds publics, soit 50 000 redevables acquittant 6,3 Md€ de taxe sur les salaires* ».

Préconisation n° 4 :

Relancer l'investissement hospitalier en restructurant la dette, en la sortant du secteur marchand et en supprimant la taxe sur les salaires pour réaffecter l'économie ainsi réalisée à l'emploi, à la valorisation des carrières et à l'amélioration des conditions de travail.

³⁵ CESE, juin 2020, *Rapport annuel sur l'état de la France 2020, se donner un nouveau cap* (Daniel Keller et Pierre Lafont)

2. Rémunérer la prévention, la coordination et la qualité

Avec la mise en place de la T2A, il s'agissait de passer d'une logique financière et comptable (incarnée par la dotation générale de financement [DGF] versée à tous les hôpitaux) à une logique de gestion des programmes prenant en compte les besoins des établissements et leurs projets de développement. Dans ce système, les recettes des hôpitaux (à l'exception de la psychiatrie) sont déterminées par leur activité mesurée par groupe homogène de malades : un tarif, fixé au niveau national dans le cadre de l'ONDAM, est défini pour chaque activité (séjour ; consultation ; soins ; médicaments et dispositifs médicaux). Certaines missions font toutefois l'objet de financement spécifique par dotation: les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) qui ne peuvent être financées à l'activité ou être rattachées à un patient ou patiente donné : les Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ; la veille sanitaire et épidémiologique ; la prévention et la gestion des risques ; l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et la coordination pour certaines pathologies spécifiques. La T2A représente aujourd'hui 63 % du financement des établissements de santé³⁶.

Cet avis ne s'étend pas sur les effets de la T2A. Il ne nie pas d'ailleurs qu'ils aient pu avoir des effets positifs, en mettant fin aux rentes de situation de certains établissements avec une faible activité et en incitant les services à s'organiser pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Le bilan de la T2A n'en reste pas moins négatif, il est dressé depuis plusieurs années et largement partagé. Conjugée à la baisse des tarifs (pour maîtriser l'ONDAM), la T2A s'est révélée asphyxiante pour l'hôpital. Elle est inadaptée à la prise en charge des maladies chroniques. Elle constitue un handicap dans la mise en place d'un parcours de santé. Elle favorise la quantité, la productivité mais elle produit des effets pervers bien identifiés : par exemple, le « forfait passage aux urgences » qui conduit les directeurs et directrices d'hôpitaux à ne pas encourager les alternatives aux recours aux urgences. Surtout, le décalage entre la T2A et les évolutions des priorités de santé, qui exigent plus de qualité, plus de coordination, un suivi inscrit dans le long terme, un effort plus grand pour éviter les soins inadéquats ou inutiles, n'a cessé de s'accroître.

Les propositions alternatives sont maintenant bien identifiées. C'est en réalité sans surprise que le Ségur de la santé prévoit de mieux prendre en compte la qualité et la pertinence des soins dans les modes de financement. Il faut maintenant progresser dans la mise en œuvre du changement. Dans son rapport, la *Task Force* sur la réforme du financement du système de santé avait montré que des modalités de paiement combinées pouvaient répondre à la diversité des besoins des patients et patientes³⁷. Sur ces questions, un certain nombre de positions exprimées par le

³⁶ Rapport de la *task force* "Réforme du financement du système de santé », *Réforme des modes de financement et de régulation – Vers un modèle de paiement combiné*, janvier 2019.

³⁷ La *Task Force* préconise de combiner cinq modalités de paiement : à l'activité (pour les épisodes uniques de soins) ; à la qualité et à la pertinence (pour centrer les soins sur l'intérêt du patient ou de la patiente et en prenant en compte la qualité ressentie par les patients et patientes) ; au suivi (pour les maladies chroniques avec un forfait) ; à la structuration de l'offre (pour organiser l'offre, favoriser l'accès aux soins et répondre aux besoins des populations sur les territoires) ; à la séquence de soins (pour rémunérer conjointement une séquence de soins comme l'intervention et la rééducation).

CESE dans ses précédents avis doivent être rappelées. Elles identifient des grandes priorités pour l'avenir de notre système de soin, qui doivent trouver un écho dans le système de tarification.

La CESE soutient la valorisation de la prévention, de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que la coordination du parcours de santé. S'il a préconisé dans ses avis de renforcer la place de la prévention dans la formation des professionnels et professionnelles de la santé, il a parallèlement plaidé pour que soient valorisés, dans les financements, les compétences, l'implication, le temps et les actes relevant du champ de la prévention en fonction des missions spécifiques de chacun des acteurs/actrices et de leur mode d'exercice, dans l'hôpital et en dehors (prévention individuelle, collective, éducation thérapeutique, campagnes populationnelles, vaccination, dépistage, etc.). Mais en contrepartie, les actes de prévention et d'éducation à la santé, doivent absolument prendre une place plus importante dans l'approche médicale des professionnels et professionnels hospitaliers ou de ville de leurs patientes et patients. Or, en dépit des évolutions mises en œuvre depuis 2011, avec l'introduction d'une part de financement forfaitaire et de la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique), la très grande majorité de la rémunération³⁸ des médecins généralistes est issue d'un paiement à l'acte. Les autres professions de santé libérales sont elles aussi quasi-exclusivement financées à l'acte, alors même que la politique conventionnelle de l'Assurance maladie vise à favoriser la coordination à travers les rémunérations spécifiques pour les consultations de "soins complexes" (pour les infirmières) ou les "bilans" (par professions paramédicales). Bien qu'en hausse, la part de cette rémunération dans la rémunération des médecins demeure trop faible³⁹. Se prononçant sur la coordination des soins aux personnes souffrant de maladies chroniques⁴⁰ ou en situation de handicap⁴¹, le CESE a demandé une accélération de cette politique à travers un renforcement de la ROSP, des rémunérations forfaitaires et une valorisation, dans la tarification des soins (en ville ou à l'hôpital), du temps de la coordination médicale et médico-sociale.

Par ailleurs et parce qu'il faut connecter la ville et l'hôpital sur un mode coopératif (cf. infra), il est nécessaire de rapprocher les modes de financement ville/hôpital, en introduisant plus de mixité dans le financement de la ville comme de l'hôpital. A l'hôpital, le financement serait basé sur une T2A pour certains types de pathologies et sur un forfait pour les maladies chroniques, la dermatologie, l'oncologie, les pathologies prises en charge au long cours. La mise en œuvre de ce mode de

³⁸ 87% d'après le rapport Charges et produits 2017 de l'assurance-maladie.

³⁹ 13% dans la rémunération des généralistes en 2017 d'après la CNAM.

⁴⁰ Dans son avis sur *Les maladies chroniques* (Anne Gautier, Michel Chassang), le CESE a montré que la T2A est peu adaptée à ces pathologies, car elle n'est pas favorable à la prise en charge des actes de prévention et a préconisé d'élargir le financement au forfait à d'autres pathologies que le diabète et l'insuffisance rénale chronique (instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019).

⁴¹ CESE, 13 juin 2020, *Enfants et jeunes en situation de handicap : pour un accompagnement global* (Catherine pajares y Sanchez, Samira Djouadi).

financement pose un problème technique : déterminer d'une part, le montant du forfait et, d'autre part, les types d'actes rémunérés par la T2A. Ce financement de base peut être nuancé par des considérations liées à la pertinence et la qualité des soins⁴².

Préconisation n°5 :

Réserver la tarification à l'activité (T2A) aux soins standardisés, accélérer la réflexion sur l'élargissement des rémunérations forfaitaires, leur montant et leur mise en œuvre.

Préconisation n°6 :

Progresser, avec les financeurs (CNAM, CNSA, MSA, Etat), dans la mise en œuvre de la mixité des rémunérations en ville comme à l'hôpital en finançant la prévention, la pertinence et la qualité du soin, ainsi que la continuité des parcours.

3. Structurer l'ONDAM autour des priorités de santé

Le vote du budget de la Sécurité sociale doit devenir, plus qu'un outil de régulation des dépenses, la traduction budgétaire d'une réelle politique de santé publique. Voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, l'ONDAM fixe le montant des dépenses de l'Assurance maladie à ne pas dépasser pour l'année à venir. Il est structuré par des sous-enveloppes de dépenses ("sous-ONDAM") : soins de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux, Fonds d'intervention régional (FIR), "autres prises en charge" (soins pour les ressortissants et ressortissantes français à l'étranger, établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des publics en difficultés spécifiques tels que les Centres de soins de prévention et d'accompagnement en addictologie (CSAPA), les Appartements de coordination thérapeutiques (ACT - maladies chroniques), les Lits d'accueil médicalisés, les Lits halte soins santé.

Un premier constat s'impose : dans sa structuration, l'ONDAM reproduit les "silos" qui caractérisent l'offre de soins et empêchent de progresser vers un parcours de soin mieux coordonné. Le CESE l'a déjà indiqué : les objectifs du plan Ma Santé 2022, (financement de la prévention, financement à la qualité et à la pertinence des soins, financement au parcours pour les maladies chroniques) sont pertinents. Mais leur mise en œuvre impose de sortir de la structuration actuelle de l'ONDAM.

S'agissant de l'hôpital, les pouvoirs publics fixent le montant des tarifs des activités relevant de la T2A (Médecine-chirurgie-obstétrique) et le montant des subventions

⁴² Entretien des rapporteurs avec Edouard COUTY, Médiateur national pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Ils ne contrôlent pas le volume de l'activité mais les dépenses de l'hôpital. Ainsi l'enveloppe de l'hôpital peut compenser un éventuel surcoût de l'enveloppe de la médecine de ville : des dotations budgétaires sont en effet mises en réserve et des tarifs dits prudentiels sont fixés pour n'être débloqués que si l'ONDAM global est respecté. Concrètement, cette réserve a parfois été utilisée par les pouvoirs publics pour compenser un dépassement des dépenses de ville⁴³.

Depuis 2010, l'ONDAM voté a été systématiquement respecté : le montant réalisé est soit conforme soit inférieur au montant voté⁴⁴. Dans le contexte démographique de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques, la production de soins augmente ... mais leur coût est drastiquement maîtrisé. Pour respecter l'ONDAM, l'hôpital contient ses dépenses. Ce résultat, non sans conséquences pour les patientes et les patients, a été obtenu au prix de contraintes fortes sur les conditions de travail des personnels des établissements de santé, la modération des salaires et l'augmentation de la productivité des personnels. En effet, le travail est le principal facteur de production de ces soins. Les charges de personnels représentent environ 66 % des dépenses hospitalières⁴⁵. On l'a vu plus haut, les rémunérations des soignants et soignantes augmentent peu.

L'annonce, par le ministre de la Santé le 21 juillet 2020, de la mise en place d'une mission de refonte de l'ONDAM au sein du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie est un signal positif. Le Conseil sera toutefois attentif aux conclusions de la mission et à la concrétisation de ses mesures dans le cadre du PLFSS dès 2021 et en tout état de cause pour 2022.

Préconisation n°7 :

Restructurer l'ONDAM autour des priorités de la politique de santé, notamment la prévention et l'éducation à la santé, la qualité des soins et la coordination des parcours, et le faire évoluer en fonction des besoins de santé et non pas en fonction des prévisions de recettes ou des objectifs d'économies. L'ONDAM doit évoluer vers un cadre pluriannuel et des enveloppes davantage décloisonnées pour mieux financer la continuité des parcours.

⁴³ BRAS P.L., « L'ONDAM et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », Les tribunes de la santé, 2019, n°59.

⁴⁴ Rapport d'information de la Mecss sur l'Ondam présenté par C. DEROCHE, R-P SAVARY, Sénat, 2019.

⁴⁵ BRAS P.L., *art.cit.*

C - La gouvernance de l'hôpital : rééquilibrer les pouvoirs au profit des soignants et soignantes, des usagers et usagères et des élus et élues

"Il faut changer la gouvernance des hôpitaux et redonner du poids aux soignants (médecins, paramédicaux)" Greg

La gouvernance de l'hôpital a connu de nombreuses évolutions au gré des réformes. Depuis la loi HPST de 2009, elle repose sur une direction renforcée : l'hôpital est dirigé par une directrice ou un directeur qui est assisté par un directoire, chargé de la gestion, et par un conseil de surveillance, chargé du contrôle.

Représentant légal de l'hôpital, le directeur ou la directrice en assure la gestion et la conduite générale. Il ou elle a autorité sur l'ensemble du personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement de tous les services. Il préside le directoire, organe collégial chargé de préparer le projet d'établissement et d'approuver le projet médical. Le fonctionnement de l'hôpital public repose donc sur un management pyramidal avec à sa tête une directrice ou un directeur nommé par la ou le ministre chargé de la santé. A ses côtés, le conseil de surveillance (ancien conseil d'administration) se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement, notamment sur l'organisation des pôles d'activité et des structures internes. Aujourd'hui, la ou le maire de la commune de rattachement de l'hôpital n'en est plus automatiquement le président ou la présidente (alors qu'il ou elle présidait automatiquement le conseil d'administration avant la loi HPST). Le président ou la présidente du conseil de surveillance est en effet élu parmi ses membres qui sont les représentants et représentantes du corps médical et des personnels hospitaliers, des collectivités territoriales, des usagers et usagères.

Dans les faits, la gouvernance des hôpitaux repose très largement sur les directeurs ou directrices. Et trop souvent, la tendance est de renforcer les obligations de rendre compte et les contrôles, plutôt que de faire confiance en l'expertise et la compétence de la communauté soignante. L'Académie de médecine est sévère sur le poids des pratiques et obligations administratives : son rapport sur la crise de l'hôpital public déplore des *"effectifs administratifs formés dans le moule unique d'une seule école (École des hautes études en santé publique) développant une vision uniforme gestionnaire et juridique de l'hôpital"*⁴⁶. Il en découle une organisation administrative de l'hôpital très centralisée et très stratifiée qui contribue à la dilution des compétences, décourage toutes les volontés de bien faire et noie le personnel sous une pléthore de normes et de règlements qui se superposent sans que leur logique puisse être comprise. La gouvernance de l'hôpital et la gestion qui en découle

⁴⁶ Audition du Professeur Bernard LAUNOIS et du Professeur Francis MICHOT, rapporteurs du rapport de l'Académie de médecine *L'hôpital public en crise : origines et propositions* (février 2019), devant la section des affaires sociales et de la santé, 13 mai 2020.

sont très hiérarchiques et laissent peu ou pas de place au dialogue avec le personnel soignant et les représentants et représentantes des usagers et usagères. Le dialogue social y est particulièrement pauvre et formel⁴⁷. Ce "management entrepreneurial", administratif et pesant, contribue aussi à la perte d'attractivité des professions médicales et paramédicales à l'hôpital décrite supra.

Les décisions sont prises en haut, par le directeur ou la directrice, sans que le terrain, incarné par le personnel soignant, soit consulté pour y être associé. Ainsi, la Commission médicale d'établissement (CME), instance consultative qui représente la communauté médicale, pharmaceutique et odontologique, n'a aucun pouvoir décisionnel (il lui a été retiré par la loi HPST de 2009). Pour sa part, la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSMIRT) réunit surtout l'encadrement et est présidée par la coordinatrice générale ou le coordinateur général des soins, nommé par le directeur ou la directrice de l'établissement. Dans ces conditions, la fonction de président ou présidente de CME s'est considérablement dégradée alors que son avis est vital pour optimiser l'organisation des soins médicaux et paramédicaux et donc proposer à la collectivité le juste soin au moindre coût.

La remédicalisation de la gouvernance est une revendication forte du personnel soignant. Le renforcement du rôle de la CME dans la gouvernance a été recommandé par le rapport de la mission Claris⁴⁸. La remédicalisation fait partie des mesures destinées à transformer l'organisation du système de santé annoncées par le ministre de la Santé à l'occasion de la remise du rapport concluant les négociations du « Ségur de la Santé ». Ainsi, les décisions relevant du domaine médical devront être prises conjointement par le directeur ou la directrice et le président ou la présidente de la CME. La CME aura désormais un rôle dans la nomination des chefs et cheffes de service de pôles et les relations ville-hôpital. C'est un premier pas, mais, les soignantes et soignants non-médecins ont aussi une expertise qui doit trouver sa place. Le renforcement du dialogue au sein de la commission des soins pourrait être une hypothèse. De plus, la multiplicité des risques concentrés au sein d'une structure hospitalière plaide pour un véritable dialogue autour des questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

La présence des représentants et représentantes des usagers et usagères devrait également être renforcée comme l'a annoncé le ministre de la Santé. En effet, même s'ils et elles sont représentés au sein de la Commission des usagers (CDU), leur participation à toutes décisions concernant l'organisation des soins qui les concernent est quasiment nulle. Le rôle de la CDU consiste principalement à examiner les réclamations adressées à l'hôpital par les usagers et usagères. Certes, la loi de modernisation du système de santé de 2016 a renforcé son rôle notamment en

⁴⁷ Table ronde des organisations syndicales membres du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 30 juin 2020.

⁴⁸ Rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière présenté par le professeur Olivier CLARIS, juin 2020.

termes de droits des patients et patientes. Pour autant, peu visible au sein de l'établissement et peu connue par la population, elle est encore trop souvent considérée comme une instance d'information *a posteriori* et non comme un organe de consultation *a priori*⁴⁹. L'engagement du Ségur de la Santé de renforcer la place des représentantes et des représentants des usagers et usagères va dans le bon sens. Ainsi, France-Assos-Santé observe, pour le déplorer, que les CDU sont souvent placées auprès de la direction des affaires juridiques alors qu'elles gagneraient à être placées auprès de la direction générale et de la direction de la qualité sécurité. Au-delà de la participation *stricto sensu* à la gouvernance, associer les usagers et usagères à la décision en santé c'est aussi promouvoir l'éducation thérapeutique auprès des malades et leur famille.

Depuis 2016, tout hôpital public a obligation d'intégrer un Groupement hospitalier de territoire (GHT) pour proposer avec les autres établissements de santé publics une prise en charge commune et graduée de la patiente ou du patient sur le territoire (cf. infra partie III). Plusieurs instances sont mises en place dans chaque GHT : commission médicale de groupement ; comité stratégique ; commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ; comité territorial des élus locaux ; conférence territoriale de dialogue social. Un bilan d'étape remis par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en décembre 2019 constate que les représentantes et représentants des élus et élues, des usagers et usagères ne sont pas encore suffisamment associés à la gouvernance territoriale de la santé. Quant au comité territorial des élus et élues, il reste peu actif⁵⁰.

Le CESE accueille favorablement les mesures relatives à la gouvernance annoncées par le ministre de la Santé le 21 juillet promettant de "*mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital*". Il souligne cependant que l'enjeu pour la gouvernance de l'hôpital se situe aussi dans le passage d'un management entrepreneurial à un management participatif de l'hôpital.

⁴⁹ Audition de Claude RAMBAUD, vice-présidente de France Assos Santé et Alexis VERVIALLE, chargé de mission organisation des soins, devant la section des affaires sociales et de la santé, 20 mai 2020.

⁵⁰ C. DAGORN, D.GIORGI, A. MEUNIER, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*, IGAS, décembre 2019.

Préconisation n°8 :

Pour retrouver une gouvernance équilibrée des hôpitaux :

- revoir le rôle des directeurs et directrices afin de ne pas le limiter aux fonctions de gestion et développer leur mission de coordination des acteurs et des actrices du réseau territorial de santé ;
- donner aux commissions représentatives des soignants (CME et CSMIRT) un rôle co-décisionnaire, avec la direction de l'établissement, sur le projet médical d'établissement et les nominations des responsables de service et/ou de pôles et une fonction consultative sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ;
- renforcer fortement le dialogue social notamment autour de questions d'hygiène, de sécurité et de la qualité de vie au travail ;
- consolider la Commission des usagers comme s'y engage le Ségur de la Santé, notamment en renforçant sa place dans l'organigramme des établissements et en élargissant son champ d'action.

Les établissements de santé dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM)

Les départements et régions d'Outre-mer (DROM) comptent 2,2 millions d'habitants et d'habitantes soit 3,3 % de la population française. Dans son étude de janvier 2020 *L'accès aux services publics dans les Outre-mer*, le CESE faisait le constat d'une inadaptation de l'offre de santé aux besoins de la population ultramarine et soulignait qu'à caractéristiques sociales comparables, le fait de résider en Outre-mer s'accompagne, surtout pour les femmes, d'une plus mauvaise santé déclarée⁵¹. Les DROM sont aussi particulièrement concernés par les défaillances de la démographie médicale, Mayotte étant le département qui compte le moins de médecins. Le nombre de médecins est très insuffisant au regard des besoins et leur présence est inégalement répartie sur le territoire. Ils sont le plus souvent concentrés dans la ville chef-lieu où se trouve le centre hospitalier, au détriment des populations éloignées géographiquement et socialement. Les maisons de santé pluridisciplinaires ne sont pas réparties de façon égale sur les territoires ultramarins. Le développement de leur implantation n'a pas permis de rattraper le manque d'offre sanitaire même si, sur certains territoires, des pôles de santé multi sites ont pu voir le jour et que l'offre sanitaire a pu mieux être structurée⁵².

L'organisation sanitaire des DROM revêt une grande diversité⁵³, très contrainte par la géographie, les difficultés de transport et l'éloignement de l'hexagone ou d'autres DROM. L'activité hospitalière est quant à elle en partie la conséquence de la

⁵¹ Claire-Lise Dubost, En Outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes, DREES, Etudes et résultats, avril 2018 cité dans l'étude du CESE, *L'accès aux services publics dans les Outre-mer*, janvier 2020 (Michel Chay et Sarah Mouhoussoune).

⁵² *Les déserts médicaux*, avis présenté par Sylvie CASTAIGNE et Yann LASNIER, CESE, décembre 2017.

⁵³ Source : DREES, Les établissements de santé, édition 2020.

démographie (une structure d'âge proche de celle de la métropole en Martinique et Guadeloupe, une population beaucoup plus jeune à Mayotte, La Réunion, en Guyane).

La Guadeloupe et la Martinique ont une capacité d'accueil et une activité hospitalières comparables à celle de la métropole. En nombre de lits MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), la Martinique est le département qui se rapprochait le plus de la métropole en 2018 (-12 % d'écart), avant la Guadeloupe (-17 %). La Guadeloupe et la Martinique sont aussi dans une situation proche de la métropole pour ce qui est des capacités d'accueil en Soins de suite et de réadaptation (SSR, moyen séjour), avec respectivement 15 et 14 lits pour 10 000 habitants ou habitantes.

En Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte la capacité d'accueil, rapportée à la population, est moins élevée et moins variée qu'en métropole. L'écart en nombre de lits MCO est de -15% pour la Guyane, -21% pour la Réunion et -56 % pour Mayotte. Conséquence de cette capacité d'accueil plus faible, l'hospitalisation partielle en MCO est beaucoup moins développée en Guyane et à Mayotte qu'en métropole, alors qu'elle s'en rapproche à La Réunion.

La situation de Mayotte se distingue par une capacité d'hospitalisation très réduite, alors que les défis sanitaires y sont considérables. Les conditions de vie y sont particulièrement dégradées : 1/3 des habitants et habitantes n'a pas accès à l'eau potable, l'habitat est trop souvent insalubre, les conditions d'hygiène sont mauvaises. La typhoïde est endémique. Ce contexte a des conséquences directes et pénalisantes pour la santé. Mayotte ne compte pour le moment qu'un seul hôpital, situé à Mamoudzou, qui a la particularité d'être financé par une dotation globale (pas de T2A). Il assure en pratique l'essentiel du 1er recours et de la permanence des soins. La décision de financer un autre hôpital a été prise, ce qui permettra de compléter l'offre de soin. Le turn-over est très élevé et concerne tout le personnel médical. Il n'y a pas de clinique privée (un projet est en cours). Il n'y a pas non plus de centre de planification malgré une population jeune Mayotte compte également 4 centres médicaux et 13 dispensaires qui assurent des consultations au profit de personnes très souvent sans protection sociale⁵⁴. Les évacuations sanitaires vers La Réunion sont fréquentes : le CHU de La Réunion accueille 1000 patientes et patients de Mayotte par an.

Créé en 2012, le CHU de La Réunion est lui-même soumis depuis 2016 à un plan de retour à l'équilibre, décidé par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Le déficit du CHU est passé de 35 millions d'euros en 2016 à 12 millions en 2018 au prix de la suppression de nombreux postes et de tensions sociales (désindexation des primes, suppression de jours de congés dérogatoires)⁵⁵. Même si l'offre de soin privée est relativement dynamique, l'autarcie sanitaire reste un enjeu majeur pour l'île de 860 000 habitantes et habitants dont la situation économique et sociale est difficile (30 % de la population active est au chômage, 42% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, les

⁵⁴ Entretien des rapporteurs avec Mme Dominique VOYNET, directrice générale de l'ARS de Mayotte, le 23 juin 2020.

⁵⁵ Entretien des rapporteurs avec Lionel CALENGE, Directeur général du CHU de La Réunion, le 23 juin 2020.

inégalités de revenus y sont les plus élevées de France et la prévalence des maladies chroniques est plus importante qu'en métropole). Le « virage ambulatoire » sera assurément plus difficile à réaliser qu'en métropole.

L'application du plan de retour à l'équilibre du CHU de la Réunion a été suspendue dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19. Au-delà de cette actualité, c'est la question de l'adéquation du modèle national de financement des hôpitaux à l'Outre-mer qui est posée. Les particularités des territoires - l'éloignement géographique mais aussi l'ampleur des difficultés sanitaires, économiques et sociales - ne sont pas compensées à leur juste niveau⁵⁶. À cet égard, l'articulation actuelle entre le projet médical du CHU et le PRS élaboré par l'ARS, pourrait être améliorée, pour ne pas systématiquement faire prévaloir les critères médico-économiques sur la rationalité sanitaire.

