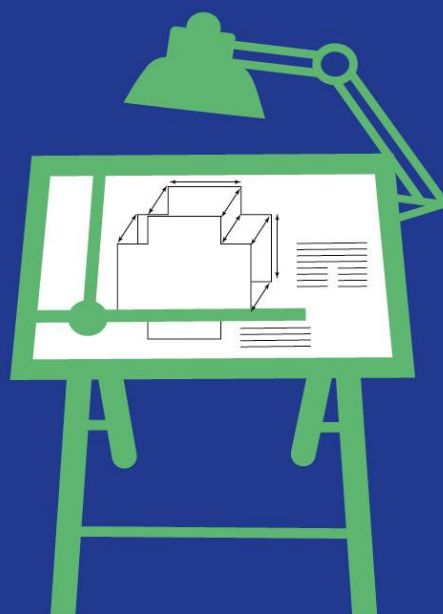
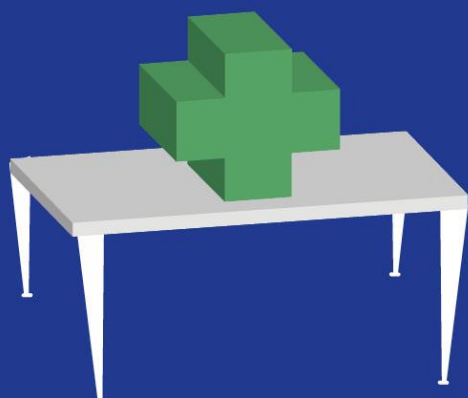
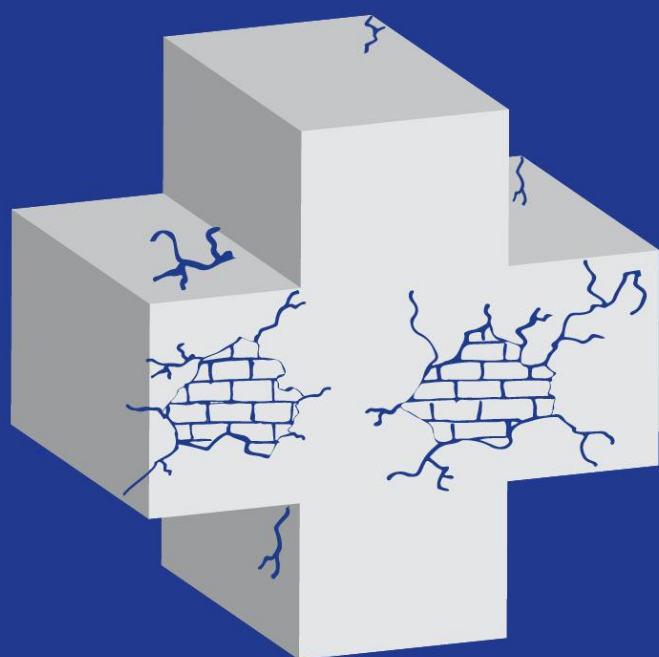




LE ROCHER DE LA SANTÉ

La pierre d'angle d'une refondation



PROPOSITIONS DE LA CFE-CGC

JUIN 2020

Le 25 mai 2020, la CFE-CGC figurait parmi les quelques 300 invités au lancement de la vaste concertation gouvernementale sur le « Ségur de la santé ». Un chantier qui s'ouvre alors que la période d'urgence sanitaire n'est pas encore achevée, passée, la sidération collective qui a figé la France face au COVID 19. Un chantier rendu nécessaire après la criante confirmation des failles préoccupantes de notre système de santé qui n'a pu faire face que grâce, à la contribution exemplaire des personnels soignants et leur capacité hors norme d'adaptation, et le concours d'un nombre infini de personnes qui ont assuré le relai sur le terrain.

À l'évidence, la réflexion sur la refondation de notre système de santé dépasse le cadre de l'hôpital. Il inclut l'ensemble des moyens et activités dont la fonction est la production de santé dans le sens de prévenir l'apparition des facteurs de risques, guérir et aussi réduire les conséquences de la maladie sur le plan professionnel et social. La démarche doit être appréhendée du point de vue des besoins du patient (de la naissance au décès compris la situation de handicap et de perte d'autonomie), de l'ensemble des secteurs d'activité impliqués, de tous les métiers (soignants et non soignants) ainsi que du rôle important des très nombreux acteurs qui constituent la cheville ouvrière de ce vaste dispositif (pouvoirs publics, représentants territoriaux, sécurité sociale, associations, partenaires sociaux...).

C'est donc en sa qualité d'organisation syndicale représentative au niveau national que, faute d'avoir été maintenue autour de la table, la CFE-CGC tient à apporter sa contribution au « Ségur de la santé » dans le présent document.

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

Le gouvernement a cadré le « Ségur de la santé » autour de 4 piliers :

- **MÉTIERS ET REVALORISATION (P1)**
- **INVESTISSEMENT ET FINANCEMENT (P2)**
- **ORGANISATION ET SIMPLIFICATION (P3)**
- **FÉDÉRATION DES ACTEURS DANS LES TERRITOIRES (P4)**

Le calendrier défini vise à une finalisation des travaux pour mi-juillet s'appuyant sur la contribution de deux groupes de travail, des retours d'expériences territoriales, des témoignages recueillis dans un espace d'expression dématérialisé ainsi que des travaux du CESE et sa consultation citoyenne.

Ce cadrage sur à peine deux mois semble très utopique s'agissant de refonder un dispositif excessivement complexe de portée éminemment sociétale et dont les écueils sont décriés et perdurent depuis plusieurs dizaines d'années.

Pour la CFE-CGC, ces vrais sujets méritent une approche diversifiée. Dans l'immédiat, il est urgent d'apporter une réponse aux soignants en termes de reconnaissance afin de garder intacte leur motivation et leur vocation. En revanche, la démarche de construction d'une nouvelle politique en matière de santé doit faire l'objet de travaux attentifs et en profondeur.

Ces deux approches feront l'objet de propositions que l'on trouvera ci-après. Une référence à chacun des piliers du « Ségur de la santé » (P) sera indiquée en regard de chaque proposition.

