

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	4
SYNTHESE DES PRECONISATIONS	6
INTRODUCTION	11
I - RÉTABLIR UN FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL ADAPTÉ AUX BESOINS	17
A - L'hôpital, ses métiers, son financement, sa gouvernance : créer une dynamique valorisation/attractivité	17
1. Recruter pour améliorer globalement les conditions de travail	17
2. Développer les protocoles de coopération et de délégation de tâches.	21
B - Investissement et financement : redonner la priorité à la qualité et à la pertinence du soin	24
1. Investir dans les hôpitaux	24
2. Rémunérer la prévention, la coordination et la qualité	26
3. Structurer l'ONDAM autour des priorités de santé	29
C - La gouvernance de l'hôpital : rééquilibrer les pouvoirs au profit des soignants et soignantes, des usagers et usagères et des élus et élues	30
II - MIEUX INTÉGRER L'HÔPITAL DANS LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES ET REFONDER LA GOUVERNANCE EN SANTÉ	37
A - Dans les territoires: assurer l'adéquation entre les besoins et l'offre de santé	37
B - A l'échelle régionale : organiser un pilotage plus démocratique de l'offre et des moyens	43
III - L'HÔPITAL DANS LE SYSTÈME DE SOIN : MIEUX ORGANISER LES INTERFACES	48
A - Un hôpital désengorgé dans un parcours de soin amont/aval mieux organisé	48
1. Une priorité: assurer enfin l'interopérabilité des systèmes informatiques	48
2. Multiplier les lieux d'exercice pluriprofessionnel et le temps partagé	52
3. Organiser la permanence des soins	53
4. Lever les freins à l'hospitalisation à domicile	54
B - Le rôle de l'hôpital dans la continuité de la prise en charge médicale et sociale	56
1. Renforcer le service social de l'hôpital ainsi que les dispositifs intra et extrahospitaliers	58
2. Favoriser la communication, les rapprochements professionnels et les interactions entre l'hôpital et les acteurs sociaux et médico-sociaux	59
3. Améliorer la prise en charge des personnes âgées	61
CONCLUSION	65
DÉCLARATIONS/ SCRUTIN	68

ANNEXES**72**

N°1 Composition de la Section des Affaires sociales et de la Santé à la date du vote	73
N°2 Liste des auditionnés	75
N°3 Synthèse des résultats de la consultation citoyenne	80
N°4 Bibliographie	86
N°5 Table des sigles	88

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 144 voix et 1 abstention.

L'HÔPITAL AU SERVICE DU DROIT À LA SANTÉ

Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier

Synthèse de l'avis

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, 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.

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 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.

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 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 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, des usagers et des 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 acteurs, 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 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 preconise 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 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 n°17

Encourager la participation des acteurs 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 isolés.

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 habitants 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 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.

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 qu'amplifier leur nombre, 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 de citoyennes et citoyens, elles multipliaient les alertes et certaines 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 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 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 représentants des usagers et des 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 représentants des patientes et patients. Il a enfin souhaité prendre en compte les avis des citoyennes et citoyens en mettant en place une plateforme de consultation numérique.

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 ont recueilli près de 5 millions de soutiens avec en moyenne 300 pétitions qui ont émergé chaque semaine sur le sujet. Alors qu'elle recense habituellement 100 pétitions hebdomadaires, cette la 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 soignants et enfin, à une forte demande de protection et de dépistage de la part des citoyens.

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 Etablissements 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 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 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, cet avis 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, existante 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), cela marque ainsi plus fortement la dégradation de la situation. 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 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

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 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 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 patients 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 d'un poids disproportionné 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 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 patients et contribue à la souffrance des 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 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, 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.

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 acteurs du soin que pèsent les lourdes conséquences d'une absence de stratégie globale de prévention en France.

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.

La crise sanitaire que la France vient de traverser 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 favorise un accès aux soins plus tôt dans la trajectoire de vie en santé. Or, en France, seulement 2 à 6%, selon les sources et les conventions, des dépenses de santé sont consacrées à la prévention. Elle 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 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 doivent être reconnus comme de véritables acteurs du soin et inclus 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 acteurs du soin et de la prévention. Le CESE propose la réalisation préalable d'une analyse partagée, par l'hôpital et les autres acteurs du territoire, des besoins locaux de santé et des réponses qu'il faut leur donner. 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 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 cet avis 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. Elle suscite une inquiétude légitime chez les citoyens. Elle 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 Françaises comme le montrent les résultats de la plateforme de consultation:

- les répondants 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 cela concerne autant 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. Elle 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.