Le Centre Hospitalier de Polynésie-Française -459 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique, 83 en psychiatrie et 22 postes de dialyse – accuse selon le rapport 2018 de la Chambre territoriale des comptes un déficit de 875 millions de Francs CFP (soit 7,3 millions d'euros). Dans un environnement géographique très dispersé, cet établissement est confronté en plus de ses charges locales aux frais des évacuations des îles de Polynésie française vers Tahiti et de Tahiti vers la métropole ou la Nouvelle Zélande pour les cas les plus graves.

Des entretiens qui ont pu être organisés avec les rapporteurs (Mme Catherine Barbezieux, directrice du centre hospitalier de Mamoudzou - Mayotte -, M. Lionel Calenge, directeur général du CHU de La Réunion, le docteur Jeffry, Chef du pôle chirurgie-anesthésie Mère/Enfant de l'hôpital de St Martin, Mme Dominique Voynet, directrice générale de l'ARS de Mayotte), il ressort des points communs aux Outre-mer.

Les intervenants et intervenantes déplorent une rigueur budgétaire majeure (exemple du COPERMO à la Réunion), une main mise bureaucratique de l'ARS identique à celle qui existe dans l'hexagone, l'impossibilité de prendre des initiatives et l'absence de pouvoir pour expérimenter sur le territoire (pour la coopération avec les médecins de la partie hollandaise de l'île de St Martin ou la télémédecine par exemple). Les Outre-mer ont effectué des restructurations importantes (la Réunion en particulier), les spécificités y sont bien sûr très fortes et des difficultés se retrouvent sur tous leurs territoires : une démographie médicale faible et un turn-over des soignantes et des soignants très importants, peu de structures de soins en dehors de l'hôpital public (Mayotte, Guyane), peu d'EHPAD et de SSR (Réunion), une population précaire âgée (Réunion), socialement défavorisée (Mayotte, Réunion), isolée (Guyane, Réunion, Mayotte), des populations migrantes (Mayotte, Guyane).

Les Outre-mer demandent plus de souplesse et une simplification administrative, moins de normes, plus d'écoutes sur leurs besoins et spécificités, le droit à l'expérimentation. Dans ces territoires les IPA pourraient avoir un rôle majeur. Leur formation est rendue particulièrement difficile par le financement des deux ans

⁵⁶ Par exemple, la majoration de la T2A (qui représente 70% des ressources du CHU) ne suffit pas à compenser la majoration des salaires.

nécessaires à leur formation, payée par l'hôpital et qui s'effectue sur le continent le plus souvent.

Les demandes des Outre-mer pour une déconcentration administrative sont une illustration de celles qui existent ailleurs dans l'hexagone : que la rigueur budgétaire ne soit pas la principale mission des directions, plus de souplesse et moins de normes, plus d'initiatives à l'échelon des régions ou des territoires.

II - MIEUX INTÉGRER L'HÔPITAL DANS LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES ET REFONDER LA GOUVERNANCE EN SANTÉ

Les personnes qui se sont exprimées sur la plateforme de consultation numérique demandent la création de "maisons de santé", de "dispensaires" ainsi que le déploiement des "services hospitaliers de proximité". L'impératif est donc bien, pour les Français et les Françaises qui ont répondu, de consolider l'offre de santé sur le territoire afin de la rendre plus accessible dans la proximité et de libérer les urgences. C'est dès lors la question du système de santé dans sa globalité qui est posée.

L'attente est tout aussi forte parmi les professionnels et professionnelles du soin qui déplorent un fonctionnement encore très centralisé et dépendant des financements très fléchés de l'État, alloués par les ARS. Il faut passer d'un fonctionnement administratif, centré sur le contrôle de l'utilisation des fonds alloués, à une relation de confiance, qui encourage et soutient les initiatives émergeant localement.

Certaines des préconisations de cet avis impliquent des modifications législatives notamment en ce qu'elles visent à donner davantage de compétences et responsabilités aux conseils régionaux. Pour le CESE en effet, deux impératifs coexistent : répondre aux besoins exprimés localement et collectivement (A); assurer un pilotage régional démocratique qui garantisse l'égalité dans l'exercice du droit à la santé (B).

A - Dans les territoires : assurer l'adéquation entre les besoins et l'offre de santé

"Il faut créer des centres de soins facilement accessibles en ville et à la campagne pour décharger les urgences de la bobologie." - Gwenaëlle -

Les difficultés d'accès à la santé dans les territoires révèlent le décalage croissant entre l'organisation des soins et les besoins en santé. Les dispositifs se sont pourtant multipliés ces dernières années avec pour objectif commun de mieux structurer l'offre dans les territoires et de mieux organiser les parcours de soin (cf. encadré infra). La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de 2009 et la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 ont modifié le cadre de l'organisation territoriale de la santé. **Il ne s'agit pas pour le CESE d'ajouter à la complexité ni de défaire a priori ce qui a été mis en place mais de proposer des améliorations.**

Le CESE réitère en premier lieu les propositions qu'il avait formulées dans son avis sur les déserts médicaux de 2017. Les déserts médicaux sont certes la conséquence de tendances lourdes qui dépassent la question sanitaire et relèvent plus largement de l'aménagement du territoire. L'avis soulignait néanmoins que le principe de la liberté d'installation des médecins ne devait pas s'opposer à celui d'un égal accès aux soins dans tous les territoires métropolitains et ultramarins. Il

considérerait par conséquent qu'en l'absence de résorption des déserts médicaux, une action plus résolue des pouvoirs publics s'imposait, et formulait des préconisations à cet effet⁵⁷.

Une multiplicité des niveaux d'organisation qui contribue au manque de visibilité

Au niveau de l'offre ambulatoire :

- les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, permettent l'association de professionnels et professionnelles de santé du premier et du second recours et d'acteurs et actrices sociaux et médico-sociaux. L'objectif est de mieux organiser les parcours des patientes et patients autour d'un "projet de santé".
- les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) regroupent des professionnels et professionnelles de santé libéraux exerçant de manière coordonnée, autour d'un projet de santé, dans une structure dotée de la personnalité morale. Elles proposent des activités de soins de premier recours, et parfois de second recours, sans hébergement, de prévention et d'éducation à la santé. L'Assurance maladie accorde des financements pour soutenir la mise en place des MSP qui satisfont un certain nombre d'exigences en matière d'accès aux soins ;
- les Centres de santé fournissent eux aussi des soins de premiers recours, des actions d'éducation à la santé, de prévention et peuvent proposer des soins de second recours. A la différence des MSP, les professionnels et professionnelles de santé qui y travaillent sont salariés par la personne morale qui gère le Centre de santé. Leurs prestations sont remboursées par l'Assurance maladie et ils proposent le tiers payant sans dépassement d'honoraire. Les Centres de santé mènent en général une action pour l'accès aux droits en matière de santé et plus largement dans le champ social.
- les Equipes de soins primaires portent sur le seul premier recours et sont centrées sur les médecins généralistes. Leur objectif est, avant tout, d'organiser en commun la prise en charge de la patientèle ;
- les Plateformes territoriales d'appui (PTA), proposent des prestations de services (pour les cas complexes en particulier) au médecin traitant (ou à un autre médecin qui intervient en lien avec lui), lequel reste responsable du parcours du ou de la patiente.

Concernant l'organisation des soins hospitaliers, ma Santé 2022 prévoit la labellisation de 500 à 600 "hôpitaux de proximité" à l'échéance de 2022. Le Ségur propose d'en faire des "*laboratoires en matière de coopération territoriale*" en y associant davantage les élus et élues et en leur donnant plus d'autonomie. La

⁵⁷ CESE, 13 décembre 2017, *Les déserts médicaux* (Sylvie Castaigne et Yann Lasnier).

catégorie "hôpitaux de proximité" existait depuis la LFSS pour 2015, sur la base des anciens hôpitaux locaux (supprimés en 2009), mais dans une logique centrée sur leur financement⁵⁸. Leur définition est désormais essentiellement fondée sur leur mission : assurer le premier niveau de gradation des soins hospitaliers, en lien étroit avec les professionnels et professionnelles de ville, à qui ils permettront de poursuivre la prise en charge de leurs patientes et patients dont l'état nécessite une hospitalisation. Ainsi, l'objectif des hôpitaux de proximité est de constituer un trait d'union entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. Leurs activités sont centrées sur la proximité et limitativement énumérées (médecine, consultations spécialisées, accès aux plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale...) même si la loi permet qu'en fonction des territoires, ils puissent réaliser des missions supplémentaires (urgences, périnatalité, orthogénie, soins palliatifs, équipes mobiles).

Par ailleurs, **les "groupements hospitaliers de territoire" (GHT) se sont substitués aux communautés hospitalières de territoires et l'adhésion des établissements publics de santé à ces regroupements est désormais obligatoire.** Les GHT se construisent autour d'un établissement "support" (ou de "référence"). La loi prévoit une mutualisation obligatoire, au sein du GHT, de la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, des fonctions achats, système d'information et qualité. D'autres fonctions (programme d'investissement, plan de financement pluriannuel unique, conclusion d'un Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens unique avec l'ARS...) peuvent également être mutualisées, sur une base optionnelle et avec l'accord du directeur général ou de la directrice générale de l'ARS. Les GHT doivent adopter un "projet médico-soignant partagé", autour duquel devraient s'organiser la coopération et les mutualisations entre établissements de santé.

Une première difficulté tient au fait qu'il existe, dans les territoires, plusieurs coordinations parallèles, mais pas une coordination qui associerait tous les acteurs et actrices de santé.

S'agissant de l'offre ambulatoire, c'est sur les CPTS que « Ma Santé 2022 » et le Ségur s'appuient prioritairement pour organiser la coordination pluri-professionnelle. Pour le CESE, les CPTS sont effectivement une réponse pertinente, dont les résultats seront toutefois à évaluer à long terme. Reste qu'avec 600 CPTS existantes aujourd'hui et un objectif de 1000 pour 2022, le maillage du territoire n'est pas complet. Par ailleurs, cette forme d'exercice n'apporte malheureusement que peu de visibilité sur les effets directs que pourraient ressentir les patientes et patients en termes d'amélioration de leur accès aux soins. D'autres formes d'exercice pluri-professionnel sont possibles, qu'il s'agisse des Maisons de santé pluri-professionnelles ou des Centres de santé (cf. encadré). L'innovation peut aussi porter sur la forme juridique : a ainsi été institué à Sarlat un centre de santé coopératif (société coopérative d'intérêt collectif, SCIC). Cette variété est un atout parce qu'elle permet l'adaptation des réponses aux particularités des contextes, des

⁵⁸ La LFSS pour 2015 avait en effet mis en place pour ces hôpitaux un système de financement dérogatoire mixte composé d'une dotation forfaitaire annuelle garantie (déterminée à partir des recettes historiques de l'établissement) et d'un complément de financement sur la base de l'activité.

besoins des populations et des attentes des professionnels et professionnelles. Il faut davantage soutenir les initiatives en faveur de leur création, qu'elles émanent des élus et élues, des professionnels et professionnelles ou des citoyens et citoyennes.

Concernant l'organisation hospitalière, les GHT présentent l'avantage de se construire autour d'un "projet médico-soignant partagé" (PMP) qui met en place la coordination et les mutualisations. La loi prévoit en effet son élaboration entre les établissements parties au GHT pour garantir "*une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours*"⁵⁹. Un premier bilan des GHT dressé par l'IGAS⁶⁰ a d'ailleurs montré que ceux d'entre eux qui fonctionnent le mieux s'inscrivent dans une cohérence de territoire et de projet. Le PMP peut, selon l'IGAS, constituer "*une feuille de route pour la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient*"⁶¹: cela fait écho aux logiques de parcours et de continuité que le CESE met en avant. A l'inverse, des difficultés ont été signalées : une concertation pas toujours suffisante sur leur périmètre, un éloignement des centres de décision et de gestion, la faible activité des Comités territoriaux des élus locaux, liée à leur statut uniquement consultatif. Pour le CESE, le PMP constitue un début sur lequel il faut s'appuyer en corrigeant les limites. La concertation en particulier doit être élargie aux autres actrices et acteurs locaux de la santé. Elle doit donner plus de place à la recherche de complémentarités, entre établissements de santé, médecine de ville et établissements médico-sociaux, entre hospitalisation en établissement et à domicile, entre établissements publics et privés. Concernant les hôpitaux de proximité, tels qu'ils sont inscrits dans la loi "Ma santé 2022", une limite importante est à souligner : n'étant pas dotés de l'ensemble des services hospitaliers (urgences, périnatalités, orthogénie, soins palliatifs...), ils n'empêchent pas la présence de zones blanches d'un certain nombre de ces services, pourtant essentiels, avec les risques importants que cela entraîne en termes de sécurité pour les habitantes et les habitants. C'est particulièrement le cas dans les territoires où les maternités ont été fermées.

La seconde difficulté concerne l'expression des besoins et l'organisation de la réponse, qui ne sont pas suffisamment démocratiques.

Complexe, la gouvernance du système de santé n'en demeure pas moins "descendante": elle part du ministère et s'applique dans les territoires via les ARS. La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a institué des "territoires de démocratie sanitaire" et prévu la mise en place dans chacun d'eux, d'un "Conseil territorial de santé (CTS)". Ces CTS sont composés de 40 à 50 personnes réparties en 5 collèges assurant la représentation des professionnelles et professionnels de santé, des usagères et usagers, des élues et élus des collectivités

⁵⁹ Article 6132-1-1 du code de la santé publique.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Rapport IGAS 2019-034R, *Bilan d'étape des Groupements hospitaliers de territoire.*

territoriales, des représentantes et représentants de l'État, et des personnalités qualifiées désignés par l'ARS)⁶².

Les CTS sont chargés de réaliser un "diagnostic territorial de santé" partagé⁶³. La loi *relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* ("Ma santé 2022") a renforcé le poids de ce document : c'est en effet sur cette base que doit être établi un "projet territorial de santé" qui décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé sur tout le territoire. Cet objectif est positif, mais la loi n'a pas été jusqu'au bout de sa volonté de démocratisation. Ainsi, c'est l'ARS qui, après consultation, délimite les "territoires de démocratie sanitaire". De même, le directeur général ou la directrice générale de l'ARS peut s'opposer dans un délai de deux mois au "projet territorial de santé" du CTS. Surtout, le CTS est un organisme seulement consultatif. Cette caractéristique, et la réalité du fonctionnement des CTS, très dépendant des ARS, pourraient expliquer une implication insuffisante de leurs membres. Les CTS ne constituent pas encore le lieu de la démocratie sanitaire de proximité que le CESE appelle de ses vœux. Ils n'incluent d'ailleurs pas certains actrices et acteurs du territoire défini, pourtant concernés par la santé des habitantes et habitants, tels ceux du sport et de la culture, de l'habitat et de l'économie locale, de l'éducation nationale en tant que telle, de la santé au travail ... ainsi qu'une représentation citoyenne organisée. Il faut partir des territoires et organiser, à leur niveau, la démocratie en santé. C'est le sens de la proposition du CESE.

Par ailleurs, le CTS ne peut que difficilement être le levier d'une "remontée" des besoins locaux au niveau régional. Les textes prévoient certes que l'ARS consulte les CTS durant l'élaboration du Projet régional de santé (sur ce document, dont le CESE souligne l'importance : cf. point B). Mais c'est directement avec les collectivités territoriales, à travers la signature entre elles et l'ARS de "contrats locaux de santé", que le PRS est décliné localement. Le CESE propose donc que les CTS soient systématiquement associés à la détermination des objectifs des contrats locaux de santé ainsi qu'à l'évaluation de leur mise en œuvre.

Les conclusions du Ségur de la Santé préconisent que soit établi, par les délégations départementales des ARS et conformément au PRS, un Schéma départemental de santé (SDS) qui remplacerait les projets territoriaux de santé et les contrats locaux de santé. Pour sa part, le CESE avait, dans le même ordre d'idée, pensé à s'inspirer du modèle du projet médico-soignant partagé des GHT en l'élargissant à d'autres actrices et acteurs et en le valorisant. Il estime que l'échelon départemental, s'il peut parfois être pertinent, peut, dans d'autres lieux, constituer un territoire trop vaste (cf. encadré sur les territoires). Il

⁶² Arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé.

⁶³ D'après l'article L1434-10 du code de la santé publique, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, ainsi que sur les projets médicaux partagés et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé. Il est informé de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels et professionnelles de santé.

propose de confier l'élaboration de ce schéma de santé aux Conseils territoriaux de santé qui réunissent l'ensemble des actrices et acteurs concernés au niveau territorial pertinent.

Préconisation n°9 :

Renforcer le rôle des Conseils territoriaux de santé (CTS) en élargissant leur composition pour en faire de véritables parlements de santé de proximité et leur confier :

- l'élaboration du diagnostic et d'une analyse prévisionnelle des besoins partagée avec tous les actrices et acteurs concernés ;

- la préparation et l'adoption d'un schéma de santé, au niveau territorial de proximité pertinent, en veillant à ce que ce document organise la réponse aux besoins et propose l'affectation des moyens ;

Les CTS devront être systématiquement associés aux objectifs et évaluations des contrats locaux de santé.

Le CESE demande un moratoire sur les suppressions de lits, les fermetures et les réorganisations de services et d'établissements jusqu'à l'élaboration du diagnostic et l'adoption du schéma de santé.

Quel territoire pour la coordination en santé ?

La définition du "territoire" pertinent pour organiser la coordination est complexe et pourtant centrale : le CESE le relève régulièrement, les inégalités de santé mêlent les critères géographiques et sociaux. La loi de 2003 a supprimé les "secteurs" de santé (à l'exception de la psychiatrie) et depuis, il n'y a plus un "territoire de santé" de référence mais plusieurs. La structuration de l'offre de soin et/ou la coordination de ses acteurs se font à des échelles multiples, selon des découpages basés tantôt sur les départements, tantôt sur les flux hospitaliers, les communes, les établissements publics de coopération intercommunale... Les CPTS définissent elle-même leur "territoire" dans le projet médical dont elles doivent obligatoirement se doter et c'est celui-ci qui est désormais considéré comme la référence. En réalité, il n'y pas de définition absolue du niveau pertinent pour évaluer les besoins et organiser les parcours. Pour le CESE, la notion de « bassin de vie⁶⁴ » est la plus pertinente. Elle n'est pas juridiquement définie, mais elle est présente dans certains documents de planification – relevant des transports, de l'aménagement du territoire...-. Elle a l'avantage d'intégrer les réalités concrètes telles qu'elles sont vécues par les habitantes et habitants. Elle doit assurer une définition des territoires de santé en cohérence avec les autres politiques publiques (de la ville, de la cohésion sociale, de l'éducation, du transport...). **C'est le niveau de proximité, de premier recours, celui de la permanence des soins qui doit être visé. Il faut considérer les pratiques des populations, de façon à prendre en compte leurs habitudes, leurs comportements, l'accessibilité pour elles des services relevant du soin ou de**

⁶⁴ Selon l'INSEE, le bassin de vie constitue « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants »

la prévention (en termes de distance et plus précisément de temps de trajet) dans la définition des territoires de santé. C'est aussi sur la base d'un diagnostic des déterminants de santé (en exploitant les travaux des Observatoires régionaux de la santé, notamment sur les déterminants sociaux et environnementaux), que ces territoires peuvent être définis.

B - À l'échelle régionale : organiser un pilotage plus démocratique de l'offre et des moyens

"Il faut changer la gouvernance dictée par le Ministère via les ARS, très éloignée des réalités de terrain. Ils doivent devenir facilitateurs" - Jul -

La santé est une compétence de l'État et les ARS contribuent à sa mise en œuvre dans les régions. Cet avis l'a déjà indiqué : le CESE regrette que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne soit pas suffisamment l'occasion d'un vrai débat de fond sur la politique nationale de santé et ses priorités. L'action des ARS reflète les choix de santé nationaux : elle pâtit donc de cette absence de débat national. Il faut d'ailleurs le souligner : les critiques qui sont adressées aux ARS ne doivent en aucun cas viser le travail de leurs agentes et agents. A cet égard, le CESE partage les conclusions du Ségur qui constate que la crise de la Covid-19 a « *mis en relief l'engagement des personnels des ARS et leur capacité à coordonner l'ensemble des acteurs de la santé dans une situation exceptionnelle. Dans un contexte où elles ont dû faire preuve de fortes capacités de réaction, souvent en dehors de leurs missions d'origine et en pleine autonomie, est apparue la nécessité de faire évoluer certaines de leurs compétences pour répondre à la demande de responsabilisation et d'accompagnement qui ressort très fortement des prises de position de nombreux acteurs* ». Les préconisations du CESE visent à renforcer la part ascendante du système, qui existe mais n'est pas suffisante, pour mieux prendre en compte les besoins locaux, et à améliorer la façon dont les ARS exercent leur mission. La crise de la Covid-19 a souligné une nouvelle fois la nécessité d'une clarification des interventions entre les différents échelons. Si les besoins et les moyens doivent être identifiés localement (cf. point A), un pilotage régional et national est nécessaire pour en particulier :

- introduire, s'ils manquent, des enjeux sanitaires de niveau national ;
- assurer, y compris par des dotations financières, l'égalité dans l'accès aux soins sur tout le territoire national ou dans l'application de la loi (en matière de planification familiale et d'accès à l'IVG par exemple) ;
- mutualiser, lorsque cela permet une plus grande efficacité, les réponses aux besoins définis localement. C'est, typiquement, le cas de la question des formations (leur contenu, le nombre de personnes formées) qui échappe aux compétences locales mais fait bien évidemment partie de la réponse.

Les compétences des collectivités territoriales en matière de santé ont longtemps été limitativement énumérées. La loi "Ma Santé 2022" a changé la donne. Elle a, d'une part, fait de la promotion de la santé une compétence partagée des collectivités territoriales avec l'État. Elle a, d'autre part, posé que *"l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce*

territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patientes et patients de ce territoire". En réalité, la loi Ma Santé 2022 n'a fait qu'entériner une évolution déjà largement engagée. Les collectivités jouent depuis longtemps un rôle décisif dans la construction de l'offre de soin, à travers le soutien qu'elles peuvent apporter à la définition d'un projet de structure pluri professionnelle, la mise à disposition de locaux ou d'équipements, le versement de subventions (aides à l'accès ou à l'installation, aides aux étudiantes et étudiants en médecine qui effectuent des stages ou aux jeunes médecins qui s'engagent à exercer dans une zone sous-dotée). Les élus et élues locaux sont aussi en mesure d'insuffler des dynamiques positives de travail en commun entre les actrices et acteurs (professionnels et professionnelles, ARS, établissements de santé et médicaux-sociaux) présents sur leur territoire. De façon plus générale, la capacité des collectivités territoriales à peser favorablement ou non sur l'offre de soin est liée aux autres politiques qu'elles conduisent pour assurer l'attractivité de leur territoire (développement économique local, transport, urbanisme, formations...).

La loi HPST de 2009 avait ouvert la voie à une politique régionale de santé à travers l'instauration du projet régional de santé préparé par les ARS. L'objectif était de concilier les orientations nationales de la politique de santé avec les particularités régionales relatives tant à l'état de santé des personnes qu'à la situation de l'offre de soin. Mais, **pour le CESE, deux grandes difficultés persistent, qui empêchent les progrès vers un pilotage démocratique de l'offre et de l'affectation des moyens.**

Elles concernent d'abord le PRS.

Le PRS n'est pas mentionné dans les conclusions du Ségur. Le CESE souligne pourtant l'importance de ce document, qui tient notamment à son caractère transversal. Cette transversalité est en particulier indispensable pour construire une politique globale de prévention et de promotion de la santé intégrant la santé environnementale⁶⁵. L'élaboration du PRS est l'occasion de donner corps au concept d'exposome, désormais intégré dans la loi, et qui implique de tenir compte de toutes les atteintes à la santé, tout au long de la vie. Le PRS doit être l'un des leviers d'une politique de développement durable, qui intègre l'objectif d'amélioration des facteurs déterminants de la santé dans les politiques de transports, de logements, agricoles, économiques d'emploi, de formation... (soit bien au-delà de la politique sanitaire au sens strict).

Le PRS doit jouer un rôle central dans la planification et la programmation des moyens puisqu'il définit, à l'échelle régionale, les objectifs sur cinq ans et un schéma stratégique sur 10 ans, ainsi que les mesures pour les atteindre. Les conditions de son élaboration ne sont pas satisfaisantes. Le projet régional de santé est présenté par l'ARS, qui vise la cohérence avec la stratégie nationale de santé et le respect des lois de financement de la sécurité sociale. Tous les acteurs et actrices de la santé sont censés y être associés. Le Conseil régional, les conseils départementaux, les conseils municipaux et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) sont effectivement consultés. Mais il ne s'agit que de simples avis : le PRS

⁶⁵ Cf notamment CESE, 11 juin 2019, *Les maladies chroniques* (Michel Chassang et Anne Gautier) ainsi que les contributions de la section des Affaires sociales et de la santé aux rapports annuels du CESE sur l'état de la France.

est finalement arrêté par le directeur général ou la directrice générale de l'ARS, après avis du préfet ou de la préfète de région. En Normandie et en Centre-Val de Loire par exemple, les Conseils régionaux et les CESER ont exprimés des avis défavorables sur les projets de PRS, sans que cela n'empêche l'adoption des PRS par l'ARS.