I. REVALORISATION DES MÉTIERS DE LA SANTÉ (PILIER 1)

Propositions de la CFE-CGC déclinées autour de 6 objectifs et 28 propositions

Nous entendons ici les métiers de la santé au sens large. Si le soin est effectivement central, il serait inopérant sans les autres corps de métiers qui évoluent au quotidien, souvent dans l'ombre, en précieux soutien.

I-1 ACCORDER LA PRIME COVID19 À TOUS

Dans la mesure où les personnels ont été fortement sollicités, exposés au Covid19 mais aussi à une grande fatigue physique et psychologique, il convient aujourd'hui de valoriser leur engagement à tous sans exception.

Proposition n°1 : Accorder une prime de 1500€ à tout le personnel mobilisé, dans le secteur privé (lucratif et non lucratif) comme dans le public, y compris à ceux qui ne remplissent pas la condition en termes de durée cumulée dans la période de référence.

I-2 REVALORISATION SALARIALE À ÉGALITÉ D'ENGAGEMENT

Les métiers appartenant au domaine de la santé (personnels médicaux et paramédicaux, personnels administratifs et logistiques) sont communément identifiés comme difficiles et mal rémunérés, et de fait les salaires en France sont inférieurs à la moyenne des salaires des pays européens comparables.

Afin d'assurer l'attractivité de ces métiers et pour apporter la reconnaissance promise aux professionnels de santé, il devient indispensable de revaloriser les salaires, refondre les grilles de progression salariales, mais aussi améliorer les conditions de travail et les perspectives de carrières.

Pour attirer vers les activités en structures de soins et à domicile (Hôpital, EHPAD, MAS, Centre de rééducation, SSIAD, etc.), il en va également d'une revalorisation salariale des contraintes : heures de nuit, week-ends et fériés.

Proposition n°2 : Procéder à la revalorisation des salaires des personnels des structures de soins et valoriser des contreparties aux différentes contraintes. Reconnaître la compétence des professionnels qui exercent aujourd'hui et veiller à l'attractivité des métiers pour demain.

Proposition n°3 : Réviser les grilles indiciaires des soignants et de l'ensemble des catégories C de la fonction publique hospitalière (filière soin-rééducation-paramédicaux, filière socio-éducative, filière administrative).

En parallèle de cette indispensable revalorisation, il faut travailler à l'harmonisation des rémunérations pratiquées dans les différents établissements, et notamment pallier l'écart entre le secteur privé et le secteur public. Le même souci d'équité, à égalité d'engagement, doit amener à aligner la rémunération des contractuels sur celle des titulaires.

Proposition n°4 : Veiller à ce que les salariés des hôpitaux privés et des hôpitaux publics aient des rémunérations similaires. Avoir une règle de rémunération identique en contrepartie des contraintes.

Proposition n°5 : Appliquer les mêmes grilles indiciaires aux personnels contractuels CDI de la Fonction Publique Hospitalière, à métier et responsabilité équivalents, que celles dont bénéficient les personnels titulaires.

I-3 RECRUTER POUR LA QUALITÉ DE L'EXERCICE DU TRAVAIL ET DONC DU SOIN

Le manque de personnel est un constat sans appel. Il faut bien sûr recruter pour faire face à ce besoin qui impacte négativement chaque acteur (offreur et demandeur de soin) et chaque prestation de soin. Pour ne citer qu'un exemple, les EHPADs souffrent particulièrement d'un manque d'effectif par rapport au nombre de résidents, nuisant à la qualité de la prise en charge de nos aînés et sollicitant à l'extrême ses personnels.

Il importe également de veiller à ce que les recrutements soient homogènes au sein de chaque établissement et entre établissements au niveau national dans le respect des fiches métiers édictées par les services de la DGOS (Direction générale de l'offre de soin) en particulier en créant des grilles indiciaires accolées à ces fiches-métiers.

Au-delà de la création de postes, les personnels contractuels pourraient être titularisés en ayant à l'esprit que si l'hôpital veut rester attractif et pérenniser les contractuels ingénieurs, les règles de reprise de l'ancienneté doivent changer.

Proposition n°6 : Rendre opposables les répertoires métiers pour le recrutement et la gestion des ressources humaines de nos établissements hospitaliers publics.

Proposition n°7 : Proposer de nouvelles vagues de titularisation de personnels contractuels avec une reprise de l'ancienneté plus favorable de telle façon qu'une année de service effectuée en tant que contractuel corresponde à une année de reprise d'ancienneté.

C'est par la constante adéquation des effectifs au volume d'activité que l'on pourra garantir des soins de qualité et la sécurité des patients.

De plus, un ratio de personnel adéquat contribue à développer des relations positives entre les professionnels avec pour corollaire un sentiment d'appartenance, une réduction de l'absentéisme court, et donc une amélioration de la qualité de la collaboration.

Proposition n°8 : Adopter des mesures d'évaluation simples de la charge de travail pour pouvoir adapter les ratios de personnels afin d'être au plus près des besoins et d'une qualité de soins et de travail. Considérant la norme d'effectifs établie, la maintenir implique le remplacement systématique de l'absentéisme long.

I-4 PRENDRE LE TEMPS DE FORMER

Par manque de moyens et donc de temps, la dimension de la formation a été mise de côté dans toutes les structures de soin.

Ceci est un non-sens, non seulement parce que les formations constituent la réponse aux besoins en personnels en élargissant les compétences vers les champs saturés, mais aussi parce que les formations permettent d'acquérir de l'agilité dans le domaine des innovations techniques.

Proposition n°9 : Renforcer la formation des personnels à l'état d'avancée de la science et des pratiques. Mise en œuvre systématique de formations continues adaptées aux postes, aux changements, innovations techniques, informatiques ou toutes autres situations qui nécessitent une adaptation rapide.

Proposition n°10 : Se donner les moyens pour permettre la formation de tous les personnels paramédicaux au traitement des urgences.

Proposition n°11 : Se donner les moyens pour permettre l'inscription dans le cursus des étudiants d'un stage au sein des services d'urgences.

Le développement des compétences pour chacune des filières est à refondre. À partir des projets professionnels, des programmes de formation définis peuvent considérablement faciliter l'ascenseur social.