Concernant 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 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 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 aussi fréquents 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 de rythmes 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 et de la perte d'attractivité de l'hôpital²¹. Les métiers d'aides-soignants et soignantes et d'infirmiers et infirmières figurent parmi les métiers qui nécessiteront le plus d'emplois à l'horizon 2022. Dans le secteur du grand âge et de l'autonomie, c'est près de 200 000 emplois qu'il faudrait créer d'ici 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 sur le recrutement et 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 résident²³.

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 patients et améliorer la coopération entre 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 (1) ainsi que sur la facilitation de la procédure de validation des accords de coopération entre professionnels (2).

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, 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 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 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'Etat 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 et 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 centralisée et n'est possible que

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.

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'efficience des établissements*", le COPERMO a pris une place préminente.

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'Etat 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 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.

Comme le problème n'est pas seulement la dette, mais surtout les conditions de la dette comme exprimé ci-dessus, il serait envisageable, comme nous l'avons proposé dans le Rapport annuel sur l'état de la France³⁵ de travailler un financement

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

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

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'Etat 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 aux personnels avec un barème progressif. Elle s'applique à l'ensemble des rémunérations des personnels médicaux et non médicaux. Les établissements de santé privés ne sont assujettis à cette taxe 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.

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 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 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.

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).

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 de la santé, il a parallèlement plaidé pour que soit 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 et de leur mode d'exercice dans et hors hôpital (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 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 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 soins.⁴²

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)

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

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, 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 Centre 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 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 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 dans la précédente partie, 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.

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 un directeur qui est assisté par un directoire, chargé de la gestion, et par un conseil de surveillance, chargé du contrôle.

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.*

Représentant légal de l'hôpital, **le directeur ou la directrice** en assure la gestion et la conduite générale. Il 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 un directeur nommé par 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, le maire de la commune de rattachement de l'hôpital n'en est plus automatiquement le président (alors qu'il présidait automatiquement le conseil d'administration avant la loi HPST). Le président 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. 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 les poids 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 (Ecole 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 et la gestion de l'hôpital qui en découle 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 (IA).

Les décisions sont prises en haut, par le directeur, sans que le terrain, incarné par le personnel soignant, soit consulté pour 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 CSMIRT

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.

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

(Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique) réunit surtout l'encadrement et est présidée par le coordinateur général des soins, nommé par le directeur de l'établissement. Dans ces conditions, la fonction de président 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 et le président de la CME. La CME aura désormais un rôle dans la nomination des chefs de service de pôles et les relations ville-hôpital. C'est un premier pas, mais, les 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 et 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 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. Son rôle 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 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 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.

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

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.

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 du patient sur le territoire (cf. infra partie III). Six 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 représentantes 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, 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.

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.

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

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. Le CESE le soulignait pourtant : 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 conséquence de la démographie (une structure d'âge proche de celle de la métropole en Martinique et Guyane, une population beaucoup plus jeune à Mayotte, La Réunion, en Guyane). Ainsi :

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.

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.

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.

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 sont particulièrement dégradées: 1/3 des habitants 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 des habitants. 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 à Mayotte 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 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 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 de 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. A 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

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.

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

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 Jeffrey, 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 déplorent une rigueur budgétaire majeure (exemple du COPERMO à la Réunion) une main mise bureaucratique de l'ARS identique à celle de la métropole, un manque d'initiative possible et l'absence de pouvoir pour expérimenter en local (pour la coopération avec les médecins de la partie hollandaise de l'île de St Martin ou la télé-médecine 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 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 de deux ans nécessaires à leur formation, payé par l'hôpital et en métropole le plus souvent.

Les demandes des Outre-mer sur une déconcentration administrative sont une illustration de celles qui existent ailleurs en métropole : 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" et 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 donc 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 patientes et 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 effet.⁵⁷.

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 de l'ARS. Les GHT doivent adopter un "projet médico-soignant partagé", autour duquel devrait 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 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 besoins des populations et des attentes des professionnels. Il faut davantage soutenir

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.

les initiatives en faveur de leur création, qu'elles émanent des élus, des professionnels ou des citoyens.

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 une prémisse sur laquelle il faut s'appuyer en en corrigeant les limites. La concertation en particulier doit être élargie aux autres 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'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 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 professionnels de santé, des usagers, des élus des collectivités territoriales, des représentants de l'Etat, et des personnalités qualifiées désignés par l'ARS)⁶².