Pour le CESE, le PRS doit être un document véritablement co-construit par le Conseil régional et l'ARS. La cohérence du PRS avec les autres instruments de planification, notamment le Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET) doit être assurée. C'est aussi dans le cadre du PRS que l'adéquation entre l'offre régionale de formation et les besoins des territoires doit être garantie. C'est par cet outil de planification que les enjeux environnementaux doivent être priorités pour permettre une mise en cohérence des politiques de transition écologique locales. De même, les contrats de plan État région, qui organisent le financement partagé des grands projets d'investissement, notamment immobiliers, devraient comprendre un nouveau volet relatif à la santé. Le PRS doit aussi organiser le financement des réponses, qui engagera les financeurs, dont le préfet ou la préfète, l'ARS et le Conseil régional, liés par son adoption. La consultation du CESER doit être l'occasion d'un débat avec la société civile organisée dans son ensemble, mais aussi avec les citoyennes et les citoyens. La mise en œuvre du PRS, tout comme son adéquation aux évolutions, devraient faire l'objet d'une évaluation à mi-parcours et des adaptations ou ajustements devraient pouvoir être proposés par la CRSA. Par ailleurs, c'est, selon le texte actuel (article D1432-53 du code de la santé publique), à l'ARS qu'il revient d'assurer leur secrétariat et de financer leur fonctionnement. Pour favoriser la démocratie sanitaire, le CESE estime que la CRSA doit pouvoir fonctionner de manière autonome, sans se confondre avec les travaux en propre de l'ARS. Ainsi, les moyens alloués à la CRSA pourraient-ils être versés à une institution tierce assurant son secrétariat et contribuant à son fonctionnement. Toujours dans sa volonté de renforcer la coordination au niveau régional, le CESE estime que le Conseil régional devrait être le support pertinent de la CRSA, ce qui permettra le rapprochement des travaux de cette dernière avec ceux du CESER.

Les difficultés portent ensuite sur la place et le rôle des ARS.

Au moment de leur création, les ARS représentaient un progrès. Elles étaient, déjà, une réponse à l'organisation en silos de la santé, puisqu'étaient réunies sous une seule entité les compétences de pilotage des hôpitaux (à la place des Agences régionales de l'hospitalisation), des soins ambulatoires, mais aussi du secteur médico-social et de la sécurité sanitaire, au pilotage jusqu'alors éclaté entre plusieurs administrations, nationales, régionales ou départementales. Les ARS devaient aussi permettre une action plus proche du terrain, d'autant qu'elles ont été dotées de délégations territoriales, devenues ensuite délégations départementales, en principe plus accessibles que les services régionaux de l'ARS. Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance, présidé par le préfet ou la préfète de région et composé de représentantes et représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, d'élus locaux ainsi que de représentantes et représentants d'usagers et usagers. Ces conseils n'exercent pas totalement leurs prérogatives, là encore par trop centrés sur les questions financières.

Dans les faits, la création des ARS n'a pas rompu avec un système de soin et de santé centralisé. Bien que déconcentrées, elles demeurent des services de l'État. Qu'il s'agisse de la politique de santé, des principes de l'action sociale ou médico-sociale, des principes fondamentaux de la sécurité sociale ou de la prise en charge des soins, il leur revient de mettre en œuvre les objectifs des politiques nationales. Leur autonomie, qui devrait permettre une action plus proche du terrain, est faible. Elles ont peu de marge de manœuvre dans le financement des projets que les actrices et acteurs locaux peuvent leur soumettre. De fait, les ARS sont perçues par ces dernières et derniers comme des simples relais des instructions administratives et budgétaires du ministère, une "tutelle" demandant aux établissements de soins et de santé des tableaux de bord extensifs sur leur activité et l'état de leurs finances pour les contrôler et les transmettre à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et à la Direction générale de la santé (DGS).

La création en 2015 des "grandes régions" a aussi éloigné les centres décisionnaires des ARS, d'une façon peu compatible avec une action adaptée aux réalités locales. Les délégations départementales sont souvent considérées par les actrices et acteurs locaux, notamment les élus et élues, comme de simples relais administratifs. Autre difficulté, la compétence des ARS est finalement trop large pour se concrétiser dans tous les champs qu'elle couvre. Les ARS n'ont pas réellement pu, par exemple, concrétiser une approche de « santé globale » qui exige de prendre en compte l'ensemble du contexte socio-environnemental dans l'action de santé.

Leur action, axée sur la déclinaison en région des priorités nationales et budgétaires et trop centrée sur les hôpitaux, se traduit par une obligation de *reporting* et des contrôles chronophages pour les opératrices et opérateurs. Elle doit évoluer pour donner plus de place à la détermination conjointe des besoins et des réponses, l'accompagnement et la coordination des actrices et acteurs, le suivi stratégique des objectifs et des moyens. Les ARS doivent, en particulier dans leurs relations avec les hôpitaux, alléger leurs procédures de contrôle et préférer - comme elles ont su le faire, sous la contrainte de l'urgence, durant la crise - les relations de confiance et de responsabilisation. Leur fonctionnement doit évoluer en conséquence et le CESE serait favorable à ce qu'il soit donné plus de place aux élues et élus, usagères et usagers et actrices et acteurs de santé dans leur conseil de surveillance et dans le processus de désignation de leurs directrices et directeurs généraux.

Préconisation n°10 :

Consolider la démocratie sanitaire :

- renforcer le poids du Conseil régional et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) dans l'élaboration et l'approbation du Projet régional de santé (PRS) pour arriver à une véritable co-construction. En cas de désaccord avec l'Agence régionale de santé (ARS), l'arbitrage doit être fait par le ou la ministre en charge de la santé ;

- organiser, sous la responsabilité des CESER, des consultations citoyennes sur les orientations du PRS ;

- renforcer le contenu du PRS autour de deux axes : les priorités régionales et leur adéquation avec les moyens alloués par les financeurs ;

- inclure un volet santé dans les contrats de plan Etat-région, en cohérence avec le Projet régional de santé (PRS).

Préconisation n°11 :

Réviser le statut des Agences régionales de santé (ARS) sur 3 points :

- leur composition : renforcer le poids des élues/élus, des usagères/usagers et des actrices/acteurs de santé dans leur Conseil de surveillance ;

- leur mission : la réorienter vers le suivi stratégique des priorités identifiées dans le PRS, la coordination des actrices/acteurs, la réalisation de travaux prospectifs ;

- leurs pratiques vis-à-vis des opératrices/opérateurs de santé : passer d'une relation administrative et de contrôle budgétaire à une relation de co-construction des objectifs et des moyens et à un rôle d'accompagnement des actrices/acteurs territoriaux.

Cette évolution ne pourra être opérationnelle qu'avec un redimensionnement des effectifs notamment dans les délégations départementales

III - L'HÔPITAL DANS LE SYSTÈME DE SOIN : MIEUX ORGANISER LES INTERFACES

Concevoir le rôle de l'hôpital de demain, éventuellement le recentrer, c'est nécessairement s'interroger sur l'amont //aval, les interactions entre les secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux. Les dispositifs destinés à organiser une meilleure prise en charge des patientes et patients existent, mais leurs résultats ne sont pas encore suffisants pour assurer un parcours mieux articulé et cohérent autour de la globalité des besoins de la personne. C'est sur leurs limites, les freins à leur utilisation plus large, mais aussi sur les obstacles structurels auxquels ils se heurtent qu'il faut s'interroger.

A - Un hôpital désengorgé dans un parcours de soin amont/aval mieux organisé

Au-delà du manque de moyens des hôpitaux, la crise actuelle est aussi la conséquence de la place prééminente qu'ils sont contraints d'occuper dans le système français de santé. Les disparités de l'offre sur le territoire, les difficultés d'accès aux diagnostics et aux soins, les ruptures dans les parcours contribuent à la saturation des urgences, trop souvent seules à prendre en charge les soins non programmés. Les textes, plans et stratégies affichant la volonté de favoriser la structuration d'une offre pluri professionnelle dans les territoires se sont multipliés. On peut déplorer cette complexité et souhaiter que les positionnements des différents outils soient clarifiés. Il n'empêche que la direction est la bonne et qu'il faut continuer à développer et organiser les réponses plus adaptées aux évolutions des besoins, à la complexité accrue des pathologies, à la polypathologie, à la forte imbrication des problématiques médicales, médico-sociales, sociales et environnementales. Ces organisations collectives sont en outre en ligne avec les souhaits et les attentes des nouvelles générations de professionnelles et professionnels, moins attirées par l'exercice libéral en cabinet isolé. Il ne s'agit pas de nier les réalisations mais de s'interroger : **pourquoi un bilan mitigé dont, finalement, l'hôpital, voie de recours trop automatique, subit les conséquences? Comment utiliser les outils existants sans ajouter de la complexité ?**

"Il faut construire la continuité entre hôpital et médecine de ville en développant les activités de coordination" . Nathalie

1. Une priorité : assurer enfin l'interopérabilité des systèmes informatiques

Le partage de l'information est une condition *sine qua non* de la cohérence de la prise en charge et de la pertinence des actes et des traitements. Parallèlement, la protection des données de santé est impérative : le patient ou la patiente doit avoir la certitude absolue que leur confidentialité et leur non-marchandisation seront respectées afin de faire reculer la méfiance récurrente des citoyens et citoyennes vis à vis de programmes informatiques sur ce qui les concerne intimement (cf. l'échec de

stop-covid). Pour cette raison, le CESE s'interroge sur le choix fait, par le gouvernement français, de recourir aux services de la société Microsoft pour l'hébergement des données du *Health Data Hub*, alors que des entreprises européennes étaient en capacité de réaliser cette prestation : ce choix ouvre la voie à la transmission des données de santé aux autorités américaines⁶⁶. Ce d'autant que le "*Privacy Shield*" de 2016, l'accord international sur le transfert des données entre l'Union européenne et les USA, a été invalidé par la Cour de Justice de l'Union européenne le 16 juillet 2020. Pour le CESE, les données de santé doivent être hébergées au sein de l'Union européenne par un prestataire de l'UE pour préserver notre autonomie et notre indépendance, stratégiques en ce domaine. La situation de la France et des hôpitaux est sur cette question à la fois paradoxale et insatisfaisante :

- elle a instauré en 2004, 10 ans après les premiers travaux, un "Dossier médical personnel", devenu, après une multiplication des difficultés, le "Dossier médical partagé" (DMP), dont le déploiement a été transféré par la loi du 26 janvier 2016 à la CNAM. Le seuil des 9 millions de DMP ouverts a été atteint en juillet 2020. C'est un progrès, mais on est loin de l'objectif de 40 millions de DMP d'ici 2022⁶⁷;
- elle a mis en place des Messageries sécurisées de santé (MSS) pour sécuriser les échanges entre professionnelles et professionnels de santé ;
- elle dispose de plusieurs bases de données compilant un nombre considérables d'information de santé et dont la sécurité des programmes est reconnue. La plus importante est celle de l'Assurance maladie (le SNIRAm, Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) qui collecte les informations sur les remboursements issus des différents régimes obligatoires. Cette base s'ajoute aux données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) qui comprend les données issues des hôpitaux et des autres établissements de santé ;
- elle affiche, avec la création le 30 novembre 2019 de la Plateforme des données de santé (le *health data hub* qui s'est substitué à l'Institut national des données de santé) l'ambition de faciliter le partage des données de santé issues de sources très variées afin de promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé et de favoriser la recherche. Le CESE rappelle à cet égard l'importance des enjeux « Informatiques et Libertés » que soulèvent cette plateforme, notamment s'agissant de la nature des données traitées et de leur volume. La CNIL⁶⁸ a relevé les risques inhérents à la concentration éventuelle de données sensibles sur la plateforme technologique, qui nécessiteront la mise en place de mesures de sécurité appropriées ;
- elle a laissé, dans les hôpitaux, se multiplier sans lien ni logique des applications qui, à défaut d'interfaces, fonctionnent en silo. Les conséquences en sont très lourdes pour les personnels qui doivent utiliser de trop nombreux

⁶⁶ Note de bas de page : le Cloud Act peut obliger toute entreprise américaine à fournir à son gouvernement les données hébergées dans ses serveurs même quand ceux-ci se trouvent à l'étranger.

⁶⁷ La loi du 26 juillet 2019 ("Ma Santé 2022") va accélérer les choses car elle prévoit l'ouverture automatique d'un DMP pour les personnes nées après juin 2021.

⁶⁸ Voir les avis de la CNIL sur le projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé du 31 janvier 2019 portant création de la Plateforme et sur sa mise en œuvre anticipée en avril 2020 pour les besoins de la gestion de l'urgence sanitaire et de l'amélioration des connaissances sur la COVID-19.

logiciels, s'adapter à chacune de leur ergonomie, jongler avec une multitude de codes d'accès et perdent un temps précieux à renseigner les données, à recopier les informations, à réaliser les mises à jour, les corrections et le codage de l'information. Les équipes informatiques sont monopolisées par le maintien en conditions opérationnelles et le pilotage des ARS ne permet pas de faire émerger des progrès concrets. Les différents niveaux de coordination s'additionnent (aux plateformes régionales et aux logiciels nationaux s'ajoutent les exigences d'harmonisation au sein d'un même GHT), compliquant la tâche au lieu de la simplifier.

Il faut d'urgence remettre les professionnelles et professionnels ainsi que les patientes et patients au centre du système. Les progrès s'imposent dans deux directions :

- **le déploiement du DMP**: sa présentation, son ergonomie et son utilisation par les patientes et patients doivent être simplifiées, son alimentation par les professionnelles et professionnels de santé systématisée. Sa lisibilité est essentielle pour que le patient ou la patiente s'approprie cet outil et l'utilise comme l'un des moyens d'être acteur ou actrice de sa santé. Une rubrique médico-sociale devra y être créée (cf. infra) dans l'objectif de faciliter une coordination globale des parcours ;
- **l'interopérabilité des logiciels utilisés par les professionnels et professionnelles et les hôpitaux.** Pour le CESE, ce chantier doit être pris en charge par la puissance publique pour d'une part, éviter la coexistence de dispositifs concurrents et d'autre part, assurer la conformité de cette interopérabilité avec les impératifs de la protection des données personnelles de santé. Des dispositifs ont été instaurés avec le soutien des ARS pour, au-delà du DMP et du seul "stockage" des documents, progresser vers un "e-parcours" et la coordination des actrices et acteurs. En Ile-de-France par exemple, le dispositif "Terr-eSanté" prend la forme d'une application gratuite de soin à distance. Des négociations sont engagées depuis plusieurs années pour qu'elle soit interopérable avec les principaux logiciels hospitaliers et de cabinets médicaux de ville et de biologie médicale, de façon à ce que des données soient automatiquement téléchargées dans le dossier.

Par ailleurs, la crise sanitaire de la Covid-19 a accru le recours à la télémédecine. Son intérêt s'est confirmé, alors que le confinement mettait en danger la continuité des soins, notamment des malades chroniques. En avril, plus d'un million de téléconsultations ont été réalisées chaque semaine par plus de 45 000 médecins. Des changements dans les textes avaient permis cette évolution. La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé avait en effet favorisé le recours à la télémédecine, en distinguant différentes situations: la téléconsultation (consultation à distance), la téléexpertise (un médecin sollicite à distance l'avis d'un autre), la télésurveillance (interprétation à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient ou de la patiente), la téléassistance (qui permet d'assister à distance un autre médecin), et la régulation dans le cadre des urgences. Le remboursement des téléconsultations est conditionné au respect du parcours de soins coordonné et à la connaissance préalable du de la patient ou de la patiente par

le médecin "téléconsultant" (via une consultation physique de moins de 12 mois)⁶⁹. Les tarifs et bases de remboursement sont identiques à ceux des consultations en présentiel⁷⁰. Le "télésoin", c'est-à-dire la prise en charge à distance par des professionnels et professionnelles du soin non exclusivement médicaux (pharmaciens, pharmaciennes et auxiliaires médicaux) est également possible.

Le Ségur de la santé prévoit notamment, s'agissant de la téléconsultation : "d'assouplir" (sans préciser comment) la condition de connaissance préalable du patient ou de la patiente, de permettre "*dans certaines conditions*" la téléconsultation en dehors du parcours de soin. Il prévoit parallèlement d'élargir la télé-expertise à tous les patientes et patients et de permettre aux professionnelles et professionnels de santé non médicaux de la solliciter. Cependant, le CESE constate que la consultation citoyenne a montré qu'aucune proposition en ce sens n'a été plébiscitée. La nécessité de ne pas substituer la téléconsultation à une consultation présente et la défiance du numérique ou simplement les difficultés de son utilisation restent des conditions prégnantes à son déploiement.

Pour le CESE, la télémédecine peut constituer un levier important de la coordination des soins et de l'amélioration du suivi des patientes et patients. Son développement va dans le bon sens, à condition qu'il se fasse en interaction avec les patientes et patients et en garantissant indépendance et transparence dans les conditions de collecte et de recueil des données, telles qu'elles ont été notamment posées par la HAS. Le CESE le souligne également : le développement de la télémédecine ne sera utile que s'il peut bénéficier à tous et toutes. Son déploiement doit s'accompagner d'une action plus résolue en direction des publics éloignés du numérique, quelle qu'en soit la raison⁷¹.

Préconisation n°12 :

Améliorer l'interopérabilité et la qualité des systèmes d'information, accélérer le déploiement du dossier médical partagé (DMP), tirer les enseignements des pas franchis durant la crise de la Covid-19 en matière de télémédecine tout en assurant le respect des droits des patientes et patients et des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Garantir l'hébergement en France ou en Europe par une société européenne de toute donnée de santé recueillie en France.

⁶⁹ Avenant n°6 à la convention médicale de 2016 signé le 14 juin 2018 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

⁷⁰ Pour faciliter le recours aux téléconsultations et limiter les déplacements des patients dans les cabinets médicaux, donc limiter encore les risques de propagation de la Covid, la participation de l'assuré au titre des actes de télémédecine a été supprimée en mars 2020. L'ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19 a modifié le remboursement par l'assurance maladie pour le porter à 100 % jusqu'au 31 décembre 2020. Le PLFSS proroge cette possibilité jusqu'en 2022

⁷¹ Cf sur ce point : CESE, 8 juillet 2020, *Services publics, services au public et aménagement des territoires à l'heure du numérique*, Yves Kottelat, Patrick Molinoz.

2. Multiplier les lieux d'exercice pluriprofessionnel et le temps partagé

Le CESE rappelle l'urgence, déjà soulignée dans son avis précité sur les déserts médicaux⁷², de développer un réseau d'offre de premiers recours de différentes formes, associant les centres hospitaliers, en encourageant l'installation dans les territoires mal desservis mais aussi (cf. supra) en soutenant la création de centres de santé et de maisons de santé pluridisciplinaires.

Au-delà de la lutte contre la désertification médicale, il faut favoriser les exercices pluri professionnels parce qu'ils peuvent contribuer à l'amélioration de la relation amont/aval. Les exercices mixtes et les temps partagés, entre une structure hospitalière et un exercice ambulatoire (dans un cadre libéral ou salarié) doivent être encouragés. C'est ce que prévoit la mesure 8 du Ségur de la Santé qui vise à encourager l'exercice ambulatoire des praticiennes et praticiens hospitaliers dans les zones sous-denses, d'une part, de favoriser le recrutement de professionnelles et professionnels libéraux pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, en qualité de fonctionnaires à temps non complet, d'autre part.

Le CESE accueille favorablement ces dispositions. Dans les conclusions du Ségur, elles font partie des mesures destinés à "transformer les métiers et revaloriser ceux qui les soignent". Il est vrai que l'exercice mixte libéral / salarié présente des attraits pour les professionnelles et professionnels, qui ne souhaitent pas se limiter à une pratique cloisonnée. Mais, du point de vue du CESE, elles devront aussi contribuer à l'amélioration de la fluidité des parcours ville-hôpital.

Les CPTS ont un rôle à jouer à cet égard. Au-delà des professionnelles et professionnels elles/eux-mêmes, elles peuvent en théorie associer des établissements et services sanitaires, en particulier les hôpitaux de proximité mais aussi les établissements sociaux et médico-sociaux du territoire : le CESE souhaite que cette possibilité soit largement utilisée.

Préconisation n°13 :

Pour évoluer vers un premier recours pluriprofessionnel davantage porté par la ville et les établissements médicosociaux, le CESE préconise de :

- **diffuser et consolider les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), favoriser le développement des regroupements pluriprofessionnels comme les Maisons de santé et les Centres de santé pluridisciplinaires en privilégiant leur implantation dans les lieux où elle aura été jugée prioritaire par les Conseil territoriaux de santé ;**
- **consolider la place donnée à la coordination avec les hôpitaux et les structures sociales et médico-sociales dans le projet médical des CPTS ;**
- **encourager les exercices mixtes (qui combinent une activité en libéral et une activité salariée) et partagés entre plusieurs établissements d'un même**

⁷² CESE, 13 décembre 2017, *Les déserts médicaux* (Sylvie Castaigne et Yann Lasnier).

3. Organiser la permanence des soins

Les "soins non programmés" sont ceux qui, tout en étant ressentis par les personnes comme relevant de l'urgence, n'en relèvent pas médicalement et ne nécessitent pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Dans le rapport qu'il a consacré à cette question en 2018, le député Thomas Mesnier souligne qu'une part non négligeable des passages aux urgences, évaluée à 43%, pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire. Cette défaillance dans l'offre de soins a des répercussions fortes sur les services d'urgences et donc l'hôpital. La suppression de l'obligation de garde en ville est également l'une des causes des difficultés d'accès à la médecine générale, aux heures non ouvrables. A cela s'ajoute les soins réellement urgents, mais non vitaux, pour lesquels les patientes et les patients ne trouvent pas de réponse dans la prise en charge par la médecine de ville.

Le vieillissement de la population, tout comme la démographie médicale défavorable contribuent à la croissance de la demande de soins non programmés. Mais d'autres facteurs sont aussi identifiés, notamment une aspiration des patientes et patients, plus avertis des risques et plus soucieux de les éviter, à obtenir un avis immédiat et global en se rendant aux urgences alors que les consultations seront très longues à obtenir en ville.

Les situations locales sont très diverses et aucun schéma type ne saurait être imposé par le niveau national. Les centres de santé proposent des plages d'accueil des soins non programmés. Les Maisons de santé pluridisciplinaires font de même (et de manière systématique pour celles d'entre elles qui adhèrent à l'accord cadre interprofessionnel proposé par l'Assurance maladie). Le secteur privé non lucratif, associatif (SOS médecins) et certains établissements à but lucratif proposent également un accueil de soins non programmés. Les CPTS sont un canal possible, dans la mesure où elles "doivent pouvoir proposer une organisation visant à permettre la prise en charge le jour même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient en situation d'urgence non vitale"⁷³. Cela implique d'aménager, dans les agendas des professionnelles et professionnels associés à la CPTS, des créneaux dédiés aux consultations non programmées.

Pour le CESE la réponse passe par la structuration de l'offre de soin dans les territoires : un schéma d'organisation de la permanence des soins doit être arrêté à cet effet. L'ensemble des partenaires, médecins libéraux (généralistes et spécialistes) doit être associé à son élaboration. Ce schéma devrait également organiser la prise en charge des urgences, la nuit et le week-end, en prévoyant la mise en place de maisons médicales de garde (MMG). Celles-ci participent à la permanence des soins en constituant des structures de garde pour les médecins libéraux afin d'assurer en toute sécurité les soins non programmés de 8h à 20h, les week-ends et jours fériés et en soirée en semaine de 20h à minuit. Les MMG sont idéalement situées à

⁷³ Accord conventionnel interprofessionnel signé le 20 juin 2019 entre les syndicats professionnels et l'Assurance maladie.

proximité des Services d'accueil et de traitement des urgences, permettant d'accueillir les soins non programmés qui ne nécessitent pas le plateau technique de l'hôpital ou de réorienter vers celui-ci les patientes et patients qui le nécessitent. Elles étaient 451 en 2018. Le rapport présenté par Thomas Mesnier et le Professeur Pierre Carli en décembre 2019⁷⁴ propose d'étendre ce modèle, avec l'objectif d'implanter une MMG à proximité directe immédiate de tous les services d'urgence totalisant plus de 50 000 passages par an. La mise en place de plateformes de régulation locale en mesure d'inscrire des consultations non programmées aux agendas des médecins libéraux rend l'ensemble opérationnel.

Préconisation n°14 :

Organiser la permanence des soins à travers :

- un numéro unique d'appel ;
- la mise en place, en journée, d'une plateforme de régulation interconnectée aux agendas des médecins (généralistes et spécialistes) avec des créneaux dédiés exclusivement à des consultations non programmées ;
- la mise en place, de 18h à minuit et les week-ends, de maisons médicales de garde où collaboreront médecins de ville et urgentistes hospitaliers.

4. Lever les freins à l'hospitalisation à domicile

"Il faut reconnaître, soutenir, l'aide et le soin à domicile, véritable acteur de la prévention de la dépendance" Béatrice

Tous les soins ne peuvent être réalisés à domicile et l'hôpital demeure bien souvent le lieu le plus adapté quand les moyens (plateau technique), les compétences multiples et l'expertise doivent être réunis en même temps, pour garantir la qualité et la sécurité. Pour autant, le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) - à distinguer des "simples" soins réalisés à domicile - est au cœur des enjeux aussi bien pour l'avenir de l'hôpital que pour l'amélioration des parcours, de la qualité des soins et la qualité de vie des patientes et patients.