Étant donné l'importance de la formation continue et de l'échange entre pairs dans les métiers de la santé, la valorisation professionnelle passe aussi par l'encouragement à suivre et donner des cours. Le volume de ressources humaines nécessaire pour faire fonctionner une unité de soins doit tenir compte d'un volume de jours d'absences pour de la formation.

Proposition n°12 : Sanctuariser des temps de formation, sans perturber l'organisation de l'équipe de soin.

Proposition n°13 : Repenser les progressions de carrières, améliorer les passerelles y compris pour les services techniques en catégorie C, valoriser les diplômes universitaires et en particulier le doctorat pour sa plus-value indéniable à l'hôpital.

La politique menée dans certains établissements depuis quelques années montre les limites du sacrifice de l'expertise métier. Le cadre de santé ou cadre de proximité doit être un expert dans la filière métier des professionnels qu'il manage, pour être garant de la qualité des soins prodigués par l'équipe.

Proposition n°14 : Insister sur le besoin d'une expertise métier pour la fonction de cadre de santé ou de cadre de proximité. Le cadre de santé n'est pas un cadre administratif.

I-5 S'APPUYER SUR UN DIALOGUE SOCIAL DE QUALITÉ

Proposition n°15 : Veiller à la qualité du dialogue social dans le cadre de la fusion à venir du CTE avec le CHSCT dans le cadre du CSE. Des CHSCT locaux pourraient rester en charge de la prévention de RPS.

Proposition n°16 : Renforcer les instances représentant les salariés de droit privé et public.

Proposition n°17 : Confier un rôle actif aux organisations syndicales dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices de gestion liée aux compétences limitées à venir des CAP(s). Il faut notamment réattribuer la mission de validation des avancements.

Proposition n°18 : Renforcer le poids des avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et ainsi favoriser l'émergence d'un véritable tandem solidaire médico-administratif au sein de l'hôpital. On pourrait adopter une logique d'avis conforme ou encore, de façon plus novatrice prévoir une obligation d'échange entre le futur Directeur pressenti et la CME (ou son Président) pour partager autour du projet d'établissement. Pour que cela puisse se concrétiser, il faudrait poser le principe de la réciprocité.

Proposition n°19 : Poser le principe d'un retour systématique et d'une formalisation des arbitrages rendus et des préconisations retenues (si l'avis n'est pas conforme) pour chaque avis consultatif sollicité auprès des instances saisies.

I-6 PRÉVENIR LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Un hôpital qui prend soin des professionnels génère des soins de qualité. C'est donc dans l'intérêt de tous de prendre en compte la fatigue voire la pénibilité induite par ces métiers. Les risques physiques et psychosociaux sont incontestablement présents. Ils sont bien souvent à l'origine de difficultés en cours de carrière et de la problématique du turn-over. Il faut donc redoubler d'effort pour endiguer ces risques et alimenter ainsi le cercle vertueux du soin à l'égard du professionnel de santé qui nous nous prodiguera les meilleurs soins à son tour.

- **Mettre au premier plan la Qualité de Vie au Travail**

Proposition n°20 : Établir et publier un « Indice QVT », indicateur de la performance en termes de qualité de vie au travail de chaque établissement. Veiller à la bonne application des accords QVT et à leur évaluation.

Proposition n°21 : Intégrer dans les indicateurs de qualité et de sécurité des soins portés par la Haute autorité de santé des indicateurs relatifs à la qualité de vie au travail des soignants et étudiants ainsi que des indicateurs relatifs aux missions de formation et d'encadrement des établissements de santé.

Proposition n°22 : Capitaliser sur les acquis de la crise COVID 19 en élargissant l'accès au télétravail pour les soignants et notamment les personnels médicaux (rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation, prescriptions).

Proposition n°23 : Lutter contre le harcèlement et les discriminations à l'hôpital en développant outils de signalement et dispositifs d'accueil des victimes.

- **S'appuyer davantage sur les services de Santé au Travail**

Proposition n°24 : Renforcer la prévention primaire et mettre en place les moyens d'une prévention des troubles musculosquelettiques.

Proposition n°25 : Prévoir un parcours d'accompagnement dans la démarche préventive pour les postes présentant le plus de risques de restriction et d'inaptitude au travail.

Proposition n°26 : Réaliser un diagnostic sur les conditions d'accueil, de logement et de restauration des étudiants en santé en stage. Ce diagnostic pourrait aboutir sur des mesures coercitives concrètes de réfection des locaux vétustes.

- **Améliorer les conditions matérielles prévues pour les professionnels**

Proposition n°27 : Augmenter sensiblement les offres de services pour les personnels des structures de soin, les places en garderies et crèches ayant des horaires adaptés aux fonctionnements de l'hôpital, conciergerie, restauration, équipements à disposition.

Proposition n°28 : Penser le dimensionnement architectural des espaces de travail en adéquation avec les besoins des utilisateurs, prévoir des espaces de repos au sein des unités et des espaces de détente en dehors.

II. REFONDATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Propositions de la CFE-CGC articulées autour de 7 objectifs et 57 propositions

II-1 PLUS JAMAIS ÇA...

La reprise en main de la politique de santé publique

- **Repositionner le rôle de l'État**

Pour éviter de nouvelles dérives, pallier les lacunes mettant à mal notre système de santé et être mieux armés pour répondre efficacement à une crise sanitaire, nous considérons comme fondamental que l'État reprenne la main en menant une véritable politique de santé. Il a la légitimité et les moyens d'action pour pouvoir mettre en œuvre sa vision stratégique et réagir aux chocs avec réactivité et agilité. Il lui incombe notamment d'encadrer la recherche, l'innovation, l'industrie de la santé, et d'assurer la sécurité sanitaire en veillant à la quantité disponible du matériel médical identifié comme indispensable.

Proposition n°29 : Renforcer le rôle de l'État pour une politique de santé publique efficiente. Une politique ambitieuse de moyen/long terme définissant des priorités, allouant des budgets, assortie d'un suivi régulier des résultats qualitatifs.

Proposition n°30 : Confier à l'État la responsabilité de la sécurité sanitaire et donc de la gestion des crises sanitaires. La mise en place de service dédiés au sein des préfectures serait une solution opérationnelle, sans recourir aux ARS, pour cette mission de sécurité sanitaire.