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*

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

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 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 acteurs du territoire défini, pourtant concernés par la santé des 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 le 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 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 propose de confier l'élaboration de ce schéma de santé aux Conseils territoriaux de santé qui réunissent l'ensemble des acteurs concernés au niveau territorial pertinent

⁶³D'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 de santé

Préconisation n°9 :

Renforcer le rôle des Conseils territoriaux de santé 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 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 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 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

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 santé, notamment sur les déterminants sociaux et environnementaux), que ces territoires peuvent être déterminés.

B - A 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'Etat 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 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 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 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 le 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 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 est finalement arrêté par le Directeur général de l'ARS, après avis du Préfet 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.

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.

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 Etat 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, 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 citoyens. La mise en œuvre du PRS, 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. Aussi les moyens alloués à la CRSA pourraient-ils être versés à une institution tierce assurant son secrétariat et contribuant à son fonctionnement. Dans la continuité de 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, censément plus accessibles que les services régionaux de l'ARS. Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance, présidé par le préfet de région et composé de représentants d'Etat, des organismes d'assurance maladie, d'élus locaux et de représentants d'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'Etat. 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 acteurs locaux peuvent leur soumettre. De fait, les ARS sont perçues par ces 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 acteurs locaux, notamment les élus et élues, comme de simples relais administratifs. Autre difficulté, la compétence des ARS est finalement trop large pour pouvoir 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 opérateurs. Elle doit évoluer pour donner plus de place à la détermination conjointe des besoins et des réponses, l'accompagnement et la coordination des 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 élus, usagers et acteurs de santé dans leur conseil de surveillance et dans le processus de désignation de leurs directeurs généraux.

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, des usagers et des 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 acteurs, 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 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 // l'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 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). En ce sens le CESE s'interroge sur le choix, 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 ce que des données de santé soient transmises 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 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. Elle 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 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, utiliser une multitude de code d'accès et perdent un temps précieux à renseigner les données, à recopier les informations, à réaliser les mises à jour, les corrections, 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 professionnels et 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 professionnels de santé doit être 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 acteurs. En Ile-de-France par exemple, le dispositif "TerreSanté" 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), 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 patiente par le médecin

"téléconsultant" (via une consultation en présentiel 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 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 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 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 présentielle 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 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 territoire 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 praticiens hospitaliers dans les zones sous-denses, d'une part, de favoriser le recrutement de professionnels libéraux pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, en qualité de fonctionnaire 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 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 professionnels 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 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 de santé.**

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, 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 non programmés. Les Maisons de santé pluridisciplinaires réservent elles aussi certaines de leurs plages horaires aux soins non programmés (cela se fait systématiquement 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 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 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 durant les nuits et week-ends, en prévoyant la mise en place de maisons médicales de garde (MMG). Celles-ci participent à la permanence des

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

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 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, en garantissant 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

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

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 (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 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 professionnels pour la continuité des soins à domicile, en mettant en place un service de télé-médecine 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.

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

⁷⁶ Source: FNEHAD

- les investissements et le modèle de financement. Les plans d'investissement dans l'hospitalisation ne doivent pas se structurer 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 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;**
- **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

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

logement, à la scolarisation, à la formation, à l'emploi. L'avis sur les maladies chroniques⁷⁸ a souligné 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 renonce à des soins médicaux et, dans 44,5% des cas, ce renoncement est dû à des raisons financières, posant 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. 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, 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 l'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 travailleurs sociaux. Beaucoup 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 identification 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

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.

PASS pourrait s'étendre pour améliorer la prise en charge des cas complexes au 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'infirmiers mais aussi de psychologues, d'assistants sociaux, les Equipes 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, 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 chacun des acteurs, pour mieux les articuler et éviter qu'elles ne se recoupent. Les services d'urgence dans les hôpitaux doivent pouvoir s'appuyer sur des ELSA dont les missions doivent être mieux balisées et leurs 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 de la patiente, jouer pleinement leur rôle d'interface avec les 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 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.

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

Une première priorité est la circulation de l'information dans des conditions sécurisée. 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 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 acteurs 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 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, en conditionnant les financements et les investissements, les textes existants.** 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 de l'accompagnement, qu'ils 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 du handicap, des enjeux de leur coordination doivent davantage intégrer la formation des soignants.

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

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 acteurs du soin et de l'accompagnement.

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'aide soignantes et d'aides-soignants et d'agents 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):** posé 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 acteurs en fonction de l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire, en renforçant les dispositifs comme les CLIC⁸⁸, MAÏA⁸⁹, PAERPA⁹⁰ et MONALISA⁹¹ (pour

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..

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

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 les actes et visites à domicile des médecins traitants auprès des personnes âgées dépendantes**⁹².

- **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**.