L'admission en HAD peut être prescrite aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant. Elle est une alternative à l'hospitalisation en établissement pour les patientes et patients qui y ont recours, le plus souvent atteints de pathologies graves et multiples. Elle évite l'éloignement du domicile et des proches, avec ses surcoûts pour la collectivité, pour les patientes et patients et pour leurs proches (transports et hébergement). La DREES estime que l'hospitalisation en établissement est raccourcie ou évitée pour près de deux patientes et patients en HAD sur trois. En 2018, les patientes et patients de 65 ans ou plus représentaient 55% des séjours en HAD (dont 25% pour les 80 ans ou plus). Ainsi que le relève la DREES, les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques ainsi que les traitements intraveineux sont les principaux motifs d'admission des patientes et patients en HAD, puisqu'ils représentent 68 % des séjours. En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques

⁷⁴ Thomas Mesnier et prof Pierre Carli, *Pour un Pacte de refondation des urgences*, décembre 2019

(57 %), la surveillance des grossesses à risque (29 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (15 %). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (30 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, est devenue le quatrième motif de prise en charge (14 % des séjours), notamment du fait de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD. Le secteur public (122 établissements, en majorité des centres hospitaliers) représente 25% des capacités de prise en charge en HAD, derrière le secteur privé associatif (qui, bien qu'en recul, représente près de la moitié des capacités de prise en charge en HAD) et le secteur privé à but lucratif (18% en 2018)⁷⁵.

En dépit de ses avantages, la HAD ne représente que 1% des journées d'hospitalisation (pour 0,6% des dépenses d'hospitalisation)⁷⁶. L'offre de soins en HAD est inégalement répartie sur le territoire. La DREES relève ainsi que les capacités de prise en charge en HAD de Paris et du département des Hauts-de-Seine forment à elles seules 15% de l'offre de l'ensemble du territoire. Certains départements restent particulièrement sous-dotés en matière de capacités de prise en charge en HAD. La crise a pourtant montré l'intérêt de cette forme d'hospitalisation, qui a su poursuivre ses activités habituelles alors que la pandémie mobilisait l'hôpital. La crise a aussi montré que, dans des circonstances exceptionnelles, le nombre de lits disponibles pouvait être brutalement réduit et que des alternatives à l'hospitalisation en établissement étaient impératives. Favoriser le développement de la HAD implique de mobiliser trois leviers :

- **la valorisation des métiers de la HAD (aide soignants et soignantes à domicile, infirmiers et infirmières à domicile, médecins coordonnateurs salariés), l'amélioration des rémunérations et des conditions de travail.** Les difficultés de recrutement sont aussi fortes que pour l'hospitalisation en établissement, pour des métiers qui sont moins connus et qui exposent à des difficultés particulières (déplacements multi-quotidiens en voitures, horaires souvent coupés, isolement). Il faut, pour parvenir à recruter, mieux prendre en compte ces particularités, diversifier les carrières, à la fois dans le temps (en permettant par exemple de passer de la HAD à l'hôpital et inversement) ou concomitamment (en facilitant l'exercice partagé HAD/hôpital/ville)
- **la participation de la HAD aux dispositifs de coordination des actrices et acteurs du soin.** La loi permet désormais la participation de la HAD aux dispositifs d'appui de la coordination : il faut encourager un plus grand usage de cette possibilité. Les CPTS peuvent contribuer à la sécurisation du retour à domicile d'un ou une patiente, en coordonnant les différents professionnelles et professionnels pour la continuité des soins à domicile, en mettant en place un service de télémédecine ou de télé-recours par exemple... Il est cependant indispensable de rapprocher la HAD des services sociaux et médico-sociaux, voire des Centres communaux d'action sociale ou des Centres intercommunaux d'action sociale pour garantir une prise en charge concertée et adaptée à la situation de chaque patient ou patiente.
- **les investissements et le modèle de financement.** Les plans d'investissement dans l'hospitalisation ne doivent pas se structurer

⁷⁵ Sources, pour les chiffres de ces deux paragraphes : DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020.

⁷⁶ Source : FNEHAD.

uniquement autour des projets immobiliers qui écartent la HAD. Parallèlement, il faut donner davantage de poids, dans les règles de tarifications ou dans la rémunération sur objectifs, aux critères de qualité qui interrogent la nécessité ou la pertinence de l'hospitalisation en établissement. Il faut enfin revoir le modèle unique de financement de la HAD qui n'intègre pas certaines réalités (distances, temps de trajets, caractère isolé du domicile...).

Préconisation n°15 :

Lever les freins à l'Hospitalisation à domicile (HAD), en :

- encourageant la participation de la HAD aux dispositifs de coordination (en particulier les Communautés professionnelles territoriales de santé) ;
- recrutant davantage grâce à une revalorisation des professions de la HAD (infirmières et infirmiers, aides-soignantes et aides-soignants à domicile, médecins coordonnateurs) et à une facilitation des passerelles dans les carrières et des exercices partagés ;
- intégrant la HAD dans le choix des investissements et les modes de financements.

B - Le rôle de l'hôpital dans la continuité de la prise en charge médicale et sociale

A défaut de temps et de moyens, l'activité des hôpitaux se concentre sur la prise en charge médicale, dans une approche de plus en plus technique. Cette tendance, accentuée par la T2A, est d'autant plus préoccupante que, parallèlement, la coordination de l'hôpital avec les établissements sociaux et médico-sociaux, eux-mêmes sous tension, ne s'est pas améliorée. Là encore, le décalage s'est accru entre la réponse hospitalière et les besoins de patientes et patients confrontés à des difficultés médicales et sociales qui s'accumulent, interagissent et s'aggravent les unes les autres.

Le CESE s'en inquiète régulièrement : malgré les progrès notables (CMU, AME, réforme en cours 100% santé) les inégalités devant la santé et l'accès aux soins sont fortes et largement déterminées par les conditions socio-économiques. Il existe un gradient social de santé qui témoigne de l'impact des conditions de vie, du niveau de revenu, de l'éducation, sur l'état de santé général et l'espérance de vie⁷⁷. Les travaux du CESE ont aussi souligné les risques que la maladie fait peser sur l'accès au logement, à la scolarisation, à la formation, à l'emploi. L'avis sur les maladies

⁷⁷ CESE, 26 juin 2019, *Eradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030*, Marie-Hélène Boidin-Dubrulle et Stéphane Junique

chroniques⁷⁸ a fait ressortir les risques de désinsertion sociale des malades. Le CESE s'est également inquiété de la situation des jeunes et des étudiantes et étudiants, population chez qui le phénomène de renoncement aux soins est très présent. En effet, d'après une étude de l'Observatoire de la vie des étudiants de 2018⁷⁹, un tiers d'entre eux et elles renonce à des soins médicaux et, dans 44,5% des cas, ce renoncement est dû à des raisons financières, ce qui induit des problèmes de santé immédiats et de long terme.

Au décloisonnement de la médecine elle-même doit donc impérativement s'ajouter une approche globale qui prenne en compte le contexte socio-environnemental de la personne. Il faut agir en amont : trop souvent, l'accès aux soins des plus démunis ou vulnérables n'est pas garanti, à défaut d'ouverture des droits à la sécurité sociale ou d'offre adaptée et connue de tous et toutes. Il faut agir en aval (à travers, par exemple, le dispositif médicosocial des Appartements de coordination thérapeutique) car, sans une coordination médico-sociale suffisante pour préparer la sortie, le risque de rechute ou d'aggravation est accru. La capacité reconnue du système français de soins et singulièrement de ses hôpitaux à apporter des réponses médicales aux pathologies complexes perdra tout son sens si des progrès ne sont pas réalisés dans ces directions. Il est nécessaire d'organiser une meilleure acculturation des personnels hospitaliers à la prise en charge des populations vulnérables ou précaires : qu'elles soient très âgées, migrantes, en situation de handicap ou socialement défavorisées. Cette culture doit également mieux se diffuser chez les professionnelles et professionnels de santé libéraux.

Le CESE a dans ses précédents travaux formalisé un certain nombre de préconisations pour progresser vers une prise en charge alliant, de façon globale et cohérente, soin et intervention sociale. Il a pointé deux priorités :

- le premier impératif porte sur la définition des politiques sociales elles-mêmes. Les avis soulignent l'exigence de penser le soin en amont des problématiques sanitaires en l'intégrant dans l'ensemble des politiques sociales ;
- il faut aussi consolider les moyens des établissements médicosociaux et services d'aide à la personne. Ils agissent auprès des personnes en mauvaise santé (notamment santé mentale, addictions), sont sous dotés en personnel soignants et ne sont pas intégrés dans le parcours de santé.

D'une manière générale, la dimension d'hospitalité fondatrice de l'hôpital public est essentielle. C'est un des seuls lieux, avec les associations de solidarité, qui accueille encore les personnes les plus pauvres et les plus isolées avec le respect que l'on doit à toute personne humaine, l'égalité d'attention que l'on doit à chacun et chacune et sans discrimination. Cette mission qui associe au soin le lien social doit bénéficier de l'attention, des moyens et des compétences nécessaires, notamment sociales et s'inscrire dans les partenariats ville-hôpital. Face au nombre croissant de personnes ne bénéficiant d'aucun entourage ou d'un entourage fragile, les interventions au sein de l'hôpital d'associations, de bénévoles, de volontaires ou

⁷⁸ CESE, 11 juin 2019, *Les maladies chroniques*, Michel Chassang et Anne Gautier

⁷⁹ OVE, *Repères sur la santé des étudiants*, 2018

d'aidants et aidantes pour maintenir le lien social doivent être favorisées, facilitées et articulées avec les équipes de l'hôpital.

1. Renforcer le service social de l'hôpital ainsi que les dispositifs intra et extrahospitaliers

Des dispositifs existent qui montrent une volonté de considérer la complexité de la situation médico-sociale dans son ensemble. Certains, déjà anciens, sont intégrés aux établissements publics de santé. C'est le cas des PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) instaurées en 1998 par la loi de lutte contre les exclusions, avec la mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité. Les PASS ont en commun d'associer une pluralité de professionnelles et professionnels, du soin comme de l'accompagnement social. Leur force est d'être un dispositif passerelle qui permet l'accès aux soins et aux droits sociaux pour les plus démunis, où travaillent ensemble personnels soignants et travailleuses/travailleurs sociaux. Nombre d'entre elles agissent en lien étroit avec les associations de solidarité de leur territoire. Pour le reste, la loi leur laisse une grande souplesse d'organisation, d'où une diversité dans les conditions de leur fonctionnement. De fait, les 430 PASS existantes sur le territoire sont peu connues, peu visibles et peu valorisés, y compris dans les établissements où elles sont installées. Leur financement (70 millions d'euros, sur les crédits des missions d'intérêt général des hôpitaux) est à évaluer en considérant l'efficacité de leur action pour assurer l'accès aux soins, le suivi des patientes et patients, la continuité des parcours.

Ainsi, la PASS de l'Hôpital Saint-Louis associe dans une unité intégrée des généralistes, un seul infirmier, des assistantes et assistants sociaux, des psychiatres, et psychothérapeutes. Avec un budget annuel qui ne dépasse pas 500 000 euros, elle reçoit entre 1500 et 2000 patients et patientes, nombre qui pourrait être plus élevé si ses moyens le lui permettaient. Entendue par la section, sa responsable, la docteur Claire George, a d'ailleurs insisté sur l'inventivité et la créativité de cette équipe pour trouver au cas par cas et avec pragmatisme les solutions les plus adaptées, avec le souci d'être "*dans le juste soin au juste coût*"⁸⁰. De fait, la PASS constitue l'un des rares lieux où les soignants et soignantes échappent à la pression qu'ils et elles subissent pour faire toujours plus d'actes médicaux : les échanges qu'elle favorise autour de situations médico-sociales complexes des patients et patientes favorisent la cohésion des équipes qui peuvent ainsi "*se réapproprier une partie essentielle de leur métier, la sagesse pratique, inaccessible aux logiciels, systèmes experts et robots*"⁸¹.

Le Pacte de refondation des urgences précité émet plusieurs recommandations pour une meilleure visibilité et une identification plus forte des PASS au sein de l'hôpital, un financement dédié et adapté aux besoins sur la base d'indicateurs précis, et une meilleure coordination avec les services d'urgence. Pour le CESE, le modèle des PASS pourrait s'étendre pour améliorer la prise en charge des cas complexes au

⁸⁰ Audition du docteur Claire GEORGES, responsable médicale de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital Saint-Louis.

⁸¹ La revue du praticien médecine générale, tome 30, n°958, mars 2016, entretien avec Claire Georges-Tarragano, responsable de la PASS de l'hôpital Saint-Louis.

sein d'autres populations fragiles hospitalisées comme les patientes et patients très âgés.

D'autres dispositifs concrétisent cette approche globale, pour des situations plus ciblées. Composées de médecins et d'infirmières/infirmiers mais aussi de psychologues, d'assistantes/assistants sociaux, les Équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA) sont rattachées aux hôpitaux tout en étant parallèlement adossées à une structure d'addictologie. Elles se rendent dans les différents services de l'établissement (on pense en particulier aux urgences, mais il peut s'agir de l'ensemble des unités de soin), au chevet des patientes et patients à la demande de l'équipe soignante pour aider au repérage des problèmes addictifs, au diagnostic et à l'évaluation de l'addiction, ou, par exemple, à la mise en place de traitements de substitution pendant l'hospitalisation. Parallèlement et en coordination avec les acteurs de la lutte contre les addictions, elles contribuent à la préparation de la sortie de l'hôpital et à l'orientation de la personne vers un dispositif adapté (structure d'addictologie hospitalière, dispositif ambulatoire spécialisée, médecine de ville, réseau médico-social spécialisé en addictologie). Les ELSA complètent donc efficacement la consultation hospitalière d'addictologie en favorisant l'accès aux soins des personnes les plus exclues et éloignées des services de santé, consultation qui doit être organisée dans tout établissement de santé doté d'une structure de médecine d'urgence.

Les missions premières de l'hôpital doivent être ré-énoncées au regard des missions complémentaires et spécifiques de chacune et chacun des actrices et acteurs, pour mieux les articuler et éviter qu'elles ne se recourent. Les services d'urgence dans les hôpitaux doivent pouvoir s'appuyer sur des ELSA dont les missions doivent être mieux balisées et les moyens renforcés. Ces équipes doivent pouvoir jouer leur rôle de pivot de l'orientation des personnes vers ou après l'hôpital ; elles pourront ainsi dans une dynamique de parcours du patient ou de la patiente, jouer pleinement leur rôle d'interface avec les actrices et acteurs extérieurs et le patient.

Préconisation n°16 :

Consolider les missions et les moyens du service social à l'hôpital, en particulier pour les patientes et patients âgés et les patientes et patients vulnérables :

- y faire travailler ensemble les travailleuses et travailleurs sociaux et des soignantes et soignants afin de diffuser la culture médico-sociale à l'hôpital et d'améliorer la prise en charge des cas complexes ;

- renforcer, par un financement plus important, les moyens des dispositifs d'accès aux soins pour les plus démunis ou vulnérables qui concrétisent une approche globale de la personne.

2. Favoriser la communication, les rapprochements professionnels et les interactions entre l'hôpital et les actrices et acteurs sociaux et médico-sociaux

Une première priorité est la circulation de l'information dans des conditions sécurisées. Le cadre juridique de ce partage d'informations a été refondé par la Loi Santé du 26 janvier 2016 et le décret du 20 juillet 2016. Désormais, aux termes de l'article. L. 1110-4, II du code de la santé publique : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ». Le secret partagé est ainsi ouvert aux professionnels et professionnelles des secteurs social et médico-social, ainsi qu'à la prévention, dans la double limite d'une prise en charge commune et de la stricte nécessité des échanges dans l'intérêt de la personne. Il faut tirer les conséquences du nouvel encadrement juridique des échanges entre professionnels et professionnelles des secteurs médical, médico-social et social.

Le CESE regrette, par ailleurs, la faible place donnée dans les CPTS au partenariat avec les établissements des secteurs médico-sociaux et sociaux. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé leur ouvre la porte des CPTS dès lors qu'ils concourent à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Peut-être moins évidente, la participation de ces actrices et acteurs aux CPTS est une voie à suivre. Elle permet d'éviter les ruptures dans les parcours de soin. Elle est nécessaire dès lors que, bien souvent, les difficultés sociales persistantes (de logement par exemple) produisent des conséquences sur la santé. Elle est aussi un moyen de faciliter, pour les professionnels et professionnelles, les exercices "mixtes", c'est-à-dire le partage de leur temps entre l'exercice libéral de la médecine, et une fonction salariée dans un établissement médical, médico-social ou social avec lequel la CPTS aura contracté. Cette situation devrait concrétiser l'approche globale du parcours de soin.

Le CESE estime également que les formations axées sur la coordination médico-sociale doivent être encouragées, pour pourvoir des emplois sur ces fonctions dans les hôpitaux et dans les structures de coopération pluriprofessionnelles. Une formation dédiée à la coordination des soins et de l'accompagnement social devrait être ouverte aux infirmiers et infirmières exerçant dans les divers volets du soin et du médico-social et ayant déjà plusieurs années de pratiques.

Préconisation n°17 :

Encourager la participation des actrices et acteurs sociaux et médico-sociaux aux Communautés professionnelles territoriales de santé, favoriser l'exercice partagé entre établissements sanitaires et structures sociales et médico-sociales, élargir les formations et créer de nouveaux métiers axés sur la coordination médico-sociale ;

L'articuler avec l'action des associations, des bénévoles, des volontaires et des aidants et aidantes pour maintenir le lien social des patientes et patients isolés.

L'organisation d'une réponse globale en direction des personnes en situation de handicap.

Le Ségur de la santé met l'accent sur l'accès à un médecin traitant, dont il veut faire "un objectif de santé publique", la nécessité de "faire des établissements sociaux et médico-sociaux des acteurs du parcours de soin des personnes" et le lancement d'un programme d'adaptation des conditions de soin aux personnes en situation de handicap.

Le CESE partage ces objectifs. Il souligne que l'accès aux soins est un droit, posé par le code de la santé publique. Or, il persiste encore trop souvent, pour les personnes en situation de handicap, des obstacles à son effectivité. Le temps plus long impliqué par la consultation ou la réalisation d'actes, de gestes médicaux et de prise en charge complexes, notamment en ambulatoire, lorsqu'ils sont incorrectement reconnus et valorisés, peuvent dissuader les professionnelles et professionnels de santé. Rappelant que l'accessibilité et la compensation forment les deux principes clés de la loi de 2005, le CESE a récemment préconisé d'adapter l'offre ambulatoire et hospitalière pour la rendre plus facilement accessible aux personnes en situation de handicap dans les conditions de droit commun⁸². **Il faut appliquer plus résolument, les textes existants en conditionnant les financements et les investissements.** L'intégration de certains des critères du guide de la HAS sur l'accueil des personnes en situation de handicap à la certification des établissements de santé constitue un élément positif. La Charte de la personne hospitalisée⁸³, la charte Romain Jacob⁸⁴, en particulier leurs dispositions sur l'accueil et l'accompagnement dans les établissements de santé, doivent elles aussi être plus rigoureusement appliquées. Les personnes en situation de handicap souffrent, au-delà des situations d'hospitalisation, d'un trop fort cloisonnement entre les différents acteurs et actrices de l'accompagnement, qu'ils et elles relèvent des secteurs sanitaires, social, médico-social, du monde du travail ou de l'éducation. Il faut, pour le CESE, impulser une action en réseau, pour proposer un accompagnement global, cohérent et simplifié. La connaissance du handicap, des acteurs et actrices du handicap, des enjeux de leur coordination doit davantage intégrer la formation des soignants.

⁸² CESE, 10 juin 2020, *Enfants et jeunes en situation de handicap: pour un accompagnement global*, Samira Djouadi et Catherine Pajares y Sanchez.

⁸³ Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

⁸⁴ Charte Romain Jacob, *Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap*, signée le 16 décembre 2014 par les actrices et acteurs du soin et de l'accompagnement.

3. Améliorer la prise en charge des personnes âgées

Les personnes âgées sont au cœur des enjeux de la coordination sanitaire, médico-sociale et sociale. En 2018, le CESE alertait les pouvoirs publics sur les insuffisances des moyens humains et financiers des établissements accueillant des personnes âgées⁸⁵. Plusieurs pétitions mettaient en exergue une organisation du travail en extrême tension et pointaient une urgence : assurer aux personnes âgées un accueil, un accompagnement et des soins plus dignes.

L'âge moyen de l'entrée en EHPAD est désormais de 85 ans et 6 mois. Les pathologies sont de plus en plus complexes et nombreuses (7,9 pathologies en moyenne). Le modèle des EHPAD n'est plus adapté à ces évolutions. Cela est vrai tant pour son financement, qui distingue l'hébergement (par la famille), le soin (par l'Assurance maladie) et la dépendance (par les départements) que pour son statut (celui d'un établissement médico-social qui relève du code de l'action sociale et des familles et non du code de la santé publique)⁸⁶. **Cette évolution a permis de réduire le nombre de lits en unité de soin longs séjours (USLD) et donc de réaliser des économies à l'hôpital.** Elle montre aujourd'hui ses limites. Les moyens des EHPAD n'ont pas suivi, le taux d'encadrement y est très largement insuffisant (0,62 ETP par place contre 1,1 en USLD). Tous les EHPAD n'ont pas un médecin coordonnateur et lorsqu'il existe, il est souvent à temps partiel⁸⁷. Les infirmiers et infirmières sont peu nombreux, absents la nuit, et le personnel est principalement composé d'aides-soignantes et d'aides-soignants ainsi que d'agents et d'agentes de services. Trois impératifs, soulignés par le CESE dans son avis de 2018, restent d'actualité :

- **le "libre choix" (entre l'établissement ou le domicile):** affirmé par la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement en 2014, il faut en faire une réalité. L'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) devrait en être l'un des outils, en donnant - à celles et ceux qui le souhaitent - les moyens de rester à domicile.
- **la coordination des interventions médicales, paramédicales, médicosociales et de l'aide à la personne.** Il faut sécuriser le parcours des personnes âgées dépendantes en organisant les interventions des actrices et acteurs en fonction de l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire, en

⁸⁵ CESE, 24 avril 2018, *Vieillir dans la dignité* (Marie-Odile Esch).

⁸⁶ Ce qui complexifie la question de la présence des médecins en EHPAD.

⁸⁷ Assemblée nationale, rapport d'information déposé par la commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, députées.

renforçant les dispositifs comme les CLIC⁸⁸, MAÏA⁸⁹, PAERPA⁹⁰ et MONALISA⁹¹ (pour prévenir et lutter contre l'isolement social). De même, force est de constater que le secteur des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) n'a toujours pas trouvé sa viabilité économique (alors que la loi ASV entendait déjà, en 2014, le consolider). Les principes et modèles de tarification diffèrent selon les départements. Le CESE rappelle donc ses préconisations en faveur d'une harmonisation des pratiques des départements en matière d'APA, d'équilibre du modèle de financement des SIAD et de revalorisation des actes et visites à domicile des médecins traitants auprès des personnes âgées dépendantes⁹².

- **les moyens des EHPAD**: le CESE a demandé une revalorisation du tarif soin, une révision des contrats d'objectifs et de moyens signés par les EHPAD avec les ARS et les départements, avec pour objectif prioritaire d'améliorer le ratio personnel/résident-résidente.

Avec ce nouvel avis, le CESE met l'accent sur les prises en charges hospitalières et les transitions entre la ville ou l'EHPAD et l'hôpital. Ces interfaces se sont révélées essentielles dans la gestion de la crise épidémique qui a montré qu'il existait une grande disparité de fonctionnement entre les établissements. Les patientes et patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. L'acquisition d'une compétence spécifique à ces prises en charge doit être organisée sur la base d'un travail en commun des établissements, des actrices et acteurs de ville et des associations représentatives des usagères et usagers.

Selon la HAS, près de 3 millions de personnes âgées de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus chaque année. Ces personnes âgées représentent près de 5,4 millions de séjours hospitaliers par an. Les séjours à l'hôpital des résidentes et résidents d'EHPAD se multiplient, le plus souvent non programmés, avec une entrée par les urgences. Les séjours hospitaliers sont de plus en plus fragmentés, marqués par des prises en charge discontinues par de nombreux services, des temps d'attente et d'incertitude qui se prolongent.

⁸⁸ Les Clic (Centres locaux d'information et de coordination) sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination mis en place par les départements et ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

⁸⁹ Les dispositifs MAÏA (pour Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) ont été instaurés par le plan Alzheimer 2008-2012 avec pour objectif d'organiser la coordination des professionnels qui interviennent dans le quotidien de la personne.

⁹⁰ La démarche PAERPA (parcours santé des aînés) a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne autour de 5 actions clés : le maintien à domicile, la coordination des intervenants, la sécurisation de la sortie d'hôpital, la réduction des hospitalisations inutiles, une meilleure utilisation des médicaments.

⁹¹ Le dispositif MONALISA (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés) rassemble depuis 2014 celles et ceux qui font cause commune contre l'isolement social des personnes âgées à travers un partenariat inédit entre la société civile (associations, collectivités, caisses de retraites...) et la puissance publique signataires d'une Charte d'engagement. Le dispositif est inscrit dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement, promulguée en décembre 2015. Cf; CESE, 28 juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*(Jean-François Serres).

⁹² Le Bureau du CESE a confié à la section du travail et de l'emploi la préparation d'un avis sur "Les métiers de service à domicile, métiers du lien social".