- **Reconquérir une souveraineté industrielle**

Pour aborder l'avenir plus sereinement, l'État doit parallèlement rechercher une souveraineté industrielle, au niveau national ou au niveau européen, garantissant une imperméabilité aux chocs extérieurs.

Les biens médicaux et pharmaceutiques doivent être considérés comme des biens stratégiques, et ce au niveau européen. La réindustrialisation et les relocalisations d'activité en Europe et en France nous permettraient d'assurer collectivement notre résilience face aux crises. Une meilleure maîtrise des chaînes d'approvisionnement des équipements et biens médicaux pourrait notamment être obtenue par une coordination renforcée entre les États membres.

Proposition n°31 : Rebâtir un tissu industriel français de la production pharmaceutique et du matériel médical, à commencer par les plus essentiels d'entre eux.

Proposition n°32 : Renforcer la coordination entre les États membres de l'Union Européenne dans la gestion – voire même mutualiser – des stocks disponibles sur le territoire européen et imaginer des mécanismes de transferts rapidement mobilisables.

II-2 PRÉVENIR PLUTÔT QUE GUÉRIR

La mise en place d'une réelle politique de prévention

- **Placer la prévention au cœur des dispositifs**

Si la prévention est souvent mise en avant dans les discours d'intention, elle gagnerait à prendre une plus grande place dans les mesures concrètes et les budgets qui lui sont alloués. Une réelle politique de prévention ne doit pas avoir un rôle annexe mais un rôle central dans la refondation du système de santé. C'est la meilleure base sur laquelle asseoir tout le système, celle qui permettra d'alléger les besoins curatifs en termes de volume et de gravité.

Proposition n°33 : Définir une politique de prévention la replaçant au cœur du système et allouer les moyens nécessaires à sa mise en œuvre, bien au-delà de l'enveloppe aujourd'hui consacrée au FNPEIS (Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire).

- **Piloter les actions de prévention**

Pour une efficacité à la hauteur de l'enjeu, il apparaît nécessaire de coordonner les actions de tous les acteurs dans toutes les structures. Les professionnels de santé en ville, à l'hôpital, en service de santé au travail, en établissements scolaires, en Caisse Primaire d'Assurance Maladie... doivent être mobilisés autour d'une approche commune et incités à y consacrer du temps avec des objectifs mesurables valorisés. C'est l'uniformité du message, et sa diffusion par tous les canaux au plus près des individus qui garantira son succès.

Proposition n°34 : Confier le pilotage de la politique de prévention à l'Assurance Maladie. Un programme national orchestrant toutes les ressources mobilisables (en argent et en personnel) et sa déclinaison régionale qui aurait vocation à coordonner les actions sur le terrain.

Proposition n°35 : Développer les instruments conventionnels de reconnaissance et d'incitation à la pratique des actions de prévention. La prévention et le suivi des pathologies chroniques par le secteur libéral permettrait de désengorger l'hôpital.

- **Anticiper la perte d'autonomie**

La prévention très en amont peut permettre de retarder l'entrée en dépendance, voire de l'éviter. Elle doit être menée tout au long de la vie par l'éducation et le suivi régulier du parcours de santé pour « bien vieillir ». Il est primordial de sensibiliser et conseiller les retraités avant toute demande d'aide à domicile. Ces actions de prévention doivent être menées auprès des personnes encore autonomes afin qu'elles le demeurent le plus longtemps possible.

Proposition n°36 : Prévenir la perte d'autonomie en institutionnalisant à partir de 75 ans d'un suivi gériatrique médical et social dans la continuité du dispositif PAERPA expérimenté actuellement.

II-3 DÉCLOISONNER ET RESPONSABILISER (PILIER 3)

Promouvoir une organisation efficiente à tous les niveaux

- **Organiser de façon efficiente le parcours de soin**

Un parcours optimal doit commencer par de la prévention, du dépistage, mais également par des soins de base facilement accessibles. Pour cela, il apparaît opportun de mieux valoriser certains actes de premiers recours souvent chronophages, susceptibles d'être délaissés par les professionnels de santé, qui permettent pourtant d'éviter des soins plus lourds, plus coûteux par la suite.

Proposition n°37 : Valoriser davantage certains actes de premiers recours, chronophages, en proie à un abandon de pratique, bien que déterminants en début de parcours de soin.

La pertinence du parcours de soin de chaque patient face à une maladie est un facteur essentiel de l'optimisation de notre système de santé. En plus du gain inestimable pour le patient de sa bonne orientation vers le professionnel de santé et la structure adéquates, c'est le bon soin au bon moment au bon endroit qui permettra de dégager des marges de manœuvre à grande échelle.

Proposition n°38 : Définir, par une réflexion associant à la fois les personnels médicaux, paramédicaux et administratifs des établissements, les parcours de soins pertinents. Ce travail d'optimisation est à valoriser, voire, à être le gage d'accréditation étant donné sa valeur ajoutée tant en termes de gestion des flux de patients que de performance de la prise en charge sanitaire. Les référentiels de bonnes pratiques validés par la HAS seraient une bonne base pour s'assurer de la cohérence des parcours de soins ainsi définis.

Proposition n°39 : Confier son application concrète individuelle à des personnels spécifiquement en charge cette « logistique » du parcours de soin et d'accompagner les patients tout au long de leur parcours.

- **Organiser de façon efficiente les missions des hôpitaux**

Les infrastructures seraient utilisées de façon plus optimale si on repensait leurs attributions au regard notamment de leur situation géographique et des besoins identifiés. Il est temps d'inverser le mouvement de mutualisation et de centralisation de l'offre de soin guidé par une logique de rendement, et de passer de « la culture du patient vers l'hôpital » à celle de « l'hôpital vers le patient ».

Cette déconcentration va de pair avec une stratégie axée sur l'ambulatoire, pour la chirurgie le permettant et pour le suivi des pathologies chroniques dont le traitement « hors les murs » donnerait des marges de manœuvres organisationnelles et financières. L'évolution des pratiques qui permet ces opérations courtes, sans hospitalisation, représente incontestablement une avancée pour le patient qui peut rentrer chez lui, sans faire l'économie du suivi de son état de santé pour autant.