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 acteurs de ville et des associations représentatives des 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 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.

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 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

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".

patients âgés fragiles et polypathologiques. 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 intervenants au domicile⁹³. Au sein des urgences, leur rôle est de faciliter l'entrée directe du patient 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'Equipe 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 indiquée. Il s'agit, par des conventions entre l'établissement de l'EMG et les autres 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 habitants 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 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.

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

CONCLUSION

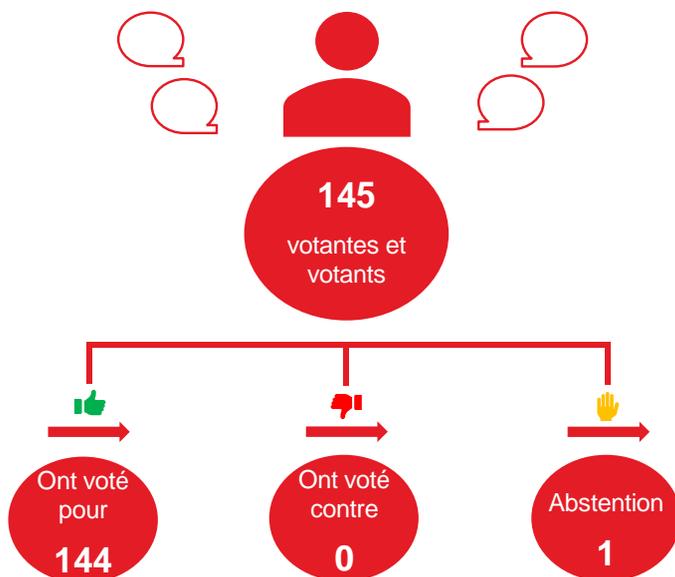
Cet avis est le résultat d'une démarche multiforme et dynamique (pétitions, résolution du bureau, saisine, consultation citoyenne, conférence-débat avec les usagères et usagers et les professionnelles et professionnels, auditions, entretiens, travaux de la section) portée par la société civile organisée. 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 portées par cet avis impliquent des évolutions structurelles, organisationnelles, réglementaires ou législatives. Plusieurs 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

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

Annexes

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

- ✓ **Présidente** : Aminata KONÉ
- ✓ **Vice-présidents** : Étienne CANIARD, Michel CHASSANG

- Agriculture**
 - ✓ Anne GAUTIER
- Artisanat**
 - ✓ Pascale MARTEAU
- Associations**
 - ✓ Jean-François SERRES
- CFDT**
 - ✓ Marie-Odile ESCH
 - ✓ Catherine PAJARES Y SANCHEZ
- CFTC**
 - ✓ Pascale COTON
- CGT**
 - ✓ Alain DRU
- CGT-FO**
 - ✓ Serge LEGAGNOA
 - ✓ Christine MAROT
- Coopération**
 - ✓ Olivier MUGNIER
- Entreprises**
 - ✓ Sophie DUPREZ
 - ✓ Stéphanie PAUZAT
 - ✓ Geneviève ROY
- Environnement et nature**
 - ✓ Agnès POPELIN
- Mutualité**
 - ✓ Étienne CANIARD
- Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse**
 - ✓ Antoine DULIN

Outre-mer
✓ Sarah MOUHOUSOUNE

Personnalités qualifiées
✓ Sylvie CASTAIGNE
✓ Jean-Jacques ELEDJAM
✓ Marie-Aleth GRARD
✓ Laure LECHATELLIER
✓ Françoise RUDETZKI
✓ 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

N°2 LISTE DES AUDITIONNÉS

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
- ✓ **Monsieur Thierry BEAUDET**
Membre du CESE et Président de la Mutualité française
- ✓ **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, praticien hospitalier, 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 VÉРАН, 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
- ✓ **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 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 (CNCPPH)

- ✓ **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
- ✓ **Madame Laure DOMINJON**
Présidente du Regroupement autonome des jeunes généralistes, installés et remplaçants (RAJGIR)
- ✓ **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
- ✓ **Docteur 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 (CNCPPH)
- ✓ **Madame Béatrice NOELLEC**
Directrice des relations internationales à la Fédération hospitalière de France
- ✓ **Monsieur Jean-Luc MALÉTRAS**
Consultant chez Thalès Gérés

- ✓ **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 oncologie 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
- ✓ **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 RESULTATS 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

58% de femmes

toutes les régions représentées : 22% Ile-de-France, 78% en 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 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 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 plébiscitent : une revalorisation salariale auprès des professionnels de santé à l'hôpital, en particulier pour les infirmiers et 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 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 du nombre de patients et 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 le maintien sinon l'augmentation de 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 plébiscitent : un changement de paradigme concernant le fonctionnement des hôpitaux dont la vocation devrait être davantage orientée vers les soins et les patients 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 suppléer des objectifs de qualité des soins et de bien-être des soignants.