La crise de la Covid-19 l'a confirmé : il est urgent de renforcer la capacité des hôpitaux à accueillir des personnes âgées dépendantes relevant d'une hospitalisation non programmée. Pour le professeur Claude Jeandel, président du Conseil national professionnel de gériatrie, cela implique de doter les établissements de santé autorisés à accueillir des urgences d'une filière gériatrique, qui devrait comprendre une plateforme d'évaluation, une unité de médecine clairement identifiée, une unité de soin de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique. Dans ses propositions au Ségur de la Santé, le CNP a proposé d'atteindre au minimum 1 lit et de tendre plutôt vers 2 lits pour 1000 habitantes ou habitants de 75 ans et plus. Le CNP juge aussi nécessaire de planifier, dans l'utilisation des plateaux techniques, des horaires réservés aux patientes et patients âgés fragiles et polyopathologiques. L'objectif est aussi de limiter les dépendances acquises lors d'une hospitalisation (iatrogénie) en renforçant le dépistage, la prévention, le suivi et le traitement de ses causes (immobilisation, confusion, dénutrition, chutes, effets indésirables des médicaments...).

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) sont des maillons essentiels de la filière. Installées dans les établissements hospitaliers, adossées à un court séjour gériatrique, elles sont l'interface entre, d'une part, la filière de soins gériatriques et, d'autre part, les établissements médico-sociaux et les intervenantes et intervenants au domicile⁹³. Au sein des urgences, leur rôle est de faciliter l'entrée directe du patient ou de la patiente dans le court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, mais aussi d'organiser des retours à domicile ou en structure (EHPAD) et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe (Maïa, CLIC, services sociaux, SSIAD...). L'Équipe mobile gérontologique territoriale du Cher (EMGT 18), portée par un GHT, conduit par exemple une action efficace de dépistage, d'évaluation à domicile des fragilités des personnes âgées : elle n'assure pas de prise en charge mais oriente vers les structures existantes les mieux adaptées.

Le CESE juge nécessaire de redimensionner les EMG pour qu'elles puissent intervenir également à l'extérieur de l'hôpital, au domicile et en EHPAD, dès lors qu'une expertise gériatrique est requise. Il s'agit, par des conventions entre l'établissement de l'EMG et les autres actrices et acteurs, d'encourager la mise en place d'équipes mobile gérontologiques territoriales intervenant avec ou sans hospitalisation pour, d'une part, le repérage et le dépistage de la dépendance, d'autre part, l'orientation et la coordination du parcours de soin.

Préconisation n°18 :

Le CESE demande, en plus des préconisations qu'il a formulées sur les EHPAD dans son avis du 24 avril 2018 et comme le recommande le Conseil national de gériatrie :

- d'adapter le nombre de lits de court séjour de gériatrie afin de permettre l'admission directe des patientes et patients âgés gériatriques : atteindre au minimum 1 lit et tendre vers 2 lits pour 1000 habitantes et habitants de 75 ans et plus ;

⁹³ Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

- redimensionner les équipes mobiles de gériatrie hospitalières et les équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières afin qu'elles puissent intervenir sur demande au domicile et en EHPAD ;

- d'instaurer dans chaque établissement de santé une commission de coordination gériatrique auprès de la Commission médicale d'établissement (CME) et de la Direction des soins et d'y inclure les actrices et acteurs intra et extrahospitaliers du territoire de santé avec comme objectifs d'améliorer les prises en charge hospitalières et les transitions ville/hôpital (entrées et sorties); de favoriser une acculturation gériatrique au sein de l'ensemble des unités de soins accueillant des patientes et patients âgés de 75 ans et plus ; de réduire le taux de ré-hospitalisation et les hospitalisations non programmées.

CONCLUSION

Cet avis est le résultat d'une démarche multiforme et dynamique (pétitions, résolution du bureau, saisine, consultation citoyenne, conférence-débat avec les usagères et usagers et les professionnelles et professionnels, auditions, entretiens, travaux de la section) portée par la société civile organisée. Elle illustre concrètement la place et le rôle singulier du CESE dans la construction de propositions partagées entre société civile organisée et nouvelles formes de participation citoyenne.

Les 18 préconisations de cet avis impliquent des évolutions structurelles, organisationnelles, réglementaires ou législatives. Plusieurs d'entre elles relèvent, pour leur mise en œuvre, des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), des lois de finance... Or, l'adoption de ces lois, axées sur les seuls objectifs de finances publiques, ne permet pas l'expression d'une véritable politique de santé. Le CESE rappelle donc, en conclusion de cet avis, la nécessité d'un débat annuel sur les priorités de la Nation en matière de santé associant l'ensemble des acteurs et actrices, qui pourrait se tenir au sein du CESE et donner lieu à des conclusions annexées au PLFSS.

Déclarations/ Scrutin

Déclarations des groupes

Agriculture

La crise sanitaire que nous affrontons a mis en lumière la résilience dont savent faire preuve les hôpitaux et le personnel médical et paramédical. Le professionnalisme, le dévouement et la mobilisation de tous a permis la prise en charge de chaque patient. Le choix douloureux d'un « tri des patients » a ainsi heureusement été évité.

Cette crise a aussi médiatisé, plus qu'auparavant, les difficultés de l'hôpital et l'urgence à la revalorisation et au renforcement de l'attractivité des métiers hospitaliers ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Ces différents sujets ont été abordés dans le « Ségur de la santé ».

Notre avis vient confirmer et renforcer ces demandes de revalorisations et de relance de l'investissement dans les établissements de santé. Demandes qui se sont aussi exprimées en nombre dans la consultation numérique mise en place par le CESE pour la préparation de ces travaux.

Profondément attachés à l'égalité d'accès aux soins et à l'amélioration de notre système de santé, le groupe de l'agriculture se félicite de la mise en œuvre de ces engagements du « Ségur » qui doivent, ne l'oublions pas, répondre également aux besoins des usagers qui vivent en milieu rural.

C'est la raison pour laquelle nous soutenons les mesures mises en avant par l'avis et qui permettent une organisation adaptée à nos territoires comme le développement des prises en charge de proximité entre l'ambulatoire et les hôpitaux de proximité, mais aussi l'hospitalisation à domicile, la télémédecine et les habitats inclusifs.

Sur ce dernier point, le groupe souhaite appeler l'attention du ministre des Solidarités et de la Santé sur les résidences autonomie-MARPA (petites unités de vie pour personnes âgées en milieu rural) et en particulier sur la situation de son personnel. Ce personnel mériterait, à l'image de celui des EHPAD ou des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), de bénéficier du versement de la prime Covid en reconnaissance de leur engagement. Nous espérons que les débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui vont s'engager au Parlement, permettront d'avancer sur ce point.

Le groupe de l'agriculture a voté pour.

Artisanat

Si la crise sanitaire a mis au grand jour les problèmes structurels de l'hôpital, la concertation organisée avec les professionnels de santé, à travers « le Ségur », a pu apporter des réponses qui méritent d'être saluées, en particulier sur la rémunération des personnels.

Pour autant, des sujets restent à approfondir tels que le financement ou la gouvernance des hôpitaux ; l'avis avance des propositions sur ces questions.

La crise sanitaire a également permis de tirer un certain nombre d'enseignements sur les dysfonctionnements de notre système de santé sur lesquels s'est penché l'avis.

Ainsi, il souligne que l'hôpital ne peut plus être abordé isolément, mais au regard de son positionnement dans la réalité des territoires comme au sein de l'ensemble du réseau de santé.

Une telle approche nous semble essentielle et s'inscrit dans les objectifs du Plan « Ma santé 2022 » qui peinent encore à se concrétiser.

Face aux difficultés d'accès aux soins que connaissent les habitants de certains territoires, comme aux particularités locales en termes démographiques ou sociales, il est indispensable de mettre en adéquation l'offre de santé avec la réalité des enjeux du terrain.

Si « le Ségur » a affiché le souhait d'une approche différenciée selon les territoires, l'Avis formule des propositions concrètes, en termes de gouvernance et de pilotage, pour y répondre : partir des bassins de vie pour évaluer l'offre de santé et les besoins, mais aussi renforcer le rôle des Conseils territoriaux de santé afin de dresser un diagnostic et d'élaborer un projet partagé visant à garantir l'accès, la permanence et la continuité des soins sur le territoire concerné.

Dans la même logique, l'avis préconise que les ARS accordent plus de place à la coordination des acteurs de santé, avec pour objectif d'organiser la meilleure réponse possible aux besoins des usagers.

La crise sanitaire est en effet, venue rappeler combien une coopération fluide entre les divers professionnels de santé – publics et privés – était primordiale. Mais une coordination est également nécessaire avec les acteurs du médico-social, afin d'assurer une prise en charge globale et notamment le suivi après une hospitalisation ou la construction d'un accompagnement au long cours.

C'est bien à travers l'organisation de toutes ces interactions que la notion de « parcours » des usagers du système de santé prendra tout son sens et que leur prise en charge gagnera en efficacité. C'est aussi pourquoi, la place de l'hôpital doit mieux s'inscrire dans le réseau de santé du territoire.

Le vieillissement démographique comme les enjeux de santé publique autour de la prévention et de l'éducation à la santé, rendent d'autant plus nécessaire la structuration de ces complémentarités entre l'amont et l'aval du système de santé.

Pour la mise en œuvre de ces objectifs, nous retenons plusieurs propositions de l'Avis : encourager le développement des lieux d'exercice pluri-professionnel, consolider les relations et la coordination entre médecine de ville, hôpitaux et structures médico-sociales à travers les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, ou encore accélérer le déploiement du Dossier médical partagé.

Le groupe de l'artisanat a voté pour cet avis.

Déclarations des groupes

Associations

Cet avis participe au combat de la société civile pour défendre l'hôpital public. Il a été initié et nourri de pétitions dont le nombre de signataires a atteint des niveaux record. La consultation citoyenne organisée par la section a réuni quant à elle près de 70 000 participations, permis l'expression de plus de 4 000 propositions citoyennes, appuyées par près de 520 000 votes. C'est dire l'attachement populaire aux valeurs fondatrices de ce qui nous tient ensemble et que l'hôpital public incarne !

Mais l'hôpital est en danger ! Il souffre d'abord d'un manque de moyens. Le CESE l'affirme constamment : les dépenses de santé sont un investissement et non pas une charge. En effet, si nos hôpitaux disposaient de moyens suffisants, les stratégies pour contenir cette deuxième vague de la pandémie ne reposeraient pas autant sur les citoyennes et les citoyens eux-mêmes et sur l'économie de toute la nation.

Les conséquences du « public management » concrétisé par la tarification à l'activité et les logiques de rentabilité s'avèrent dramatiques. L'hôpital est sous doté pour faire face aux besoins et mal adapté à la place croissante des maladies chroniques, des polyopathologies et du vieillissement de la population. Il est aspiré dans la spirale dangereuse de la perte d'attractivité des métiers.

Au-delà de l'indispensable revalorisation salariale, il faut que l'accès aux soins et la réponse aux besoins des patientes et des patients soient au centre du quotidien des personnels, des moyens et de la gouvernance de l'hôpital pour redonner du sens aux métiers de la santé. C'est pourquoi le groupe des associations soutient les préconisations 1 à 8 et notamment celles concernant l'évolution de la T2A, la restructuration de l'ONDAM et la place des usagères et des usagers dans la gouvernance de l'hôpital.

Les crises des urgences et des EHPAD montrent combien la prépondérance de l'hôpital dans le système de soin est la conséquence des difficultés d'accès aux soins dans la proximité. C'est pourquoi l'avis rappelle l'urgence, déjà soulignée dans l'avis sur les déserts médicaux, de développer un réseau d'offre de premiers recours, de différentes formes, associé aux centres hospitaliers. Il préconise aussi d'améliorer la gestion des consultations et soins non programmés et de lever les freins au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

La transition épidémiologique et la singularité des « parcours de vie » marqués par l'existence de liens étroits et démontrés entre la santé, la situation sociale et l'environnement rendent impérative les logiques de coopération entre professionnels (CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé) et de regroupements hospitaliers sur les territoires (GHT : Groupements hospitaliers de territoire). Mais elles doivent bénéficier de dispositifs de démocratie sanitaire (CTS : Conseil territoriaux de santé) qu'il faut transformer en véritables parlements de santé de proximité.

Les nouvelles technologies améliorent l'accès à l'offre de santé, avec le développement du dossier médical partagé et de la télémédecine, mais il est vital de maîtriser les données de santé et de mener une action plus résolue en direction des publics éloignés du numérique.

L'hôpital public est, avec les fondations hospitalières et les associations de solidarité, un des seuls lieux qui accueille encore les personnes les plus pauvres et les plus isolées avec le respect et l'égalité d'attention que l'on doit à toute personne humaine et sans discrimination. Le groupe des associations soutient tout particulièrement les préconisations renforçant cette mission :

- Renforcer les permanences d'accès au soin des patientes et patients en situation de précarité – et d'en étendre le modèle pour améliorer la prise en charge des cas complexes au sein d'autres populations fragiles hospitalisées comme les personnes très âgées ;
- Améliorer la prise en charge des personnes très âgées – en adaptant le nombre de lits de court séjour de gériatrie et redimensionner les équipes mobiles de gériatrie hospitalières et les équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières afin qu'elles puissent intervenir sur demande au domicile et en EHPAD ;
- Favoriser les interventions au sein de l'hôpital d'associations, de bénévoles, de volontaires ou d'aidantes et d'aidants pour maintenir le lien social et les articuler avec les équipes de l'hôpital.

Le groupe des associations souhaite saluer l'énorme travail qui a été mené par les rapporteurs et remercier l'administration et l'ensemble de la section. Il a voté l'avis.

CFDT

Cet avis sur l'hôpital est opportun dans une actualité de mouvements sociaux d'importance amplifiés par la crise sanitaire qui perdure. C'est un sujet complexe sur lequel, au-delà des experts, beaucoup de nos concitoyens ont des choses à dire, ce que confirme le succès de la plateforme participative du CESE et ses nombreuses propositions. Secoué par la succession des réformes, confronté à des choix budgétaires contraints et un mal être profond des personnels en sous effectifs constant, fragilisé dans sa gouvernance, sollicité au-delà de ses capacités à agir, l'hôpital public reste pourtant un élément clé du droit à l'accès aux soins pour tous.

La CFDT partage les constats de l'avis. Certains ont été pris en compte par le « Ségur de la Santé » avec des perspectives d'amélioration qui restent à concrétiser. Cependant, au regard de cette crise : taux d'absentéisme, fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles, accentués par la proportion de soignants dans les tranches d'âges élevées, l'analyse aurait pu être plus soutenue sur le rôle du dialogue social et des organisations syndicales représentatives pour développer des politiques de prévention à l'hôpital, notamment en raison des transformations technologiques continues et des modifications régulières des organisations du travail.

Décloisonner le sanitaire, le médico-social et le social en sortant des pressions catégorielles est essentiel pour que le soin, au sens le plus large du terme, s'inscrive enfin dans un parcours fluide et efficace pour chaque individu.

L'avis avance des options fortes que nous partageons : Améliorer la gouvernance en partant d'un diagnostic partagé des attentes et besoins au plus près de l'environnement territorial de chacun, mieux associer les personnels soignants, revoir la place et les compétences des décideurs du niveau national au niveau local. La

Déclarations des groupes

CFDT a cependant émis une réserve importante concernant l'opérationnalité de cette gouvernance : ajouter des strates alors même que le système est fragilisé depuis longtemps, transformer des instances de concertations souvent pléthoriques dont la composition reste parfois discutable, en instances de décisions, relèvent certes d'une volonté séduisante dans l'amélioration de la démocratie sanitaire mais qui repose sur le très long terme. Or, l'hôpital est dans l'urgence.

Revoir les projections et modalités financières pour l'hôpital en privilégiant l'investissement et en impliquant davantage le CESE en amont du PLFSS est une demande que nous partageons également.

Malgré les réserves exprimées le groupe de la CFDT a voté cet avis qui participe utilement aux analyses et propositions sur le sujet en apportant le regard des représentants de la société civile organisée.

CFE-CGC

Après une crise jamais vécue dans l'histoire de la médecine moderne, il nous faut maintenant repenser collectivement notre système de santé. En effet, il a fait face et a tenu dans la durée grâce à la contribution exemplaire et exceptionnelle des personnels soignants. Ces derniers ont fait preuve d'une capacité d'adaptation hors norme et de nombreuses personnes ont assuré le relai sur le terrain.

Depuis toujours, la France a connu des réformes touchant le domaine de la santé, qu'il s'agisse de politique de santé publique, d'accès aux soins, d'organisation du système, de son fonctionnement ou de son financement. Mais, si les mesures prises jusque dans les années 90 trouvaient leur justification dans la recherche de l'efficacité, tel n'est plus le cas ces dernières années. L'hôpital est devenu un centre de profit alors qu'il devrait être un producteur de soins nécessairement intégré dans un réseau ville-hôpital-médico-social. Il est donc urgent d'apporter une réponse aux soignants en termes de reconnaissance afin de garder intacte leur motivation et leur vocation.

Pour éviter de nouvelles dérives, pallier les lacunes mettant à mal notre système de santé et être mieux armés pour répondre efficacement à une crise sanitaire, la CFE-CGC considère fondamental que l'État reprenne la main en menant une véritable politique de santé. Il lui incombe notamment d'encadrer la recherche, l'innovation, l'industrie de la santé, et d'assurer la sécurité sanitaire en veillant à la quantité disponible du matériel médical identifié comme indispensable mais aussi au nombre de personnel soignant nécessaire.

Pour le groupe CFE-CGC, il est impératif de placer la prévention au cœur des dispositifs. Une réelle politique de prévention ne doit pas avoir un rôle annexe, mais bien un rôle central dans la refondation du système de santé. C'est, de notre point de vue, la meilleure base sur laquelle asseoir tout le système. Cela permettra ensuite d'alléger les besoins curatifs en termes de volume et de gravité.

Pour la CFE-CGC, la santé n'a pas de prix, mais la santé a un coût. L'enjeu de la santé des Français s'inscrit dans le long terme, tout comme l'horizon d'une situation financière saine pour son financement.

Au regard de la réforme « Ma santé 2022 », le constat sur les limites de la tarification à l'activité (T2A) n'est plus en débat. Il est admis que la part de la T2A dans le financement hospitalier baisse, parallèlement à la hausse de la part des incitations financières attribuées sur la base d'indicateurs transversaux de qualité. Cette évolution très attendue doit donc être accélérée. Nous devons mettre en œuvre un modèle mixte de financement, dans lequel la T2A serait complétée par une enveloppe modulable qui permettrait de prendre en compte : la qualité des soins, les objectifs de développement durable, et les missions attendues sur le territoire compte tenu des ressources en soin et de la précarité de la population.

Les capacités de financement doivent être mobilisées autour d'une stratégie d'investissement axée sur une mise aux normes des établissements et l'acquisition de matériels faisant actuellement défaut. En complément de ces investissements matériels, il paraît opportun de financer des embauches pour disposer en temps utile des moyens humains nécessaires, pour améliorer les conditions de travail et pouvoir valoriser les carrières.

Donner plus de moyens humains à l'hôpital public, c'est aussi redonner l'envie de travailler à l'hôpital public.

Il est donc fondamental d'intégrer la notion de qualité de vie au travail des agents, la valorisation de leur carrière et la reconnaissance salariale et celle de la pénibilité, sans plus attendre.

Il est par exemple totalement anormal que les infirmières françaises soient parmi les plus mal payées d'Europe alors qu'elles sont au cœur du fonctionnement de notre hôpital public.

Pour conclure, il est pour la CFE-CGC urgent d'aider l'hôpital et c'est un enjeu majeur de santé publique.

Le groupe CFE-CGC a voté cet avis.

CFTC

Comme il est dit dans la conclusion, cet avis est le résultat d'une démarche multiforme (pétitions, résolution du CESE, saisine, consultation citoyenne, auditions...). Et il aura aussi fallu 3 mains (Christine Tellier, Sylvie Castaigne et Alain Dru) pour réaliser cet avis. C'est probablement pour cette raison que cet avis regroupe l'ensemble des problématiques de l'hôpital qui devrait être au service du droit à la santé.

Le groupe de la CFTC approuve les 3 grands thèmes déclinés.

1. Rétablir un fonctionnement de l'hôpital adapté aux besoins :

- Les personnels soignants doivent être mieux considérés, en termes de salaire, de carrière, de formation. Ils doivent être remis au centre des décisions.
- Tout doit être mis en œuvre pour simplifier les procédures de validation des protocoles de coopération et de délégation de tâches.

Déclarations des groupes

Préconisations 1 – 2 et 3.

- La prévention et l'éducation à la santé, la qualité des soins, la coordination des parcours doivent être priorités. L'ONDAM doit évoluer vers un cadre pluriannuel avec des enveloppes davantage décloisonnées pour mieux financer la continuité des parcours. C'est la préconisation 7.

2. Mieux intégrer l'hôpital dans la réalité des territoires et refonder la gouvernance de santé :

La CFTC soutient la préconisation demandant un moratoire sur la suppression de lits, les fermetures et les réorganisations de services et d'établissements jusqu'à l'élaboration du diagnostic et l'adoption d'un schéma de santé.

Il faut renforcer le rôle des Conseils Territoriaux de santé pour en faire de véritable parlementaire de santé de proximité.

Il faut également réviser le statut des ARS sur leur composition, leurs missions et leurs pratiques vis-à-vis des opérateurs de santé.

3. L'hôpital dans le système de soin : mieux organiser les interfaces.

- Les professionnels et les patients doivent être remis au centre du système.
- Le DMP doit être simplifié afin de faciliter la coordination globale des parcours.
- En avril 2020, + d'1 million de téléconsultations comptabilisées. Cet « outil » doit être davantage déployé tout en s'assurant du respect du droit des patients.

La CFTC soutient la préconisation 11 proposant un numéro d'appel unique, la mise en place en journée d'une plateforme de régulation interconnectée aux agendas des médecins et la mise en place soir et WK de Maisons Médicales de garde où collaboreront médecins de ville et urgentistes hospitaliers.

Cet avis apporte des solutions solides ainsi qu'un éclairage sur ce que les soignants et les citoyens veulent pour un hôpital humain.

La CFTC a voté cet avis et remercie tous les personnels soignants permettant de tenir bon face au COVID, mais la politique de l'hôpital devra changer rapidement afin qu'ils puissent continuer à faire de leur métier un engagement humain sur du long terme.

CGT-FO

Le titre de cet avis résume bien la mission qui doit être au cœur de nos hôpitaux : assurer le droit à la santé pour tous. On ne peut pas dissocier ce droit du principe fondateur de notre sécurité sociale : « *de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins* ». Notre pays a donc fait le choix de la solidarité collective pour répondre aux besoins de chaque citoyen confronté aux aléas de la vie. En ces jours où nous venons de fêter les 75 ans de la sécurité sociale, nous souhaitons rappeler à quel point le principe de solidarité, intrinsèque à notre modèle social, est fragilisé et doit être renforcé. La réponse aux besoins en santé n'est plus la principale préoccupation, et la médecine à deux vitesses prend de plus en plus de place. Certes, la crise de la Covid a mis en exergue l'état de dégradation de nos hôpitaux entre autres. Cette situation perdure depuis des dizaines d'années et les pouvoirs publics sont restés

enfermés dans leurs logiques de maîtrise comptable des dépenses sans entendre les cris de colère et de désespoir lancés par les personnels de santé et leurs représentants, qui exercent avec des conditions de travail de plus en plus insoutenables.

Pour le groupe FO, la refondation de l'hôpital public est une urgence nationale. Il faut donc agir au plus vite pour redonner à l'hôpital les moyens matériels et humains nécessaires à une prise en charge de qualité pour l'ensemble de la population. Cet avis propose plusieurs pistes que nous soutenons. Pour le groupe FO, on ne peut pas d'un côté s'enorgueillir d'avoir le meilleur système de santé au monde (alors que ce n'est plus vrai) et continuer à déconsidérer son personnel en le maintenant dans des niveaux de rémunérations parmi les plus faibles de l'OCDE. Certaines catégories ont même des salaires de base inférieurs au SMIC horaire.

Les rémunérations des personnels de la santé doivent rapidement atteindre le top 10 des premiers pays de l'OCDE (Préconisation 1). Au niveau de la gestion des ressources humaines, un tel choix doit s'accompagner d'une politique de recrutement et de renforcement des équipes, pour éviter les recours massifs aux heures supplémentaires. Celles-ci sont souvent non payées. Nous devons aboutir à des soins de qualité et arrêter de transformer le travail sous pression en situation ordinaire. L'hôpital doit donc agir pour l'amélioration des conditions de travail de ses personnels, multiplier les possibilités de formation, pour s'adapter aux évolutions des métiers et favoriser les progressions de carrières. Cette démarche ne doit pas se faire de manière descendante, mais négociée avec les représentants des personnels.

Les revalorisations des salaires et des carrières doivent par ailleurs se faire en parallèle d'investissements massifs en moyens matériels et en capacités d'accueil et de prise en charge des patients. On ne peut pas avoir une offre de santé proche des lieux de vie de la population, si l'on persiste dans une politique de fermeture de structures entières, de services ou de lits, sous prétexte qu'ils ne répondent pas à des critères de rentabilité économique, souvent construits subjectivement. C'est pourquoi nous pensons que le projet Ma Santé 2022 ne répond pas à nos objectifs. La crise sanitaire actuelle a montré l'absurdité de ces calculs, y compris d'un point de vue économique, car le peu d'argent économisé par cette politique se paiera en milliards suite au choix du confinement comme alternative au manque de nos capacités en lits de réanimations. Il faut relancer les investissements dans l'hôpital (préconisation 4), l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) doit avoir comme objectif central la réponse aux besoins en santé de la population (préconisation 7).