Proposition n°40 : Repenser l'affectation des missions des structures hospitalières : des structures de proximité seraient dédiées à la prévention, au suivi des maladies chroniques et de longue durée, ainsi qu'à la médecine et la chirurgie ambulatoire au moyen d'un plateau technique performant. La maternité et le soin des personnes âgées relèveraient aussi de services de proximité. Des structures plus grandes, aux équipements techniques coûteux mutualisés, resteraient en charge des soins lourds et complexes, ou nécessitant des avis d'expertises de second niveau.

Proposition n°41 : Renforcer la place de la chirurgie ambulatoire. Inciter et aider à son organisation au sein des structures hospitalières de proximité en les accompagnant dans leur choix d'offre de chirurgie programmable et dans les critères de sélection des patients susceptibles d'être traités en ambulatoire.

Proposition n°42 : Rendre plus performant l'accompagnement médicosocial faisant suite à une opération de chirurgie ambulatoire pour une prise en charge optimale du patient dans la durée.

Proposition n°43 : Développer une médecine spécialisée ambulatoire. Les structures hospitalières resteraient en charge du diagnostic et de la détermination du protocole de soins, puis les professionnels de santé (à leur cabinet ou en hospitalisation à domicile) assureraient la mise en œuvre du protocole thérapeutique et son suivi.

- **Organiser de façon efficiente les urgences**

Une répartition plus homogène des urgences apporterait sérénité aux patients, aux soignants et aux personnels administratifs mobilisés.

Un premier niveau de soins considérés urgents pourrait être traité en ville. Pour encourager ce mouvement, il est indispensable de revaloriser les actes d'urgence, de former systématiquement les professionnels de santé à la pratique d'urgence et d'ouvrir ce champ de compétence aux personnels paramédicaux. **(Cf. Partie I, propositions 10 et 11)**

On pourrait imaginer des centres de santé regroupant médecins généralistes libéraux et infirmiers ouverts en continu 24h/24. Les infirmiers d'accueil et d'orientation des urgences pourraient ainsi réorienter vers ces structures si l'état du patient le permet et si le délai de prise en charge en est réduit.

De même les hôpitaux de proximité devraient accueillir les urgences légères, quand les grands hôpitaux, les mieux équipés techniquement, prendraient en charge les cas les plus graves.

Pour désengorger les urgences générales, on pourrait aussi orienter davantage vers les urgences spécialisées de type psychiatrie, dentaire, ophtalmologie, à condition de leur donner les moyens nécessaires pour développer cette mission.

Enfin, un regard sur l'affluence tout secteur confondu nous conduit à promouvoir la coordination des urgences publiques et privées, ces dernières étant régulièrement moins saturées.

Proposition n°44 : Restructurer le circuit des urgences pour atteindre une répartition plus homogène de la charge, et ainsi réduire les temps d'attente, tout en orientant au mieux les patients : urgences légères / urgences graves, urgences générales / urgences spécialisées, urgences publiques / urgences privées.

Proposition n°45 : Intégrer les professionnels privés dans les listes de garde et déployer les gardes pour les médecins traitants dans des maisons de soins.

Une fois ce circuit repensé, il reste à créer les conditions pour faire face aux fortes affluences ponctuelles pouvant malgré tout se produire. Il faut notamment être en mesure de dégager des lits supplémentaires et de solliciter des praticiens en renfort en cas d'engorgement.

Proposition n°46 : Prévoir des ressources humaines et matérielles mobilisables en cas de forte affluence.

- **Organiser de façon efficiente la gouvernance des structures hospitalières et médico-sociales**

Il convient aujourd'hui de tirer les leçons des effets néfastes de la technostructure administrative qui a contraint le libre arbitre des soignants au plus profond de leur pratique médicale et des choix médicaux. La gouvernance des structures hospitalières et médico-sociales doit être guidée par les choix médicaux raisonnés s'appuyant sur la maîtrise strictement médicalisée des dépenses et non dictée par les coûts. Dans le respect des recommandations médicales de bonnes pratiques, le choix des soignants se doit d'être respecté.

Il est nécessaire de repenser en profondeur la gouvernance de ces structures ainsi que les politiques financières de l'hôpital afin de retrouver un équilibre entre l'efficacité du soin, et l'humanité nécessaire à l'exercice des professions de santé.

Proposition n°47 : Mettre en place une direction des soins sous la forme d'une direction à part entière. En charge de défendre le soin, les usagers, la qualité, la valorisation des professionnels, cette direction aurait également la vertu de redonner une place aux personnels paramédicaux.

Proposition n°48 : Fonder un nouveau modèle de gouvernance qui donne toute sa place à la direction des soins dans la prise de décision. Nous devons rechercher la répartition de la charge décisionnelle au sein de l'équipe de direction la plus efficiente possible, pour une prise en compte des contraintes administratives tout en prodiguant le juste soin aux patients.

Proposition n°49 : Ouvrir aux salariés des structures associatives la possibilité d'être représentés au sein des conseils d'administration.

- **Optimiser la collaboration entre tous les acteurs dans les structures hospitalières et médico-sociales**

Pour éviter que chacun ne circoncrive son action à son propre domaine d'expertise et générer le maximum de synergie, il est nécessaire de resserrer tous les maillons de la chaîne. Tous les acteurs, doivent avoir une visibilité d'ensemble du projet de soin et pouvoir veiller à sa cohérence. D'où la nécessité de favoriser la collaboration entre les médecins et tous les autres intervenants à l'hôpital, en particulier les infirmiers.

Proposition n°50 : Renforcer les dispositifs de coopération à tous les niveaux à l'hôpital. Prévoir des temps de réunion de synthèse, d'analyses de pratiques, sur le temps de travail. Centrer cette coopération sur le soin.

Proposition n°51 : Repenser le management en fluidifiant les procédures et en privilégiant les réunions à caractère opérationnel. Une unité doit être co-managée par un binôme formé d'un médecin et d'un cadre de santé, ainsi associé à tout projet dès la phase de conception.

Les réorganisations de personnel et la diminution du nombre de postes de soignants au chevet des patients ou résidents est également à la source d'une coordination insuffisante voire inexistante.

Proposition n°52 : Prévoir une présence médicale systématique dans les établissements médico-sociaux. Des infirmiers et des médecins doivent appartenir au corpus de l'équipe de façon permanente.