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

Anais : Il faut arrêter la maltraitance des personnels de santé et des patients stop à la

Repenser la gouvernance des hôpitaux

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

Les citoyens 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 de santé. Les participants soulignent surtout la nécessité de donner un pouvoir de décision plus grand aux équipes de soignants, parfois en rééquilibrant les capacités de décision qui incombent au personnel administratif et également en questionnant la place et la formation des directeurs 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)

☞ Jul : 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 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 plébiscitent la création de maisons de santé multiprofessionnelles et de dispensaires, une meilleure mise en relation des patients avec les cabinets de médecins généralistes et spécialistes et plus largement le fait de renforcer la médecine de ville. Les participants soulignent dans une certaine mesure le fait 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

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

Les citoyens plébiscitent : une réévaluation de la place des actes administratifs à l'hôpital. Les participants 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 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.

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 plébiscitent : le fait de favoriser un accès aux soins optimal dans tous les territoires en rapprochant les structures et professionnels de santé des patients, tout particulièrement dans les zones rurales et les déserts médicaux. Les participants plébiscitent de nouveaux les acteurs 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 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 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 du coût des soins

Réduire les moyens administratifs dans les hôpitaux publics

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

Mieux adapter les EHPAD aux besoins de leurs résidents

Annexes

1. Favoriser les liens entre hôpital public et professionnels libéraux

Cette idée couvre 8 propositions plébiscitées

Les citoyens plébiscitent : le développement d'une meilleure coopération entre les professionnels de santé libéraux et situés à proximité des patients et les hôpitaux notamment pour optimiser les temps de travail de chacun. 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 plébiscitent : l'augmentation de la prévention médicale auprès des citoyens, 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 plébiscitent : le retour de l'industrie sur le territoire national - sinon en Europe - concernant les productions de matériel médical et de médicaments.

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

Cette idée couvre 4 propositions plébiscitées

Les citoyens plébiscitent : l'écoute nécessaire des professionnels 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 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 du nombre de patients dont ils ont la charge.

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

Cette idée couvre 3 propositions plébiscitées

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

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

Cette idée couvre 3 propositions plébiscitées

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

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

Cette idée couvre 3 propositions plébiscitées

Les citoyens plébiscitent : la nécessité de faire de l'écoute des patients et 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 plébiscitent : la mise en place d'un système permettant aux différents professionnels de santé d'accéder au dossier médical complet des patients.

11. Développer les soins à domicile

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

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

12. Informer les patients 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 plébiscitent : la réduction du nombre de bureaux et salariés administratifs au sein des hôpitaux.

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

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

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

15. Mieux adapter les EHPAD aux besoins de leurs résidents

Cette idée couvre 2 propositions plébiscitées

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

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

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	Corona virus disease 2019 (Maladie du virus corona de 2019)
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

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

Annexes

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

<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Les maladies chroniques Michel Chassang et Anne Gautier</p> <p>026 10 10 FÉVRIER 2020</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>La réinsertion des personnes détenues : l'affaire de tous et toutes Antoine Dulin</p> <p>026 10 10 FÉVRIER 2020</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Enfants et jeunes en situation de handicap : pour un accompagnement global Samira Djouadi et Catherine Pajares y Sanchez</p> <p>026 11 10 MARS 2020</p>
---	---	--

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental

<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>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</p> <p>026 10 10 FÉVRIER 2020</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Contribution du CESE au projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche Sylviane Lejeune</p> <p>026 11 10 SEPTEMBRE 2020</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Bilan de la loi pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages Allain Bougrain Dubourg et Pascal Férey</p> <p>026 20 10 SEPTEMBRE 2020</p>
--	--	---

Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

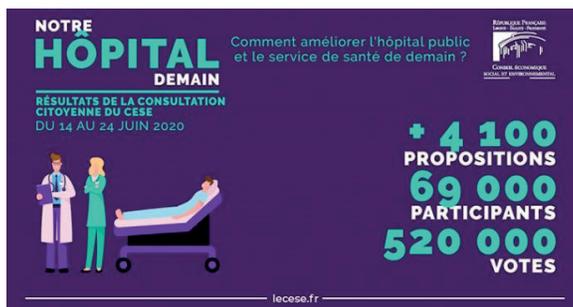
www.lecese.fr

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

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 citoyenne. 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