Les premières mesures du Ségur de la santé vont dans le bon sens, mais elles doivent être complétées et élargies à tous les personnels médico-sociaux compris, tant les besoins et les retards sont importants.

Sur les dimensions territoriales, même si le groupe FO partage la nécessité d'avoir un système de santé proche des besoins des populations, nous restons réservés sur l'importance du rôle accordé aux conseils territoriaux de santé (CTS) dans l'élaboration des schémas de santé, d'autant plus que l'avis reste vague sur le territoire de compétence de chaque CTS. En effet, la notion de territoire pertinent que chacun doit couvrir peut difficilement trouver une concrétisation pratique sur le terrain, car chaque acteur cherchera à défendre sa propre pertinence. Nous restons défenseur d'une

Déclarations des groupes

politique de santé nationale et d'un droit d'accès à la santé qui s'inscrit non pas dans des définitions construites au niveau de chaque territoire selon ses moyens, son poids et ses capacités à négocier des arbitrages qui lui sont favorables, etc. mais qui renvoie au principe fondateur de notre système de santé « *de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins* ». En république seul l'État peut être garant de l'effectivité de ce principe, en transcendant les intérêts particuliers de chaque territoire.

FO tient à souligner l'importance des travaux menés par les rapporteurs et leur engagement pour que cet avis puisse servir à redonner du sens et les moyens nécessaires à l'hôpital.

Par conséquent, le groupe FO a voté pour cet avis.

Coopération

Voilà bien longtemps que la situation de l'hôpital interroge et inquiète.

Le nombre significatif de signatures recueillies par les différentes pétitions qui se sont saisies du sujet en atteste et est à l'origine de l'avis.

Évidemment, la crise de la COVID-19 ne fait que renforcer l'acuité de la problématique de l'inadéquation croissante de l'organisation et des moyens des hôpitaux au regard des besoins et des attentes des citoyens et des patients.

Cet avis s'appuie sur une plateforme de consultation citoyenne qui vient enrichir la vision déjà large de la société civile organisée du CESE : avec plus de 70 000 participants, 4 000 propositions et 520 000 votes, c'est une base très riche. Les citations qui émaillent ce texte sont, à ce sujet, très éclairantes.

Il intervient également après un « Ségur de la santé » qui a tenté de répondre aux besoins les plus criants révélés par la phase aigüe de crise vécue ce printemps et dont on pourrait penser qu'il a déjà apporté quelques réponses.

La section des affaires sociales et de la santé a construit, sous la houlette de trois co-rapporteurs de grande qualité, en cohérence avec les lignes directrices qu'elle reprend avec détermination, dans ses différents avis, un document qui sait à la fois prendre du recul face à une situation de crise, réaffirmer des principes forts et faire des propositions concrètes.

Ces principes sont clairement exprimés et parfaitement lisibles dans l'articulation du texte.

Premièrement, il faut rétablir un fonctionnement adapté aux besoins.

Ce rétablissement passe par des moyens :

- Moyens en personnels d'abord (rémunérés correctement, et travaillant dans un esprit de coopération) ;
- Moyens matériels ensuite (investissements à la hauteur des enjeux et des besoins) ;
- Moyens opérationnels enfin (une gouvernance intégrant mieux les soignants mais aussi les patients).

Et c'est là un aspect primordial : soignants et patients doivent être au cœur du système.

En second lieu, il faut répondre aux besoins des territoires par des organisations dont la performance sortirait renforcée par une coordination associant tous les acteurs dans une démarche intégrant mieux leurs avis.

Le groupe de la coopération se félicite de la mise en avant d'un centre de santé coopératif qui illustre bien ces aspects. L'innovation passe aussi par les solutions apportées par les acteurs.

Enfin, il faut mieux organiser les parcours de soin dans toutes leurs dimensions, qu'elles soient territoriales, pluri disciplinaires, à domicile ou par un accompagnement social.

En effet, comment se soigner correctement quand les conditions ne sont pas remplies pour satisfaire autre chose que des soins d'urgence ?

Il est difficile de ne pas reprendre à son compte les différentes préconisations de cet avis tant elles sont limpides, évidentes et facilement applicables.

Nous les avons donc toutes reprises et si certaines demandent des moyens, ce qui peut constituer un obstacle, c'est avant tout une volonté politique et un changement d'approche qui seront nécessaires.

Le groupe de la coopération a voté l'avis et félicité les rapporteurs pour cet excellent travail.

Entreprises

La crise sanitaire a mis en relief un système hospitalier fragilisé tout comme un système de santé dégradé. Laissez-nous partager une conviction : une réforme structurelle de la santé est urgente afin d'en améliorer l'efficience.

Vous présentez un avis ambitieux visant à améliorer le fonctionnement de l'hôpital public. Le groupe des Entreprises ne peut qu'approuver certaines orientations visant à simplifier la coopération interprofessionnelle de la santé, à encourager la délégation des tâches ou celles visant à retrouver une gouvernance équilibrée : il est prioritaire de revoir l'organisation et la responsabilité des services pour améliorer la répartition des soins et des missions.

Nous pensons qu'il est effectivement absolument indispensable d'établir une meilleure coordination entre le système public et celui du privé, la crise du covid 19 l'a d'ailleurs bien démontré. Nous partageons également la conviction qu'une politique de santé globale doit être construite pour répondre aux besoins des patients et s'adapter à chaque territoire. L'éducation et la prévention sont aussi des axes à privilégier comme vous l'avez souligné.

Nous soutenons aussi le déploiement du dossier médical partagé et le développement de la télémédecine. Une évaluation devra d'ailleurs être effectuée afin d'en visualiser tous les effets et en tirer les enseignements.

Déclarations des groupes

En réalité, au-delà du texte, c'est le système de santé dans son ensemble qu'il faut réformer. Et pour cela, il faudra aborder le financement des mesures qui sont nécessaires. En trente ans, l'assurance maladie a accumulé un déficit global de 130 milliards d'euros. Rappelons que les contributions des entreprises au titre de l'assurance maladie s'élèvent en effet à environ 70 milliards d'euros par an. Pour générer des économies et financer l'avenir, il nous apparaît indispensable de rationaliser la gestion des hôpitaux publics et d'opter pour la contractualisation des acteurs de santé. C'est à nos yeux la clé de la refonte du système. À ce titre, Il apparaîtrait judicieux de lier par des engagements pluriannuels la Caisse nationale d'assurance maladie et les acteurs publics de la santé, tout comme l'hôpital privé et l'industrie du médicament.

En remerciant les rapporteurs pour le travail remarquable et notamment le nombre d'auditions et entretiens permis grâce aux visios, le groupe des entreprises a voté favorablement cet avis.

Mutualité

La tâche des rapporteurs, qui devaient tenir compte des messages portés par les différentes pétitions et collectifs, n'était pas facile. Ils ont néanmoins réussi à ne pas réduire l'avis à la seule augmentation des moyens, souvent nécessaire, voire urgente et vitale pour la survie de certains établissements ou services, mais parfois aussi seconde face aux besoins de réorganisation ou d'articulation entre les acteurs.

Le groupe de la mutualité partage les grands objectifs affichés. Recruter là où cela s'avère nécessaire et renforcer l'attractivité de l'hôpital. Investir pour donner au personnel et aux patients l'environnement indispensable à des soins de qualité. Et développer les coopérations professionnelles pour mettre fin au gâchis de la sous-utilisation des compétences des professionnels, particulièrement démotivante pour ces derniers.

Pour autant certains sujets auraient mérité de plus longs développements, notamment pour mieux expliciter une double attente, l'attachement au service public et en même temps, la nécessité de mieux articuler privé et public. Même si ce n'était pas l'objet du rapport il est difficile de faire abstraction de l'existence d'un secteur qui concourt à côté de l'hôpital public aux missions de service public, comme les ESPIC, établissements de santé privés d'intérêt collectif. Ceux-ci connaissent en effet pour beaucoup d'entre eux les mêmes difficultés que le public en terme d'investissements, de besoin de reprise de la dette ou de spécificités telle la taxe sur les salaires. Raisonner davantage en terme de missions de service public plus que de statut aurait permis de mieux décloisonner et donc d'améliorer la fluidité entre acteurs. De la même manière traiter de la question de la nécessaire adaptation du statut de la fonction publique hospitalière aurait permis de mieux répondre à l'enjeu d'articulation public/privé, d'attractivité de l'hôpital public, d'exercice mixte qui demeure probablement le meilleur outil de dialogue et de rapprochement entre les différents secteurs autour d'une logique d'intérêt général.

Notre dernière remarque concerne la T2A, opposée parfois de manière un peu réductrice aux forfaits. C'est en effet moins le principe de la prise en compte de l'activité qui est en cause que les modalités d'application, trop rigides, trop complexes,

avec des changements incessants qui interdisent la mise en perspective d'un véritable projet médical. Sur ce plan notre groupe soutient l'approche pluriannuelle préconisée pour l'Ondam, à condition que des marges de manœuvre existent pour les gestionnaires hospitaliers et que l'Ondam voté par la représentation nationale soit compatible avec les objectifs sanitaires.

Ces remarques ne remettent pas en cause le vote positif du groupe de la mutualité qui soutient fortement la proposition de l'organisation d'un débat annuel dont le CESE pourrait être l'organisateur et dont les conclusions seraient annexées au PLFSS.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse, CGT et Environnement et nature

Depuis plus de 20 ans, le système de santé français qui faisait référence se fissure. L'hôpital qui était le navire amiral du système de soins est à la dérive comme le démontrent les appels au secours des soignants, des salariés, mais aussi des usagers, des élus et des populations. Nos concitoyens, ont montré leur attachement à un service public de santé et de proximité, ce qui s'est traduit par de multiples mobilisations...

Cet avis est un condensé de pratiques innovantes et de prise en compte de la parole des premiers concernés. Le CESE a notamment entendu les millions de pétitionnaires qui demandaient de sauver notre système de soins et de santé, il a ouvert une plateforme citoyenne qui fut un succès réel et qui a confirmé les exigences des pétitionnaires, mais il a également fait appel à l'expertise des soignants et des patients au travers de multiples rencontres et notamment la journée du 2 juillet... Cet avis est donc le résultat d'une co-construction entre la société civile organisée et les remontées des demandes des personnels médicaux et soignants, des élus, des mobilisations citoyennes et des CESER. Parce que le droit à la santé est un droit fondamental, il fallait le conforter par cette approche partagée...

C'est donc une autre logique que celle de « l'offre de soins » et de la maîtrise budgétaire qui est construite par cet avis. Parce qu'une santé préservée et améliorée représente un investissement et pas qu'une charge pour la sécurité sociale et les finances publiques il fallait effectivement partir des besoins de soins et de santé dans les territoires. L'idée d'un diagnostic partagé des besoins, aujourd'hui et demain, nous semble essentiel. C'est aussi dans les bassins de vie au plus proche des populations qu'il faut construire les réponses et l'articulation entre médecine de ville et hôpital. Tout ne peut pas se décider du seul ministère de la santé. De plus en plus d'élus le comprennent et intègrent les réponses en santé dans leur action sur le territoire même si celles-ci ne relèvent pas de leurs compétences. De même les mobilisations citoyennes pour l'ouverture de centres de santé ou le maintien des services dans un hôpital de proximité se multiplient car les déserts médicaux sont une réalité dans les quartiers pauvres comme dans les zones dites périphériques et ils mobilisent les populations. Nous ne pouvons accepter que certains habitants n'aient pas accès aux services essentiels de santé comme par exemple les maternités.

Déclarations des groupes

Mais les demandes des populations croisent des réalités démographiques avec les médecins qui prendront leur retraite sans remplacement. Et elles touchent aussi des soignants démotivés qui quittent l'hôpital. Et, la crise sanitaire en court accentue cette fuite des personnels qualifiés. Les annonces en termes de revenus prévues par le Ségur ne ramènent pas les personnels soignants dans la moyenne des pays de l'OCDE et encore moins dans la moyenne des dix pays les plus riches. C'est pourtant bien le rang de la France, c'est ce rattrapage qui est demandé dans l'avis !

Tout aussi important, pour éviter cette fuite des soignants, il faut leur redonner confiance et respect. Cette exigence d'éthique passe par une autre organisation du travail. La souffrance exprimée si souvent est celle de ne pouvoir bien faire son travail et d'estimer trahir les fondamentaux du métier. Rompre avec ce risque de l'abandon des valeurs et du sens passe par une stratégie de recrutement et de formation massive ce qui est de l'unique responsabilité des régions pour les soignants et partagée avec les universités pour les médecins. Pourvoir les postes libres et renforcer les équipes sont une urgence si nous ne voulons pas que le système s'écroule...

La crise du coronavirus le montre, il ne suffit pas d'avoir un plus grand nombre de respirateurs, il faut des bras et des équipes formées ! L'urgence n'est pas à la fermeture de lits, elle est à la prise en compte des réalités. Il faut des moyens supplémentaires en Réanimation sur le modèle Allemand pas seulement pour passer le cap de l'épidémie de la Covid 19. Il faut aussi tenir compte du vieillissement de la population qui conduit mécaniquement à de nouveaux besoins. Il faudra du personnel pour les Ehpad, pour le maintien à domicile, mais aussi à l'hôpital... L'idée du ratio opposable entre nombre de soignants et patients pour chaque service nous semble donc essentielle.

La crise des urgences que nous avons connue se poursuivra, si les déserts médicaux ne sont pas résorbés et si des maisons de garde ne sont pas créées pour éviter que l'unique réponse ne soit le service des urgences, voire qu'un système de garde partagée soit mis en place dans les territoires... Ce n'est pas en faisant payer les patients qui se rendent dans ces services faute de solutions que nous résoudrons cette crise !

D'ailleurs, de plus en plus de médecins n'envisagent plus leur pratique en libéral. Ils sont preneurs de formes de salariat plus en adéquation avec leurs projets personnels... Ce qui ne les empêche pas, malgré tout, d'assurer une garde prévue ou des consultations dans un village éloigné de leur Centre de santé.

Si sur l'amont, il faut construire des solutions au plus près du terrain, il en est de même pour l'aval. Une sortie de patient mal préparée, conduit trop souvent à un retour aux urgences. Il aurait fallu que les fermetures de lits s'accompagnent de créations de lits ou de places dans le secteur médico-social par exemple.

Redonner des marges à l'hôpital pour qu'il réponde aux besoins de soins et de santé doit devenir une priorité nationale. Cela passe par la reprise de la dette hospitalière par l'état et la possibilité d'accéder pour ce secteur à des emprunts auprès de la BCE, c'est à dire à taux zéro voir négatif et que ces marges servent à recruter et à investir. C'est ce qui est proposé dans la ligne du Rapport annuel sur l'État de la France (RAEF) et nous le soutenons.

Pour nous cet avis ouvre plusieurs champs à approfondir qui ne relèvent pas de la seule section des affaires sociales :

- La question de l'industrie du médicament et des matériels nous semble centrale. Leur relocalisation en France ou en Europe est un sujet fondamental ;
- La question de la formation des personnels médicaux et soignants et donc des CHU, de l'organisation de cette formation, la mise en place de spécialisation pour les personnels soignants et le développement de la validation d'acquis d'expérience offrirait des perspectives de carrières plus larges et plus diversifiées.

Pour parvenir à un parcours de santé global, il nous faut également mieux appréhender le phénomène de renoncement aux soins souvent lié à un manque de moyens financiers, notamment chez les jeunes. Cela passe par une véritable politique de prévention, d'éducation à la santé mais aussi par un meilleur accompagnement dans les démarches d'accès à une couverture médicale adaptée.

Penser la santé globale c'est aussi prendre en considération le concept d'exposome, conçu comme la totalité des expositions aux facteurs environnementaux que subit un organisme humain pour la vie entière, de sa conception à sa fin de vie. Il faut pour ce faire assumer toutes les dimensions de la santé environnementale, conjuguer les situations dans tous les milieux de vie, et interroger les impacts de l'ensemble des activités humaines sur les écosystèmes et la biodiversité. Seule cette vision associée à une approche scientifique de l'environnement peut permettre de comprendre les interactions, notamment sanitaires. Cette stratégie de santé de l'entreprise à la cité est une source d'économie à terme pour le système de soins. L'urgence est dans cette révolution où la prise en compte de toutes les données et leur partage seront essentiels ! Pour nous l'établissement des diagnostics partagés sur les besoins de santé dans les territoires est le lieu de construction de politiques de prévention efficaces.

Les groupes organisations étudiantes et mouvements de jeunesse, environnement et nature et CGT ont voté cet avis.

Outre-mer

Si notre système de santé a longtemps fait envie, on a le sentiment qu'il fait aujourd'hui pitié, notamment du côté de l'Hôpital.

Alors que les citoyens aspirent à un droit à la santé qui garantirait à tous un égal accès aux soins, force est de constater qu'entre nos aspirations et les réalités, surtout en période de crise sanitaire mais aussi budgétaire, il y a un profond malaise qu'il faut tenter de réduire en étant plus efficaces avec des moyens limités.

Cela exige, une amélioration de la coopération des tous les acteurs, en particulier en matière de prévention.

Dans les Outre-mer, qui comptent une population supérieure à 2,8 millions d'habitants en 2019, soit 4 % de la population française, les situations sont très

Déclarations des groupes

inégales suivant les territoires. Le rapport de la CNCDH de 2017 et l'étude sur les services publics outre-mer, pointent ces inégalités.

Si les Antilles et la Réunion est dans une dynamique de convergence avec l'Hexagone, la Guyane et Mayotte cumulent encore de graves retards. Le désert médical s'étend aussi à la Polynésie française et à Wallis-et-Futuna. Partout, l'organisation des systèmes de santé dans chacun de ces territoires se trouve en difficulté. Conséquence : l'état de santé de la population et son espérance de vie marque un décalage important avec l'Hexagone.

Naturellement, compte tenu de l'éloignement et des contraintes, la mise à niveau des outre-mer en matière de santé et d'hôpitaux publics coûte plus cher par habitant qu'une simple répartition de l'effort national par habitant. La solidarité sera-t-elle demain plus effective qu'elle ne l'a été ces dernières années ?

Le rapport souligne, dans un encadré, les besoins des outre-mer, y compris les besoins de simplification, de souplesse et d'adaptation pour être plus efficace.

Nul doute que la demande de nos concitoyens ici comme en outre-mer est forte et que la mise en œuvre des préconisations de l'avis appelle des efforts budgétaires, dans une période difficile.

Le groupe de l'Outre-mer a voté l'avis.

Personnalités qualifiées

Véronique Séhier : « L'hôpital est à bout de forces. La crise sanitaire liée au COVID n'a fait qu'amplifier ce que clamaient déjà depuis longtemps les soignants et les soignantes (les femmes sont en plus grand nombre dans ces métiers), les citoyens et les citoyennes, à travers les collectifs mobilisés, leurs revendications et leurs pétitions.

L'hôpital est un maillon fort du système de santé et à l'interface avec médecine de ville, centres de santé, maisons pluriprofessionnelles, de santé, structures de prévention, établissements médico-sociaux. Il ne peut pas flancher, il doit tenir debout.

Comme le dit une contributrice de la plate-forme citoyenne « *il faut réhumaniser notre système de soins : du temps, des moyens, du matériel, des effectifs* ». C'est une question de statuts, de salaires, mais c'est d'abord une question de sens. C'est la première préconisation. Il est indispensable de redonner de l'attractivité et du sens aux métiers de la santé.

Ce n'est pas une simple question d'organisation. Mais bien de réformes structurelles, au niveau de la gouvernance, des priorités choisies, des financements et des moyens alloués.

Quand on a choisi de soigner, comment accepter de renoncer à ce qui fait l'humanité de la relation, pour des raisons de temps, de rendement ? Ou de ne pas offrir à chaque malade la même qualité de soins ?

Comment accepter les inégalités territoriales criantes entre les personnes vivant dans un même pays ? Par exemple, à Mayotte, département le plus jeune de France, il n'y a toujours pas de centre de planification ou de service d'orthogénie.

Pourquoi au Blanc, ou à Die, ou ailleurs en milieu rural, la fermeture de maternités (et avec elles de services pour la santé des femmes, comme l'IVG), ne s'accompagne-t-elle pas de la création de services de proximité adéquats et rassurants pour la population ?

Pourquoi si peu de moyens pour la psychiatrie ?

Ces disparités ne pèsent pas de la même façon pour tout le monde, il se développe un système de santé à deux vitesses. Ce n'est pas acceptable en termes d'égalité et de justice sociale. Cela met en danger le principe de solidarité nationale qui a présidé à la création de la sécurité sociale dont nous venons de fêter les 75 ans. Cet avis réaffirme bien que la santé est un droit humain fondamental et un bien commun. Ce n'est pas une marchandise.

Pour cela, il est urgent d'instituer une gouvernance équilibrée, qui redonne une vraie place aux professionnels du soin dans les décisions. Et qui donne aussi une place aux patientes et aux patients, aux acteurs et actrices de terrain pour définir un projet territorial de santé qui s'appuie sur les besoins en santé, et non sur des prévisions budgétaires, dans le cadre d'une démocratie sanitaire effective. (Préconisations 10 et 11).

À l'heure où nombre de professionnels quittent l'hôpital public, par dépit : **Ne laissons pas s'éteindre la vocation de soigner !** comme le dit Arnaud Demanche.

Vous l'avez compris, je voterai cet avis, avec mes remerciements aux trois rapporteur.e.s. »

Frédéric Boccara : « Cet avis vient à point nommé ! Il montre, s'il en était besoin que notre assemblée est en phase avec les préoccupations profondes du pays. Et pour cause, de nombreuses pétitions citoyennes sont à son origine et nous sommes une représentation de la société civile organisée, de ses vécus, ses courants et opinions dans leur pluralité et diversité.

Pour l'hôpital, l'avis met l'emploi en son cœur. Et c'était absolument nécessaire. Sa première préconisation pose la nécessité – vous auriez pu dire « absolue » - de recrutement de personnels, à tous les niveaux.

Recruter non pas seulement pour l'attractivité et pour garantir la sécurité des personnes, ce qui est ultra indispensable. Mais aussi, surtout !, pour assurer le droit à la santé !! Car derrière l'emploi, ce sont des travailleuses et des travailleurs qui sont décisifs pour soigner, mais dont on a invisibilisé le travail, que l'on a taylorisé, tenez-vous bien, en cherchant à augmenter le « nombre de gestes de soin » !

Donc recrutement, mais aussi formation, totalement indispensable... massivement et pour toutes et tous. À compter donc, dans le temps de travail et les calculs d'effectifs.

Déclarations des groupes

À ce propos, je regrette ne pas avoir trouvé mention du besoin de ré-activer le pré-recrutement de jeunes payées durant leur formation, notamment comme infirmières, en réponse à la double urgence sanitaire et sociale !

Commencer par l'emploi et la formation, dans la sécurité, avec de nouveaux pouvoirs et financements, voilà un projet moderne que, vous savez, je porte avec nombre de mes amis ! Pour de nouvelles sécurités émancipatrices... par un système de Sécurité d'emploi ou de formation.

75 ans après la création de la Sécu, avec Ambroise Croizat et d'autres, voilà une « nouvelle frontière » qui est devant nous !

Formation, coordination, entre institutions, entre personnels, entre tous les acteurs de santé, transmission aussi qui fait partie du temps de travail, et doivent faire partie de la vision des moyens... Cela implique des droits nouveaux des salariés sur la gestion des hôpitaux (organisation du travail, investissements, embauches, etc.). Vous l'abordez.

Bref une tout autre vision des choses.

Il est donc faux de prétendre, comme l'a déclaré le Président de la République Emmanuel Macron, que « *l'hôpital ce n'est pas une question de moyens, mais une question d'organisation* ».

Mais si ! Les moyens sont décisifs. Et la pénurie empêche de réfléchir autrement.

C'est une question de moyens ! Mais, bien sûr, pas seulement. C'est aussi une question de sens et une question de pouvoirs, et aussi une question d'organisation.

Deuxième aspect le financement. Vous dites, très justement : la dette ce n'est pas son montant qui pose problème, « *ce sont surtout ses conditions qui posent problème* » ! C'est-à-dire, les charges d'intérêt. Et, j'ajoute, la coupure entre financement des dépenses matérielles et Emploi. Il ne suffit donc pas que l'État reprenne la dette... si c'est pour garder les mêmes conditions ! Pour les charges d'intérêt vous préconisez un financement à 0 %, voire négatif, par la Banque centrale européenne (BCE) et en lien avec des créations d'emploi. Cette BCE inonde le pays de liquidités... sans conditions ni contrôle ! Cette solution peut être initiée par la France avec la Caisse des dépôts, dans la suite de notre Rapport annuel sur l'état de la France. Et je la soutiens totalement.

Mais qu'attendent le président et le gouvernement ??

Des ordres de grandeur permettent de voir la profondeur de la transformation qui est à faire et le potentiel... : inversion des règles et priorités dans notre société et ses institutions politiques et financières. Non plus la priorité au capital et au matériel, mais la priorité aux êtres humains et au bien commun, accompagnés par l'argent et le matériel, et non l'inverse.

Il faut savoir qu'avec plus de 800 millions d'euros, les charges d'intérêts des hôpitaux publics représentent plus que leur déficit annuel !

Un deuxième ordre de grandeur : Il faut créer 100 000 emplois dans les hôpitaux disent les personnels.

Troisièmement, votre avis, pour lequel je voterai, porte l'idée de ne pas penser « la santé contre l'économie » ou « l'économie contre la santé ».