II-4 LA SANTÉ N'A PAS DE PRIX MAIS LA SANTÉ A UN COÛT (PILIER 2)

- **Penser le financement de la santé sur le long terme et adopter une vision d'ensemble**

L'enjeu de la santé des français s'inscrit dans le long terme, tout comme l'horizon d'une situation financière saine pour son financement.

Or en fondant son financement exclusivement sur les revenus du travail, on ne garantit pas un financement stable, on le soumet aux aléas du marché du travail et donc aux crises économiques.

Proposition n°53 : Imaginer un financement basé sur une assiette garante de la stabilité du financement et donc de la soutenabilité financière du système.

Considérant l'endettement croissant des hôpitaux publics, et les mesures urgentes très coûteuses qui se sont révélées indispensables face à la crise sanitaire pour reconstituer des stocks détruits au nom de la gestion par les flux, il va de soi qu'il faut s'atteler à la problématique de la dette sociale.

Mais, même sous le coup de l'émotion, il n'est pas judicieux de se hâter de transférer cette dette sociale avant d'en circonscrire le périmètre exact et le plan d'amortissement.

Il n'est pas concevable également que des dettes qui relèvent du budget de l'État et non de la sécurité viennent l'alourdir et rendre incontournable de nouvelles ressources pour son amortissement.

La politique de santé recouvre des domaines d'intervention qui se chevauchent et s'imbriquent (vieillesse, dépendance, santé au travail, handicap ...). Leur financement relève d'une prise en charge directe par l'État, par la sécurité sociale ou par des assurances complémentaires. La problématique du financement de la santé doit donc s'inscrire dans une stratégie globale.

Proposition n°54 : Penser le financement de la santé en cohérence avec les autres politiques publiques. Une vision de long terme doit guider nos choix, sans précipitation, plaçant la pérennité financière au premier plan de la réflexion.

Proposition n°55 : S'interroger sur le coût imputable à la non-qualité en santé (sur prescriptions, redondances des actes, retard en prévention...) et au défaut de soins (sous médicalisation) estimé à 40 milliards par an.

Proposition n°56 : Gérer la problématique de la dette sociale avec davantage de recul, dans un contexte stabilisé pour une meilleure visibilité.

Proposition n°57 : Conserver une séparation nette entre les dépenses qui relèvent de l'État et celles qui relèvent de la sécurité sociale.

Proposition n°58 : Considérer dans la comptabilité publique, que certaines dépenses relèvent de gestion de risque sanitaire et ne peuvent rentrer dans le calcul du déficit public et des critères associés (Maastricht).

De même, l'annonce de la création d'un risque spécifique relatif de la perte d'autonomie n'a de sens que si on peut effectivement le financer et dans le long terme. Il n'est pas satisfaisant d'affecter des ressources, que l'on peut déjà jugées comme insuffisantes, avant d'avoir clarifié la finalité et identifié les besoins.

La couverture de la perte d'autonomie offerte doit être obligatoire, universelle et largement mutualisée. Son socle de financement doit ainsi reposer le plus largement possible sur la solidarité nationale. Ce financement ne peut raisonnablement pas venir impacter les salaires, ni s'appuyer sur une deuxième journée de solidarité car seuls les salariés seraient à nouveau mis à contribution.

Proposition n°59 : Créer un 5^{ème} risque pour couvrir le risque de la perte d'autonomie avec un financement pérenne. Organiser un débat de fonds avec l'ensemble des corps intermédiaires de la société française qui seront concernés pour son financement.

- **Repenser les rôles respectifs de l'AMO et de l'AMC**

La prise en charge du risque maladie est souvent mise en avant comme une couverture universelle. Or l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), bien qu'elle prenne en charge une part importante des dépenses de santé, laisse aux assurés sociaux un reste à charge (RAC) qui ne trouve une acceptabilité que grâce à l'intervention de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC). Cette réalité opère une réelle distanciation avec de l'objectif d'universalité.

En livrant au marché privé, en tout ou partie, des domaines de soins essentiels pourtant si difficilement « régulables » par le principe de concurrence, avec une part importante prise en charge par les patients

eux-mêmes, les conditions d'inflation des prix et de renoncement au soin ont été favorisées. L'État doit redevenir le principal acteur de la régulation.

Proposition n°60 : Trouver un équilibre entre ce qui relève la couverture universelle et ce qui relève du reste à charge. L'État doit rester vigilant sur l'expansion de ce champ de financement individualisé de la santé et lutter contre la hausse des inégalités en impliquant l'AMO.

- **Transformer le mode de tarification hospitalière et définir des stratégies d'investissement**

Au regard de la réforme « Ma santé 2022 », le constat sur les limites de la tarification à l'activité (T2A) n'est plus en débat. Il est admis que la part de la T2A dans le financement hospitalier baisse, parallèlement à la hausse de la part des incitations financières attribuées sur la base d'indicateurs de qualité transversaux. Cette évolution très attendue doit donc être accélérée.

Proposition n°61 : Mettre en œuvre un modèle mixte de financement, dans lequel la T2A serait complétée par une enveloppe modulable. Seraient notamment pris en compte : la qualité des soins, les objectifs de développement durable, et les missions attendues sur le territoire compte tenu des ressources en soin et de la précarité de la population.

Les capacités de financement doivent être mobilisées autour d'une stratégie d'investissement que l'on pourrait axer sur une mise aux normes des établissements et l'acquisition de matériels faisant défaut (respirateurs par exemple). En complément de ces investissements matériels, il paraît opportun de financer des embauches pour disposer en temps utile des moyens humains nécessaires.

Les investissements consacrés à la veille épidémiologique pourraient par ailleurs être encouragés.

Proposition n°62 : Mettre en place une réelle stratégie d'investissement pour la mise aux normes des établissements et pour acquérir du matériel médical.

Proposition n°63 : « Investir dans l'humain » pour disposer des ressources humaines nécessaires, par exemple en effectuant une pré-embauche pour les projets en cours de mise en place.

Proposition n°64 : Renforcer la politique d'investissement en matière de veille épidémiologique.