Vous avancez l'idée d'un autre hôpital parce qu'on prendrait l'économie autrement. Et, précisément, la façon actuelle de prendre l'économie a transformé ce qui aurait pu rester une pandémie en une véritable crise sanitaire et une crise économique aussi profonde.

On écrase les dépenses en prétendant les « maîtriser ». L'austérité partout fait des morts, à présent ! Au lieu d'être maîtres nous sommes esclaves, esclaves du « moins de dépenses pour les services publics et l'emploi ». Esclaves de l'austérité et de la rentabilité financière, car il y a la prédation du capital.

Cela devra changer. Ceux qui font tenir le pays debout doivent avoir plus de pouvoirs et on doit développer leurs moyens.

J'ai d'ailleurs lancé une pétition sur [change.org](https://www.change.org/HopitalPasCapital) qui a recueilli plus de 100.000 signatures, « *de l'argent pour l'hôpital pas pour le capital* », je vous invite à la signer (<https://www.change.org/HopitalPasCapital>).

Enfin, la démocratie. Besoin absolu !

Vos propositions de démocratie sanitaire mettent en cause les ARS. Vous préconisez un moratoire sur les fermetures (de lits et d'hôpitaux). Vous insistez sur le besoin de co-décision, avec les personnels de santé, avec les patients, et bien sûr les habitants et leurs représentants élus. Co-décision sur la gestion mais aussi des éléments de prévision et de planification. Sur la base de critères précis, non technocratiques, vous en proposez pour les emplois au lieu de la logique de la T2A, tarification à l'activité.

Cela rencontre le besoin plus large, et qui concerne autant les services que l'industrie, comme celle du médicament, de Conférences permanentes pour l'emploi, la formation et la transformation productive écologique, articulant, besoins, moyens et prise d'engagements par les services publics, entreprises et les banques, avec le suivi démocratique de ces engagements. »

Professions libérales

Les français sont attachés, à juste titre, à leur santé en général, et à notre système de santé en particulier.

Même si celui-ci a bien résisté, pendant le « tsunami » de la covid-19 au printemps dernier, cette crise a révélé et amplifié ses fragilités, en particulier celles de l'hôpital.

En réussissant à « pousser les murs », les soignants ont « assuré », mais au prix de réelles souffrances, d'épuisement physique et moral, sans jamais se décourager.

Aux yeux de l'opinion publique, ils sont des héros, ils méritent d'être chaudement félicités et remerciés.

Mais cela ne suffit pas.

Déclarations des groupes

Certes, le « Ségur de la santé » qui vient de s'achever leur apporte une bouffée d'oxygène, mais il doit être complété par des mesures structurelles.

Au lieu de se limiter à des préconisations exclusivement centrées sur l'hôpital, cet avis aborde ce dernier comme l'un des maillons, certes essentiel mais pas le seul, de la chaîne des soins.

Sans prise en compte de l'amont (le domicile) et de l'aval (la sortie de l'hôpital), toute réforme serait incomplète et vouée à l'échec.

À juste titre, cet avis prône donc un décloisonnement tout azimut de l'hôpital : avec les autres structures hospitalières (publiques ou privées), avec les soins de ville, avec le sanitaire et le social, afin de garantir une meilleure coordination autour du patient qui, lui, est au centre du système.

Oui, la contrainte financière est devenue le critère principal de gestion de notre système de soins, en particulier de l'hôpital.

Oui, la bureaucratie avec son avalanche de normes a envahi le secteur au détriment du soin.

En matière de financement, le « nerf de la guerre », voilà de nombreuses années que nous appelons une nouvelle structuration de l'ONDAM autour des priorités de santé, en fonction des besoins, et pas seulement des recettes disponibles ou des objectifs d'économie impitoyables qui frappent, PLFSS après PLFSS, année après année, notre système de soins et les professionnels.

Voilà des années que nous demandons la révision de cet ONDAM, pour le rendre pluriannuel, en décloisonnant ses différentes sous-enveloppes (hôpital, soins de ville et médico-social) afin de pouvoir construire dans la durée et de raisonner en termes de « parcours de soins ».

C'est le sens de l'avis présenté aujourd'hui, dont 18 préconisations reflètent les priorités des acteurs du service public de l'hôpital et de la santé, des usagers et de nos concitoyens.

Le groupe des professions libérales remercie les trois rapporteurs pour la qualité de leur travail mais également tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de cet avis, à savoir les représentants des usagers et des acteurs du service public de l'hôpital et de la santé, les CESER et les 70 000 de nos concitoyens qui ont participé à nos travaux via la plateforme de consultation numérique.

Le groupe des professions libérales a voté l'avis.

UNAF

L'augmentation du nombre de malades chroniques et le vieillissement de la population nécessitent aujourd'hui une transformation profonde de l'organisation du système de santé. La crise de la Covid-19 a montré l'urgence de cette transformation. Le chaînon de l'hôpital a tout son rôle à jouer au sein d'un ensemble coordonné d'acteurs. Plusieurs conditions doivent être clairement arbitrées pour que l'hôpital intervienne avec un objectif précis celui d'être au service de la santé et de l'accès aux soins pour tous.

Le groupe de l'UNAF partage les préconisations et souhaite mettre l'accent sur trois d'entre elles.

La préconisation 9 insiste sur la nécessité de renforcer le rôle des Conseils territoriaux de santé. Les familles doivent être assurées de pouvoir bénéficier, lorsqu'elle est nécessaire d'une prise en charge hospitalière de proximité. Si la réduction du nombre de lits, notamment de lits polyvalents, peut découler de l'analyse partagée des besoins de la population, elle ne doit en aucun cas être un objectif préalable en soi. Les familles doivent avoir la garantie de solutions en aval de l'hospitalisation, par une prise en soins coordonnée où les professionnels de la ville et les professionnels de l'hôpital collaborent autour d'un projet de soins commun.

La préconisation 6 s'intéresse à la prévention. La crise sanitaire actuelle nous invite urgemment à repenser la place de la prévention : gestes barrières, éducation à la santé, vaccinations, dépistage. Elle met en évidence l'importance de ce qui permet d'améliorer la santé de la population, sans que l'on soit dans une démarche curative. Il est temps de penser une organisation des soins dans une approche plus globale, qui prend davantage en compte la prévention, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique. Chacun peut et doit être acteur de sa santé à la condition qu'il en ait les clés mais aussi par l'implication de tous.

Les préconisations 10 et 11 s'attachent à renforcer le poids des usagers et de leurs représentants dans les ARS et dans les CRSA pour un pilotage plus démocratique de l'offre et des moyens. Au-delà de la représentation institutionnelle, il est nécessaire que les organisations mises en place, facilitent l'implication des personnes et notamment des familles quant à l'organisation des prises en charge, tant en établissements, qu'en médecine de ville et qu'au domicile. L'UNAF a toujours été active dans la reconnaissance des droits des usagers et donc des familles en matière de santé pour leur permettre de développer un pouvoir d'agir.

Le groupe de l'UNAF a voté l'avis.

UNSA

L'hôpital public est à bout de souffle et cet avis le met en évidence. L'absence de politique de santé publique en adéquation avec les besoins réels de la population, le sous-financement, l'empilement de strates décisionnaires, les corporatismes à tous les étages, sont autant de facteurs qui peuvent expliquer le déclin de l'ensemble du système de santé en France/

Cet avis vise à répondre en « urgence » à des dysfonctionnements trop longtemps ignorés, le curatif ayant été souvent préféré au préventif. Ceci conduit à se préoccuper d'abord des dysfonctionnements plutôt que des besoins des patients.

Pour l'UNSA, les hommes et les femmes usagers de notre système de santé, doivent être placés au cœur de son organisation. Leurs besoins doivent être pris en compte au même titre que ceux des professionnels de santé et donc en adéquation avec eux.

Partageant globalement les préconisations de cet avis que nous avons voté, nous voudrions faire un focus sur la nécessité de placer le patient au cœur du système.

Déclarations des groupes

Ainsi depuis plusieurs années, les études tendent à démontrer que les populations les plus éduquées et globalement en bonne santé sont celles qui s'approprient le mieux le système de santé (maîtrise des parcours de soins, accès aux RDV, etc.). En revanche, dès que les conditions sociales ou de santé se dégradent et que les parcours médicaux se complexifient, les patients renoncent ou tardent à se soigner.

Manque de moyens financiers, rendez-vous médical accordé dans des délais trop longs, impossibilité de trouver un médecin en dehors des horaires « de bureau », refus de prendre de nouveaux patients, discrimination à la couverture santé, etc. sont autant de facteurs qui participent à différer, voire renoncer à se soigner.

Accélérer la coordination, la coopération et les partenariats entre la médecine de ville, l'hôpital, les établissements publics et privés nous semble être prioritaire.

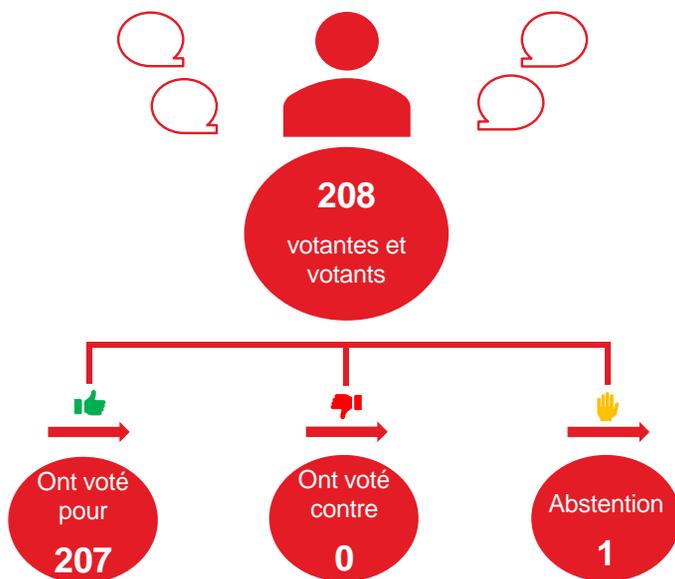
Pour l'UNSA, il y a nécessité à ne plus considérer la santé comme une dépense nationale exprimée en point de PIB, mais comme un investissement pour la population et son avenir en bonne santé et donc à terme moins coûteux et plus vertueux.

Le désengorgement des hôpitaux passe par une meilleure répartition des soins entre l'ensemble des acteurs (y compris le social et le médico-social). À ce titre, si la téléconsultation peut être une réponse, elle reste un outil complémentaire qui n'a pas vocation à se substituer à une « interaction physique » entre le patient et le professionnel de santé.

Les problèmes de l'hôpital ne pourront être traités qu'en prenant en compte tout l'écosystème, sinon, les mêmes causes produiront les mêmes effets. Il faut donc organiser la permanence des soins à tous les niveaux de recours.

Scrutin

Sur l'ensemble du projet d'avis présenté par Sylvie Castaigne,
Alain Dru et Christine Tellier



L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public lors de la séance plénière du Conseil économique, social et environnemental, le 13 octobre 2020

Pour : 207

<i>Agriculture</i>	M. Bernard, Mme Bonneau, MM. Coué, Dagès, Davesne, Mme Dutoit, M. Épron, Mme Even, MM. Ferey, Gangneron, Mme Gautier, M. Lainé, Mmes Lion, Pisani, M. Roguet, Mme Valentin, M. Verger, Mme Vial.
<i>Artisanat</i>	Mme Amoros, M. Crouzet, Mme Foucher, M. Le Lann, Mme Marteau, MM. Munerot, Quenet, Mme Teyssedre.
<i>Associations</i>	MM. Deschamps, Jahshan, Mme Lalu, M. Lasnier, Mmes Martel, Sauvageot, M. Serres, Mme Trellu-Kane.
<i>CFDT</i>	Mmes Blancard, Canieux, Château, Duboc, M. Duchemin, Mme Esch, M. Gillier, Mme Houbairi, M. Mussot, Mme Nathan, M. Nau, Mme Pajares y Sanchez, MM. Quarez, Ritzenthaler, Saint-Aubin.
<i>CFE-CGC</i>	M. Artero, Mmes Biarnaix-Roche, Couvert, MM. Delage, Dos Santos, Mme Roche.
<i>CFTC</i>	Mmes Coton, Lecerf, Roger, MM. Sagez, Thouvenel, Vivier.

<i>CGT</i>	Mmes Bordenave, Cailletaud, Chay, M. Dru, Mme Gallet, MM. Fournel, Garcia, Mmes Garreta, Lamontagne, Landas, Lejeune, Manière, MM. Meyer, Naton, Oussedik, Rabhi, Teskouk.
<i>CGT-FO</i>	M. André, Mmes Brugère, Chazaud, Derobert, Desiano, Fauvel, Gillard, MM. Goulm, Homez, Kottelat, Legagnoa, Mme Marot, M. Pérès, Techer.
<i>Coopération</i>	Mme Blin, MM. Grison, Landriot, Mugnier, Mmes Roudil, Saint Martin.
<i>Entreprises</i>	MM. Asselin, Mmes Boidin Dubrulle, Castéra, MM. Cavagné, Chanut, Cordesse, Mmes Couderc, Dubrac, Duhamel, Duprez, M. Dutruc, Mme Escandon, MM. Gardinal, Goguet, Grivot, Guillaume, Mme Ingelaere, MM. Lejeune, Nibourel, Mme Pazuat, MM. Pfister, Pottier, Mmes Prévot-Madère, Roy, Tissot-Colle.
<i>Environnement et nature</i>	MM. Abel, Badré, Mme de Béthencourt, MM. Bonduelle, Bougrain Dubourg, Compain, Mmes Denier-Pasquier, Ducroux, MM. Genty, Le Boulter-Le Quilliec, Mme Martinie-Cousty, M. Mayol, Mme Popelin.
<i>Mutualité</i>	M. Caniard, Mme Joseph, M. Junique.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	MM. Coly, Dulin, Mmes Le Bas, Weber.
<i>Outre-mer</i>	M. Antoinette, Mmes Biaux-Altmann, Bouchaut-Choisy, M. Cambray, Mme Mouhoussoune, MM. Rivière, Suve, Togna.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Adam, MM. Adom'Megaa, Amsalem, Mme Autissier, MM. Bennahmias, Boccara, Bontems, Bussy, Cabrespines, Cambacérès, Mmes Castaigne, Collin, Djouadi, M. Eledjam, Mmes Gibault, Goujon, Gard, Groison, MM. Grosset, Guglielmi, Joseph, Jouzel, Keller, Kettane, Mmes Lechatellier, Le Floc'h, Levaux, Mignot-Verscheure, MM. Molinoz, Pasquier, Roustan, Mmes Rudetzki, Sehier, M. Thieulin, Mmes Thiéry, Trostiansky, Verdier-Naves, M. Wargnier.
<i>Professions libérales</i>	MM. Chassang, Lafont, Noël, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mmes Allaume-Bobe, Blanc, MM. Chrétien, Clévenot, Feretti, Mmes Gariel, Koné, MM. Marmier, Renard, Tranchand.
<i>UNSA</i>	Mme Arav, MM. Bérille, Chevalier, Mme Vignau.

Abstention : 1

<i>Personnalités qualifiées</i>	M. Pilliard.
---------------------------------	--------------

Annexes

Annexes

N°1 COMPOSITION DE LA SECTION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ À LA DATE DU VOTE

<input checked="" type="checkbox"/>	Présidente : Aminata KONÉ
<input checked="" type="checkbox"/>	Vice-présidents : Étienne CANIARD, Michel CHASSANG
<input type="checkbox"/>	Agriculture
<input checked="" type="checkbox"/>	Anne GAUTIER
<input type="checkbox"/>	Artisanat
<input checked="" type="checkbox"/>	Pascale MARTEAU
<input type="checkbox"/>	Associations
<input checked="" type="checkbox"/>	Jean-François SERRES
<input type="checkbox"/>	CFDT
<input checked="" type="checkbox"/>	Marie-Odile ESCH
<input checked="" type="checkbox"/>	Catherine PAJARES Y SANCHEZ
<input type="checkbox"/>	CFTC
<input checked="" type="checkbox"/>	Pascale COTON
<input type="checkbox"/>	CGT
<input checked="" type="checkbox"/>	Alain DRU
<input type="checkbox"/>	CGT-FO
<input checked="" type="checkbox"/>	Serge LEGAGNOA
<input checked="" type="checkbox"/>	Christine MAROT
<input type="checkbox"/>	Coopération
<input checked="" type="checkbox"/>	Olivier MUGNIER
<input type="checkbox"/>	Entreprises
<input checked="" type="checkbox"/>	Sophie DUPREZ
<input checked="" type="checkbox"/>	Stéphanie PAUZAT
<input checked="" type="checkbox"/>	Geneviève ROY
<input type="checkbox"/>	Environnement et nature
<input checked="" type="checkbox"/>	Agnès POPELIN
<input type="checkbox"/>	Mutualité
<input checked="" type="checkbox"/>	Étienne CANIARD
<input type="checkbox"/>	Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse
<input checked="" type="checkbox"/>	Antoine DULIN

Outre-mer
✓ Sarah MOUHOUSSEUNE

Personnalités qualifiées
✓ Sylvie CASTAIGNE
✓ Jean-Jacques ELEDJAM
✓ Marie-Aleth GRARD
✓ Laure LECHATILLIER
✓ Françoise RUDEZKI
✓ Véronique SÉHIER

Professions libérales
✓ Michel CHASSANG

UNAF
✓ Marie-Andrée BLANC
✓ Aminata KONÉ

UNSA
✓ Martine VIGNAU

Personnalités associées
✓ Jean-François LE GRAND
✓ Estelle MOLITOR
✓ Ernestine RONAI
✓ Christine TELLIER

Annexes

N°2 LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Auditions :

- ✓ **Monsieur André ACCARY**
Président du Conseil départemental de Saône-et-Loire
- ✓ **Madame Sabrina ALI BEN ALI**
Médecin remplaçante aux Urgences médicales de Paris, ancienne interne de l'AP-HP, pétitionnaire
- ✓ **Madame Halima BOULAHIA**
Pétitionnaire
- ✓ **Monsieur Marc BOURQUIN**
Conseiller stratégique de la Fédération Hospitalière de France
- ✓ **Monsieur Vianney BRÉARD**
Médecin généraliste au Centre hospitalier de Sancerres et Président de CME
- ✓ **Monsieur Michel CALMON**
Directeur général de la Fondation Santé Services
- ✓ **Madame Cécile CHEVANCE**
Responsable du Pôle Finances à la Fédération hospitalière de France
- ✓ **Monsieur Cédric COURBARIEN**
Chargé de mission à la 1ere Commission au sein de la Région Centre-Val-de-Loire
- ✓ **Monsieur William DAB**
Professeur émérite au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)
- ✓ **Monsieur Pierre FOUCAUD**
Médecin pédiatre, Président de l'association Vaincre la mucoviscidose
- ✓ **Monsieur Raphaël GAILLARD**
Professeur de médecine en psychiatrie, Chef de Pôle à l'hôpital Sainte-Anne
- ✓ **Madame Claire GEORGES**
Médecin, praticienne hospitalière, responsable médicale de la Permanence d'accès aux soins (PASS) de l'hôpital Saint-Louis
- ✓ **Monsieur Laurent HABERT**
Directeur général à l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Centre-Val-de-Loire
- ✓ **Madame Katia JULIENNE**
Directrice générale à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- ✓ **Monsieur Bernard LAUNOIS**
Médecin, membre titulaire de l'Académie Nationale de Médecine

- ✓ **Monsieur Albert LAUTMAN**
Directeur général à la Mutualité française
- ✓ **Madame Pauline LAVAUD**
Pétitionnaire
- ✓ **Monsieur Francis MICHOT**
Médecin, membre titulaire de l'Académie Nationale de Médecine
- ✓ **Monsieur Alexandre MOKEDE**
Responsable du Pôle Offre de soins au sein de la Fédération hospitalière de France
- ✓ **Monsieur Marc MOREL**
Directeur général de France Assos Santé
- ✓ **Madame Claude RAMBAUD**
Vice-présidente de France Assos Santé
- ✓ **Madame Zaynab RIET**
Déléguée générale à la Fédération Hospitalière de France
- ✓ **Madame Amélie ROUX**
Responsable du Pôle RH à la Fédération Hospitalière de France
- ✓ **Monsieur Dominique SACHER**
Vice-président au CESER Centre-Val-de-Loire
- ✓ **Monsieur Jean SÈVE**
Secrétaire de l'Association du Centre de santé de Sarlat
- ✓ **Monsieur Alexis THOMAS**
Directeur de cabinet, Fédération Hospitalière de France
- ✓ **Monsieur Alexis VERVIALLE**
Chargé de mission organisation de soins à France Assos Santé

Intervenants à la conférence du 2 juillet "La parole aux patients et aux soignants" ouverte par Olivier VÉRAN, ministre des Solidarité et de la Santé :

- ✓ **Monsieur Jacques BATTISTONI**
Président de MG France, Fédération française des médecins généralistes
- ✓ **Monsieur Philippe BEZOUARN**
Médecin au CHU de Nantes
- ✓ **Madame Marie CITRINI**
Représentante des patients à l'AP-HP

Annexes

- ✓ **Monsieur Stéphane DAUGER**
Chef de service de réanimation pédiatrique, CIH Robert Debré
- ✓ **Madame Marion DE MONTES**
Chef de projet DOKICI, service de cabinets médicaux mobiles omnipraticiens
- ✓ **Monsieur Patrick DOUTRELIGNE**
Président de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
- ✓ **Monsieur Daniel GUILLERM**
Président de la Fédération française des praticiens de santé (FFPS) et de la fédération nationale des infirmiers (FNI)
- ✓ **Monsieur Serge KLOPP**
Manifeste du " Printemps de la psychiatrie "
- ✓ **Mme Michèle LEFLON**
Présidente du Bureau de la coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
- ✓ **Monsieur Thomas MESNIER**
Député de la Charente, rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- ✓ **Monsieur Jean-Paul ORTIZ**
Président de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
- ✓ **Monsieur Patrick PELLOUX**
Président de l'association des médecins urgentistes de France
- ✓ **Madame Sylvie PERCHEZ**
Cadre de santé, soignante retraitée du collectif citoyen "cpasdemainlaveille"
- ✓ **Monsieur Caroline SAULT**
Médecin au CIH de Salon de Provence
- ✓ **Madame Marie-France TENNENBAUM**
Maire adjointe de Dijon, membre du conseil de surveillance du CHU Dijon-Bourgogne
- ✓ **Monsieur Alexis VERVIALLE**
Conseiller technique de France Assos Santé
- ✓ **Monsieur Frédéric VILLEBRUN**
Secrétaire général de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS)
- ✓ **Monsieur Jérôme VOITURIER**
Directeur général de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

-
- ✓ **Madame Hélène YAOUANC**
Médecin, soignante à la retraite du collectif citoyen "cpasdemainlaveille"

Les rapporteurs se sont rendus au CESER de la région Centre Val-de-Loire où ils ont rencontré :

- ✓ **Monsieur François BONNEAU**
Président de la Région Centre Val-de-Loire
- ✓ **Monsieur Frédéric CHEVÉE**
Président du CESER Centre Val-de-Loire
- ✓ **Madame Stéphanie RIST**
Députée du Loiret

Entretiens :

- ✓ **Madame Zaina AÏT ARKOUB**
Pétitionnaire - membre de l'association française des techniciens de laboratoire médical (AFTLM)
- ✓ **Madame Catherine BARBEZIEUX**
Directrice du Centre hospitalier de Mayotte
- ✓ **Monsieur Mathieu BERNADELLI**
Pétitionnaire - membre de l'association française des techniciens de laboratoire médical (AFTLM)
- ✓ **Monsieur Didier BIRIG**
Secrétaire général de FO Santé
- ✓ **Monsieur Frédéric BIZARD**
Economiste, président de l'Institut Santé
- ✓ **Madame Marie-Laurence BONMARCHAND**
Secrétaire générale du syndicat Acteurs Santé CGC
- ✓ **Madame Néfissa-Lakhdara BOUHALILA**
Médecin gynécologue obstétricienne au Centre hospitalier de Soissons, membre du SNPADHUE
- ✓ **Madame Aude BOURDEN**
Conseillère nationale Santé Médico-social à l'APF France handicap
- ✓ **Monsieur Justin BREYSSE**
Président de l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI)
- ✓ **Monsieur Lionel CALENGE**
Directeur général du Centre hospitalier universitaire de la Réunion
- ✓ **Madame Cyrielle CLAVERIE**
Assesseure Commission Santé au Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)

Annexes

- ✓ **Monsieur Édouard COUTY**
Médiateur national pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux
- ✓ **Monsieur Sylvain DELAITRE**
Expert numérique et sécurité, membre du Collectif Travail
- ✓ **Monsieur Jean-Michel DELILE**
Président de la Fédération Addiction
- ✓ **Monsieur Jean-Pierre ESCAFFRE**
Co-auteur de la publication "Des soins sans industrie ?", Membre du Collectif Travail
- ✓ **Monsieur Emmanuel FLORENTIN**
Médecin, président du syndicat SNSH-CFE-CGC
- ✓ **Madame Elise FRAIH**
Vice-présidente installée du Regroupement autonome des jeunes généralistes, installés et remplaçants (RAJGIR)
- ✓ **Monsieur René FRYDMAN**
Professeur de médecine
- ✓ **Monsieur Lamine GHARBI**
Président de la Fédération hospitalière privée (FHP)
- ✓ **Madame Françoise GENG**
Membre de la direction nationale de la Fédération CGT Santé - Action sociale
- ✓ **Madame Elsa GODFERT**
Assistante de service social hospitalier 93 - CGT Santé action sociale
- ✓ **Madame Karine HALFRAIN**
Secrétaire nationale Unsa Fonction publique
- ✓ **Monsieur Claude JEANDEL**
Professeur au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier, Président du Conseil National Professionnel de Gériatrie
- ✓ **Monsieur Louis JEFFRY**
Chef du pôle chirurgie-anesthésie Mère/enfant de l'hôpital de St Martin
- ✓ **Monsieur Guillaume LADRANGE**
Cadre de santé à l'hôpital Robert Debré, pétitionnaire - membre de l'association française des techniciens de laboratoire médical (AFTLM)
- ✓ **Madame Catherine LALANNE-KEUNER**
Assistante sociale à la retraite
- ✓ **Monsieur Bruno LAMY**
Secrétaire général adjoint de la fédération santé sociaux CFDT

-
- ✓ **Monsieur Stéphane LENOIR**
Coordonnateur au Collectif Handicaps
 - ✓ **Madame Noémie NAULEAU**
Assesseure Commission santé au Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)
 - ✓ **Madame Béatrice NOELLEC**
Directrice des relations internationales à la Fédération hospitalière de France
 - ✓ **Monsieur Jean-Luc MALÉTRAS**
Consultant chez Thalès Géris
 - ✓ **Monsieur Yves MATHON**
Responsable du secteur santé privée UNSA
 - ✓ **Monsieur Clément MENIGOZ**
Secrétaire général au Regroupement autonome des jeunes généralistes, installés et remplaçants (RéAJGIR)
 - ✓ **Monsieur Antoine PERRIN**
Président de la Fédération des Établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)
 - ✓ **Monsieur Frédéric PIERRU**
Sociologue, Membre de l'Institut de Recherche Interdisciplinaire en Sciences sociales
 - ✓ **Madame Sophie POUJOLAT**
Infirmière de coordination en cancérologie à l'hôpital de Versailles
 - ✓ **Madame Jeanne RICHARD**
Assesseure Commission Santé au Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)
 - ✓ **Madame Christine SCHIBLER**
Déléguée générale à la Fédération Hospitalière Privée
 - ✓ **Monsieur Jean-Dominique TORTUYAUX**
Président de la Confédération des employeurs du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif
 - ✓ **Monsieur Jean-Michel TOULOUSE**
Co-auteur de la publication "Des soins sans industrie ?", Membre du Collectif Travail
 - ✓ **Monsieur Patrice TRIPOTEAU**
Membre de l'association APF France Handicap

Annexes

- ✓ **Madame Isabelle VAZELLES**
Chargée de mission Santé Recherche à l'Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées mentales, et de leurs Amis (UNAPEI)
- ✓ **Monsieur Sébastien VILLARD**
Vice-président de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), chargé des études médicales
- ✓ **Madame Dominique VOYNET**
Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Mayotte

N°3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION CITOYENNE

"Comment améliorer l'hôpital de demain et sa place dans le système de santé ?"



Cette note présente les principaux résultats de la consultation citoyenne dédiée à l'avenir de l'hôpital et de notre système de santé. Elle contient les principaux consensus de la consultation : les "idées plébiscitées", ainsi que des consensus moins prégnants. Pour chaque idée, sont présentés des exemples de propositions propres à la volonté citoyenne exprimée. La totalité des résultats et analyses sont visibles dans le rapport final de consultation qui comporte également la répartition des propositions par tags, la répartition des idées en axes, les détails de la participation et les focus d'exploration thématique retenus.

Les dates de la consultation

du 14/05/2020 au 24/06/2020

Les chiffres de participation

68 793 participants

4 119 propositions

519 944 de votes

Le profil démographique des participants et participantes

58% de femmes

toutes les régions représentées : 22% Ile-de-France, 78% autres régions

participation équilibrée au regard de la structure d'âge de la population : 25% de moins de 35 ans et 51% de plus de 55 ans

Les idées plébiscitées

Les idées prioritaires sont constituées à partir des propositions plébiscitées par les participants et participantes à la consultation. Une proposition est dite "plébiscitée" lorsqu'elle réunit au moins 82% de votes "pour" et au moins 34% de sur-qualifications positives (mentions "coup de coeur" et "réaliste"). Sur l'ensemble des 3 476 propositions validées de la consultation, 434 ont été plébiscitées, lesquelles ont permis de faire émerger 7 idées prioritaires.

1. Revaloriser les salaires des personnels soignants à l'hôpital
2. Donner plus de moyens humains et matériels aux hôpitaux
3. Sortir l'hôpital des logiques de rentabilité financière
4. Repenser la gouvernance des hôpitaux
5. Désengorger les urgences
6. Diminuer la charge administrative des soignantes et soignants
7. Développer une offre de soins de proximité

Revaloriser les salaires des personnels soignants à l'hôpital

Cette idée couvre 131 propositions plébiscitées, soit 30% de l'ensemble des propositions

plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : une revalorisation salariale des professionnelles et professionnels de santé à l'hôpital, en particulier pour les infirmières/infirmiers et aides-soignantes/aides-soignants. L'objectif est triple : au-delà d'une reconnaissance de l'implication de ces métiers, il s'agit d'aligner les niveaux de rémunération - jugés trop bas - avec la moyenne de ceux des autres pays européens ainsi que de redonner une attractivité à ces emplois afin de faciliter les recrutements. Les modalités de revalorisation se précisent autour d'une évolution de la grille salariale du personnel soignant. L'idée d'une revalorisation est également soutenue en direction du personnel d'Ehpad, des internes à l'hôpital et des métiers du maintien à domicile.

Exemples de propositions plébiscitées :

Corinne : Il faut revaloriser les salaires des infirmier.e.s et des aides soignant.e.s

Jimmy : Il faut que le métier d'infirmier.e redeviene une fierté et cela passe par une reconnaissance salariale.

Stéphanie : Il faut une valorisation salariale des différents métiers hospitaliers afin que cela reste attractif d'y travailler

Donner plus de moyens humains et matériels aux hôpitaux

Cette idée couvre 71 propositions plébiscitées, soit 14% de l'ensemble des propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : l'augmentation des effectifs du personnel médical dans les structures de soins, en priorité dans les hôpitaux et les EHPAD, en évaluant plus précisément les besoins en fonction tant du nombre de patients et de patientes que des spécificités des services. Les participants soulignent la nécessité de ce renfort d'effectifs dans le but de dégager du temps dédié à l'amélioration des soins et de renforcer ainsi un accompagnement plus "humain" des patients. Il est également question de financer davantage la dotation en matériel et équipement des hôpitaux, sujet sur lequel un certain nombre de propositions soulignent la nécessité du maintien sinon de l'augmentation du nombre de lits.

Exemples de propositions plébiscitées :

Karine : Il faut accorder les moyens humains nécessaires aux hôpitaux pour assurer des conditions de travail dignes et des soins de qualité.

Nicolas : Il faut repenser le budget de l'Etat pour allouer plus de moyens au système de santé

Sandra : Il faut plus de personnel dans les EHPAD. Inadmissible qu'un résident soit levé, toilette faite, habillé, installé pour le repas en 15 min !

Sortir l'hôpital des logiques de rentabilité financière

Cette idée couvre 56 propositions plébiscitées, soit 13% de l'ensemble des propositions plébiscitées

Les citoyens et citoyennes plébiscitent : un changement de paradigme concernant le fonctionnement des hôpitaux dont la vocation devrait être davantage orientée vers les soins et les patients et patientes, que vers une logique de rentabilité. Il est ainsi question de ne plus gérer les hôpitaux "comme des entreprises", par le biais notamment de la fin de la tarification à l'activité, perçue comme l'incarnation des objectifs de rentabilité auxquels devraient se substituer des objectifs de qualité des soins et de bien-être des soignants et des soignées.

Exemples de propositions plébiscitées :

Laurent : Il faut arrêter de gérer l'hôpital public comme des sociétés, consulter les soignants sur les vrais besoins des services

Dimitri : Il faut arrêter de gérer les hôpitaux comme des entreprises, un hôpital n'a pas vocation à faire des bénéfices, mais à soigner des humains

☞ Anaïs : Il faut arrêter la maltraitance des personnels de santé et des patients stop à la logique de rentabilité/flux-tendu/T2a/contrats précaires.

Repenser la gouvernance des hôpitaux

Cette idée couvre 31 propositions plébiscitées, soit 7% de l'ensemble des propositions plébiscitées

Les citoyens et citoyennes plébiscitent : le fait de faire évoluer le mode de gouvernance des hôpitaux en prenant davantage en compte les réalités du terrain et en s'appuyant sur une meilleure écoute des professionnels et professionnelles de santé. Les participants et participantes soulignent surtout la nécessité de donner un pouvoir de décision plus grand aux équipes de soignants et soignantes, parfois en rééquilibrant les capacités de décision qui incombent au personnel administratif et également en questionnant la place et la formation des directeurs et directrices d'hôpitaux.

Exemples de propositions plébiscitées :

☞ Carlota : Il faut inclure les médecins, infirmiers, cadres et aides-soignants dans la gouvernance, car ils connaissent la réalité du terrain

☞ Greg : Il faut changer la gouvernance des hôpitaux et redonner du poids aux soignants (médecins, paramédicaux)

☞ JuI : Il faut changer la gouvernance dictée par le Ministère via les ARS, très éloignée des réalités de terrain. Ils doivent devenir facilitateurs

Désengorger les urgences

Cette idée couvre 29 propositions plébiscitées, soit 7% de l'ensemble des propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : la régulation en amont de la prise en charge par les urgences grâce à une plus grande offre de santé sur le territoire. A cet effet, les participants et participantes plébiscitent la création de maisons de santé multiprofessionnelles et de dispensaires, une meilleure mise en relation des patients et des patientes avec les cabinets de médecins généralistes et spécialistes et plus largement le fait de renforcer la médecine de ville. Ils et elles soulignent en réalité la nécessité de faire évoluer les habitudes de santé: la prise en charge de certains cas non vitaux étant perçues comme de la "bobologie" qui engorgent inutilement les services d'urgences.

Exemples de propositions plébiscitées :

☞ Gwenaëlle : Il faut créer des centres de soins facilement accessibles en ville et à la campagne pour décharger les urgences de la bobologie.

☞ Ewen : Il faut désengorger les urgences (qu'elles retrouvent leur vocation et leur nom)

☞ Maryse : Il faut un accueil de soins en parallèle des urgences type dispensaire ou maison médicale

Diminuer la charge administrative des soignants et soignantes

Cette idée couvre 23 propositions plébiscitées, soit 5% de l'ensemble des propositions plébiscitées

Les citoyens et citoyennes plébiscitent : une réévaluation de la place des actes administratifs à l'hôpital. Les participants et participantes font le constat d'une certaine inflation du temps que le personnel soignant consacre aux actes administratifs (comme par exemple le codage d'actes médicaux) et appellent ainsi à la réduction de ce volume de travail cité parfois comme relevant du "secrétariat" afin que le personnel soignant dégage du temps à accorder aux patients et aux patientes.

Exemples de propositions plébiscitées :

☞ Catherine: Il faut recentrer le travail des soignants sur le soin et les décharger des tâches administratives.

☞ Pedroto : Il faut décharger le personnel soignant du maximum possible de tâches administratives pour qu'il puisse se concentrer sur les patients.

 Lydwine : Il faut décharger les personnels de santé de la lourdeur administrative qui les empêche de passer du temps auprès du patient

Développer une offre de soins de proximité

Cette idée couvre 22 propositions plébiscitées, soit 5% de l'ensemble des propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : le fait de favoriser un accès aux soins optimal dans tous les territoires en rapprochant les structures et professionnelles/professionnels de santé des patients et des patientes, tout particulièrement dans les zones rurales et les déserts médicaux. Les participants et les participantes plébiscitent de nouveaux acteurs et les actrices de la médecine de ville : créer davantage de maisons et structures de santé de proximité, mieux répartir le réseau de médecins généralistes et, dans une certaine mesure, conserver l'activité des hôpitaux de proximité. Toutefois, à la différence de l'idée 5, il s'agit ici davantage d'une demande d'accès aux soins plus générale sur tout le territoire que d'une volonté de désengorger les urgences.

Exemples de propositions plébiscitées :

 Nathalie : Il faut oeuvrer pour l'accès à la santé au travers des maisons médicales, surtout en ruralité.

 Daniel : Il faut réduire les sollicitations hospitalières en développant la médecine généraliste de proximité (urbaine et rurale)

 Sophie : Il faut redéployer les services hospitaliers de proximité, notamment dans les zones rurales.

Autres idées plébiscitées de la consultation

Les autres idées de la consultation enregistrent des votes positifs tout aussi élevés mais rassemblent moins de propositions

Favoriser les liens entre hôpital public et professionnels libéraux

Développer la prévention en santé

Relocaliser en France la production de matériel médical

Impliquer les professionnels et professionnelles de santé dans la réforme à venir

Maintenir le caractère public de la santé et le protéger

Interroger la pertinence du ratio de patients par soignant

Mieux permettre aux personnels médicaux d'évoluer dans leur carrière

Respecter les limites de temps de travail des professionnels et professionnelles de santé à l'hôpital

Intégrer le temps d'écoute et de pédagogie dans le travail soignant

Moderniser les dossiers médicaux afin d'améliorer le suivi, notamment grâce au numérique

Développer les soins à domicile

Informers les patients et patientes du coût des soins

Réduire les moyens administratifs dans les hôpitaux publics

Repenser le rôle des soignants et soignantes dans l'accompagnement de la fin de vie

Mieux adapter les EHPAD aux besoins de leurs résidents et résidentes.

1. Favoriser les liens entre hôpital public et professionnels libéraux

Cette idée couvre 8 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : le développement d'une meilleure coopération des professionnelles et professionnels de santé libéraux exerçant à proximité des patientes et patients et avec les hôpitaux notamment pour optimiser les temps de travail de chacune des parties. L'idée couvre ici les propositions relatives à la coordination des deux acteurs, en distinguant celles relatives spécifiquement aux urgences ou à la médecine de ville (cf. idées prioritaires n°5 et n°7).

2. Développer la prévention en santé

Cette idée couvre 6 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : l'augmentation de la prévention médicale auprès des citoyens et des citoyennes, laquelle permet d'éviter les comportements à risque mais également de diminuer la pression sur le système de santé.

3. Relocaliser en France la production de matériel médical

Cette idée couvre 5 propositions plébiscitées

Les citoyens et citoyennes plébiscitent : le retour de l'industrie sur le territoire national - sinon en Europe - des productions de matériel médical et de médicaments.

4. Impliquer les professionnels et professionnelles de santé dans la réforme à venir

Cette idée couvre 4 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : l'écoute nécessaire des professionnels et professionnelles de santé par L'Etat pour décider de l'évolution du système de santé.

5. Maintenir le caractère public de la santé et le protéger

Cette idée couvre 4 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : le fait de conserver un service public de santé, autrement dit de ne pas privatiser l'ensemble du système de santé

6. Interroger la pertinence du ratio de patients par soignant

Cette idée couvre 4 propositions plébiscitées

Les citoyens plébiscitent : l'adaptation de la charge de travail des soignants et soignantes au nombre de patients et patientes dont ils et elles ont la charge.

7. Mieux permettre aux personnels médicaux d'évoluer dans leur carrière

Cette idée couvre 3 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : L'augmentation des possibilités d'évolution de carrière (grade, échelons, passerelles) au sein des hôpitaux pour tous les professionnelles et professionnels.

8. Respecter les limites de temps de travail des professionnels et professionnelles de santé à l'hôpital

Cette idée couvre 3 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : un suivi plus strict de la durée légale de travail des soignants et ses soignantes que ce soit pour les gardes de nuits ou le travail en journée.

9. Intégrer les temps d'écoute et de pédagogie dans le travail soignant

Cette idée couvre 3 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : la nécessité de faire de l'écoute des patients et patientes et comme de l'explication des soins une part entière du travail médical.

10. Moderniser les dossiers médicaux afin d'améliorer le suivi, notamment grâce au numérique

Cette idée couvre 3 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : la mise en place d'un système permettant aux différents professionnelles et professionnels de santé d'accéder au dossier médical complet des patients et des patientes.

11. Développer les soins à domicile

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : la valorisation et le développement de l'aide médicale à domicile.

12. Informer les patients et les patientes du coût des soins

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

Les citoyens plébiscitent : la transparence sur ce que coûtent réellement les soins.

13. Réduire les moyens administratifs dans les hôpitaux publics

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : la réduction du nombre de bureaux et salariés administratifs au sein des hôpitaux.

14. Repenser le rôle des soignants et des soignantes dans l'accompagnement de la fin de vie

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : interroger et former tous les soignants et soignantes sur la prise en charge des patients et patientes en fin de vie.

15. Mieux adapter les EHPAD aux besoins de leurs résidents et résidentes

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

Les citoyens et les citoyennes plébiscitent : Faire des EHPAD des lieux à taille humaine qui s'adaptent au rythme des patients et des patientes.

N°4 BIBLIOGRAPHIE

Augros Sophie, *Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins*, Rapport, Reagjir, Septembre 2019

L'hôpital au service du droit à la santé pour toutes et tous, Résolution, CESE, adoptée en assemblée plénière du 11 mars 2020

Caniard Étienne, Augé-Caumon Marie-Josée, *Les addictions au tabac et à l'alcool*, Avis, CESE, adopté en assemblée plénière du 9 janvier 2019

Castaigne Sylvie, Lasnier Yann, *Les déserts médicaux*, Avis, CESE, adopté en assemblée plénière du 13 décembre 2017

CESER du Centre-Val de Loire, *Situation des Hôpitaux publics en Région Centre-Val de Loire*, Saisine citoyenne, CESER Centre-Val de Loire, Février 2019

Chassang Michel, Gautier Anne, *Les maladies chroniques*, Avis, CESE, adopté en assemblée plénière du 11 juin 2019

Chay Michèle, Mouhoussoune Sarah, *L'accès aux services publics dans les Outre-mer*, Étude, CESE, adoptée en assemblée plénière du 29 janvier 2020

Commission jeunes médecins (CNOM), *Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés*, Dossier de presse, Anemf, Isni, Isnar.jmg, Reagjir, Snjmg, 11 avril 2019

Dagorn Claude, Giorgi Dominique, Meunier Alain, Barret Luc, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*, Rapport - Tome 1, Inspection générale des affaires sociales, Décembre 2019

Élus, jeunes & futurs médecins à la conquête de l'accès aux soins, Guide commun, Anemf, Isnar.jmg, Reagjir, Février 2020

Esch Odile, *Vieillir dans la dignité*, Avis, CESE, adopté en assemblée plénière du 24 avril 2018

Évin Claude, *10 ans d'ARS : quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ?*, Article de la Revue regards, École nationale supérieure de Sécurité sociale, Cairn.info, n° 56, Février 2019

Fauchier-Magnan Émilie, Wallon Véronique, *Déploiement des communautés professionnelles territoriale de santé - Appui à la DGOS*, Rapport n° 2018-041R, Inspection générale des affaires sociales, Août 2018

Fédération hospitalière de France (FHF), *La santé au cœur des préoccupations des français*, Contribution de la Fédération hospitalière de France au Grand débat national 2019, 2019

Fédération hospitalière de France (FHF), *Urgences hospitalières, pour un plan d'actions global*, Les propositions de la FHF, Septembre 2019

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), *L'hospitalisation à domicile, l'hôpital, au plus près des patients*, Rapport d'activité, 2018-2019, FNEHAD, 2019

Annexes

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), Contribution de la FNEHAD au Ségur de la santé, juin 2020

Haute autorité de santé (HAS), *Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap*, Guide de l'amélioration des pratiques professionnelles, HAS, Juillet 2017

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), *L'évolution des dispositifs de régulation du système de santé*, Rapport d'étape des travaux, HCAAM, 25 juin 2020

Keller David, Lafont Pierre, *Se donner un nouveau cap - Rapport annuel sur l'Etat de la France 2020*, Avant-projet d'avis, CESE

Koné Aminata, *Les États généraux de la prévention des cancers*, Résolution, CESE, adoptée en assemblée plénière du 13 novembre 2018

Naton Jean-François, Bouvet de la Maisonneuve Fatma, *Pour des élèves en meilleure santé*, Avis, CESE, adopté en assemblée plénière du 14 mars 2018

Maurey Hervé, Longeot Jean-François, *Les déserts médicaux*, Rapport d'information N° 282, Sénat, 29 janvier 2020

Mesnier Thomas, *Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires*, Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, Paris, Mai 2018

Michot F., Launois B., Bertrand D., Bringer J., Degos L., Olie J.-P.;=., Thuillez C., *L'hôpital en crise : origines et propositions*, Rapport 19-02, Académie nationale de médecine (ANM), Elsevier Masson SAS, 2019

Mutualité française, *Grand âge et autonomie : les propositions de la Mutualité française*, Décembre 2018

Pajares y Sanchez Catherine, Djouadi Samira, *Enfants et jeunes en situation de handicap*, Avis, CESE, adopté en assemblée plénière du 10 juin 2020

Tchiboukdjian Michèle, Arlandis Thierry, *Accès aux soins : comment réduire la fracture territoriale*, Avis, CESER Région du Sud, 11 Décembre 2019

Toulemonde Fabien, *Les établissements de santé - édition 2020*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2020

N°5 TABLE DES SIGLES

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AME	Aide médicale de l'État
ANEMF	Association nationale des étudiants en médecine de France
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVS	Auxiliaire de vie sociale
BCE	Banque centrale européenne
CDU	Commission des usagers
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CESER	Conseil économique, social et environnemental régional
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho pathologique
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CNP	Conseil national professionnel
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
COVID-19	<i>Corona virus disease 2019 (Maladie du virus corona de 2019)</i>
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins de prévention et d'accompagnement en addictologie
CTE	Comité technique d'établissement
DGAFF	Direction générale de l'administration de la Fonction publique
DGF	Dotation générale de financement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ELSA	Équipe de liaisons et de soins en addictologie

Annexes

EMG	Équipe mobiles de gériatrie
EMGT	Équipe mobile gérontologique territoriale
EPHAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FHP	Fédération hospitalière privée
FIR	Fonds d'intervention régional
FNEHAD	Fédération nationale des établissements de santé d'hospitalisation à domicile
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	Infirmier en pratique avancée
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PMP	Projet médical partagé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
PTA	Plateformes territoriales d'appui
ROSP	Rénumération sur objectifs de santé publique
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

SRADDET	Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
USLD	Unité de soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience

Dernières publications de la section des affaires sociales et de la santé

LES AVIS DU CESE



Les maladies chroniques
Michel Chassang et Anne Gautier

026 16

LES AVIS DU CESE



La réinsertion des personnes détenues :
l'affaire de tous et toutes
Antoine Dulin

026 16

LES AVIS DU CESE



Enfants et jeunes
en situation de handicap :
pour un accompagnement global
Samira Djouadi et Catherine Pajares y Sanchez

026 11

026 11

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental

LES AVIS DU CESE



Projet de loi de programmation relatif
au développement solidaire et à la lutte
contre les inégalités mondiales (Avis de suite)
Marie Trelu-Kane et Olivier Mugnier

026 16

LES AVIS DU CESE



Contribution du CESE
au projet de loi de programmation
pluriannuelle de la recherche
Sylviane Lejeune

026 11

LES AVIS DU CESE



Bilan de la loi pour la reconquête
de la biodiversité, de la nature
et des paysages
Allain Bougrain Dubourg et Pascal Férey

026 20

026 20

Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

www.lecese.fr

Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15^e,
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental.

N° 411200021-001020 - Dépôt légal : octobre 2020

Crédit dessin : Babouse

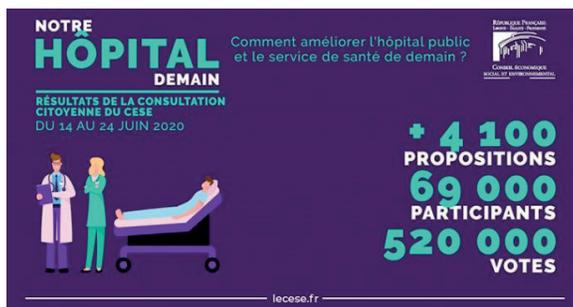


PEFC 10-31-2190 / Certifié PEFC



IMPRIM'VERT®

LES AVIS DU CESE



De nombreuses pétitions ont, bien avant la crise de la Covid-19, attiré l'attention du CESE sur la situation de l'hôpital. Elles déploraient la fermeture de lits, de services, d'établissements et s'alarmaient de l'insuffisance des moyens, d'une trop longue pratique de sous-investissement et d'une dégradation continue des conditions de travail.

Le CESE a entendu les pétitionnaires. Il a organisé une journée de débats avec les soignantes et les soignants confrontés au quotidien aux difficultés de notre système de santé. Il a recueilli, grâce à une plateforme de consultation numérique, plus de 4 000 propositions, appuyées par près de 520 000 votes.

L'avis du CESE fait écho à ces prises de position citoyennes. Ses préconisations ont pour objectif de rétablir un fonctionnement de l'hôpital adapté aux besoins : il faut recruter et investir pour l'hôpital mais également revoir son financement et rééquilibrer sa gouvernance. L'avis dessine les voies et moyens d'une meilleure intégration de l'hôpital dans les territoires. Il demande un pilotage plus ascendant et démocratique pour assurer l'adéquation entre les besoins de santé et l'offre proposée. Enfin, il formule des préconisations pour désengorger l'hôpital, améliorer les parcours en amont et en aval, mieux organiser les interfaces avec les secteurs sociaux et médico-sociaux.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41120-0021

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-155679-9



Direction de l'information
légale et administrative
Les éditions des *Journaux officiels*

www.vie-publique.fr/publications