II-5 LA FIN DE LA BUREAUCRATIE ET L'ORGANISATION SUR LE TERRITOIRE (PILIER 4)

Un maillage territorial adapté aux besoins et bien coordonné

- **Une coordination indispensable des acteurs sur le territoire**

Pendant la crise sanitaire, les ARS ont montré leur incapacité décisionnelle et leurs limites en termes de moyen. Depuis leur création, la recherche des économies de coût a pris le pas sur l'expertise des

besoins réels en santé qui constitue pourtant le fondement de leur mission. La confusion des rôles : contrôle, sanctions financières, coordination de moyens n'a généré que confusion et incohérence.

Le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé restent pourtant incontournables. L'échelon régional de coordination de l'organisation des soins entre médecine libérale, hôpitaux publics et privés, et les autres structures semble également pertinent.

Proposition n°65 : Conduire un audit de fonctionnement sur les ARS pour trouver la meilleure amélioration possible, réduire l'opacité du fonctionnement actuel, et permettre une meilleure coordination des acteurs de santé sur le territoire.

La coordination des acteurs doit contribuer à une organisation de la médecine plus souple, en s'appuyant notamment sur des structures professionnelles suffisamment autonomes pour s'organiser à l'échelle de la région.

Conformément à l'objectif poursuivi par la réforme « Ma santé 2022 », l'exercice isolé doit devenir l'exception d'ici à 2022. Tout en apportant une solution à la pénurie de médecins, la rénovation des modes d'exercices présente l'avantage de répondre aux préoccupations actuelles de la population tout comme des professionnels. La meilleure coopération entre les acteurs de santé permet d'assurer la continuité et la qualité des soins pour les patients.

Proposition n°66 : Favoriser l'exercice coordonné voire groupé des professionnels de santé. La coopération interprofessionnelle de tous les acteurs du monde médical, médico-social et social doit être valorisée et en particulier le développement des réseaux de prévention.

Proposition n°67 : Développer la promotion des Maisons de Santé Publiques (MSP) et inclure les structures hospitalières dans la réflexion sur les Communautés Pluridisciplinaires territoriales de Santé (CPTS).

- **Poursuivre la lutte contre les déserts médicaux**

Au cœur de la réforme Ma santé 2022, la lutte contre la désertification médicale doit se poursuivre sans relâche. Il devient en effet urgent de proposer de nouveaux dispositifs pour encourager encore davantage à l'installation des professionnels de santé en zone sous-dotée.

Proposition n°68 : Mettre en place des mesures d'incitation et de régulation selon les besoins définis par une carte de densité sanitaire.

Proposition n°69 : Lutter contre les déserts médicaux en renforçant la délégation d'acte et en évoluant vers la délégation de compétence comme cela a déjà été fait pour les pharmaciens et les infirmiers diplômés d'État.

Proposition n°70 : Proposer des contrats territoriaux de permanence intégrant une rémunération forfaitaire de la période d'astreinte et une sur-cotation d'acte liée à une intervention en urgence.

Proposition n°71 : Agir dès la formation initiale en présentant les modes d'exercices sur le territoire, comme cela est déjà le cas dans certains cursus mais dont la pratique est à généraliser.

II-6 LA SANTÉ À L'ÈRE DU DIGITAL

Le développement des outils numériques

- **Inciter à l'utilisation des outils numériques**

Le numérique représente une réelle valeur ajoutée à l'hôpital, en ville mais aussi dans les relations ville-hôpital. « Ma santé 2022 » a d'ailleurs prévu le développement d'un bouquet de services numériques intégrés en 2021 pour faciliter l'exercice des professionnels de santé.

Avec l'arrivée de nouveaux outils, tout l'enjeu est d'embarquer le plus grand nombre de professionnels possible dans ces nouvelles pratiques et de les inviter à délaisser les méthodes archaïques de travail. Les outils aux fonctionnalités les plus utiles et à l'utilisation simple et intuitive doivent être privilégiés. Cette stratégie doit s'accompagner de formations adaptées

Proposition n°72 : Valoriser financièrement via la négociation conventionnelle les expérimentations technologiques qui permettront de construire la médecine de demain.

Proposition n°73 : Élaborer des réseaux de communication sécurisés entre les professionnels de santé du territoire, notamment dans les déserts médicaux pour générer une nouvelle forme de proximité. Veiller à ce que les logiciels professionnels permettent la communication entre les établissements mais aussi entre la ville et l'hôpital.

Proposition n°74 : Mettre en place des formations à l'utilisation des outils numériques en santé hors quota des crédits du Développement Professionnel Continu (DPC).

Proposition n°75 : Faire participer les cadres de santé au développement de l'utilisation des outils numériques.

L'essor de la téléconsultation dans le contexte de crise sanitaire a constitué une réponse à un besoin exceptionnel. Mais si dans ce contexte, la téléconsultation a permis la continuité des soins, elle ne saurait remplacer à terme la consultation en cabinet. Il faut donc travailler à l'identification des situations pour lesquelles la consultation à distance ne dégrade pas la qualité de l'expertise ou ne renvoie pas à « plus tard » ce qui aurait pu être constaté « tout de suite ».

Proposition n°76 : Accompagner le développement de la télémédecine avec des crédits et de l'accompagnement en formation. Étudier les types de soins pour lesquels cet outil est, ou non, pertinent.

Les patients ont aussi un rôle à jouer dans le déploiement des outils numériques. Le DMP a bien été généralisé en 2019 comme prévu par « Ma santé 2022 » mais reste peu utilisé par les individus.

Son utilité est donc amoindrie car soumise à une démarche individuelle et l'on ne peut donc pas en retirer les bénéfices attendus en termes de réduction des coûts imputables à la sur-prescription et à la redondance des actes (cf. proposition 55).

Proposition n°77 : Rendre obligatoire l'utilisation du DMP, garant de l'interopérabilité des données de santé des patients. En ce qu'il permet de renforcer la coordination des professionnels de santé et de réduire les coûts liés à la non-qualité, le refus du DMP par le patient pourrait faire l'objet de pénalités.

- **Constituer une base de données nationales en consommations de soin**

La diversité et l'hétérogénéité des bases de données en santé et de leurs exploitants ne sont pas de nature à identifier et à prévenir le plus précocement possible les risques en santé ou les crises sanitaires. Il en va également de la possibilité de confronter les informations et les résultats tirés de l'incrémentation de ces données afin de faire progresser la qualité même de prise en charge sanitaire en permettant l'ouverture à leur exploitation par les personnels médicaux qualifiés. Cela permettra également de répondre à l'enjeu de gestion du risque assurantiel et financier.

Proposition n°78 : Constituer une base de données nationale en consommation de soins, incrémentée par l'ensemble des partenaires du système de soins permettant la détermination d'une politique de gestion du risque sur l'ensemble du parcours de soins.

Proposition n°79 : Fixer les modalités d'exploitation de cette base de données permettant l'optimisation de la gestion des dépenses, l'adaptation des moyens à la demande et la garantie de préservation de la confidentialité des informations.

Proposition n°80 : Sécuriser l'hébergement des données de santé en privilégiant un prestataire français pour se prémunir d'un risque de récupération de ces données.

II-7 LA SANTÉ À VISION INTERNATIONALE

La politique de santé de la France intégrée dans une stratégie européenne

L'objectif du socle européen des droits sociaux est de donner aux citoyens des droits nouveaux et plus efficaces, c'est pourquoi il appartient désormais à l'Union européenne mais également aux États membres de décliner ces principes en politiques publiques. La France doit donc mettre en œuvre ce principe, au même titre que ses voisins européens.

Les États membres ont un rôle central à jouer pour s'accorder sur des politiques et actions de nature à rendre effective une Europe de la santé, et ce d'autant plus dans le contexte actuel. En effet, la pandémie de Covid-19 nous a une fois de plus démontré que les effets d'une crise sanitaire dépassent les frontières d'un État. C'est ce qui explique la nécessité pour les États membres de s'accorder sur des politiques publiques en matière de santé afin de garantir l'accès des citoyens à des soins de santé sûrs et de qualité.

- **Se mobiliser ensemble pour la recherche**

Cette crise a révélé une importante distanciation des moyens financiers alloués à la recherche par les grands partenaires internationaux de l'Union européenne. De ce fait, l'UE se trouve à ce jour dans une course contre la montre, en raison d'une situation de concurrence avec d'autres puissances mondiales. Les européens devront donc veiller à agir de concert, à la fois pour se venir mutuellement en aide et pour être en position de force sur la scène internationale.

Il apparaît que la charge administrative pour accéder aux financements européens est bien trop importante et représente un frein dans l'accès aux financements. Les consortia de recherche doivent pouvoir bénéficier plus rapidement et par le biais d'une procédure simplifiée à ces co-financements, a fortiori en contexte de crise sanitaire.

Proposition n°81 : Renforcer les financements publics alloués à la recherche médicale, à la fois au niveau national mais également à l'échelle européenne. Cela semble incontournable pour renforcer l'indépendance européenne en matière de santé, et plus particulièrement en matière de vaccins.

Proposition n°82 : Porter la proposition d'opérer une simplification des mécanismes d'accès aux financements européens, notamment concernant la phase de montage des dossiers, auprès des institutions de l'Union et des autres états membres.

- **Axe majeur de la coordination européenne : le médicament**

Alors que l'industrie pharmaceutique s'est mondialisée, les États avancent seuls dans ce domaine. Chaque État européen met en œuvre ses propres agences d'évaluation, ses propres agences de sécurité sanitaires, ses propres négociations de prix.

Un engagement des pouvoirs publics est attendu sur le sujet du médicament pour équilibrer les comptes et lutter contre le renoncement au soin, dans le contexte d'apparition de médicaments innovants caractérisés par un surcoût lié au marketing. La négociation du prix devrait être envisagée au niveau international pour bénéficier d'économies d'échelles et éviter les différences abyssales entre deux pays, de même niveau économique, injustifiables.

Proposition n°83 : Construire une Europe de la Santé en particulier dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique commune du médicament, de sa production et de son homologation à la mise en place des mécanismes de fixation tarifaire et de sauvegarde de la soutenabilité financière de la prise en charge.

- **Faciliter la mobilité des professionnels de santé et repenser leur temps de travail**

En France, la reconnaissance des qualifications professionnelles étrangères pour l'exercice de la médecine n'est pas automatique. La lourdeur de la démarche au regard des pièces justificatives demandées est susceptible d'être réduite afin de contribuer à la mobilité professionnelle des soignants.

L'utilisation de la carte professionnelle européenne (aujourd'hui accessible aux pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes mais pas aux médecins) simplifierait considérablement la reconnaissance des qualifications de son détenteur.

Proposition n°84 : Assurer un système d'équivalence des diplômes pour faciliter la mobilité des soignants et permettre une répartition des compétences juste et adéquate.

La directive de 2003 européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003 mériterait d'être actualisée pour repenser les dérogations qu'elle permet quant au temps de travail des soignants.

Or dans plusieurs affaires, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a précisé que le temps de garde effectué par des soignants devait dans son intégralité être considéré comme du temps de travail dès lors qu'ils sont tenus d'être présents sur leur lieu de travail. Cela inclut donc également le temps « de permanence », c'est-à-dire l'astreinte.

Il convient de repenser le champ d'application des dérogations au temps de travail des soignants pour les limiter aux cadres autonomes exerçant dans le secteur de la santé. Il est impératif que la directive formalise et consacre les solutions jurisprudentielles de la CJUE concernant le temps de garde et d'astreinte.

Proposition n°85 : Adapter les dispositions de droit social en matière de durée du travail et d'astreinte.

- **Mieux maîtriser les chaînes d'approvisionnement en ce qui concerne les équipements et dispositifs utiles à la protection de la santé (Cf. II-1 Reconquérir une souveraineté industrielle)**

Il est essentiel de disposer des matériels nécessaires à la protection de la santé des personnes sur le territoire européen, qu'il s'agisse de médicaments en qualité et en nombre satisfaisants, ou plus largement de tout bien utile à la protection de la santé. Cela permettra de limiter la dépendance de la France et de l'Union européenne à des États tiers.

Proposition n°31 (cf. II-1) : Rebâtir un tissu industriel français de la production pharmaceutique et du matériel médical, à commencer par les plus essentiels d'entre eux.

Proposition n°32 (cf. II-1) : Renforcer la coordination entre les états membres de l'Union Européenne dans la gestion – voire même mutualiser – des stocks disponibles sur le territoire européen et imaginer des mécanismes de transferts rapidement mobilisables.

CONCLUSION

Le ministre des Solidarités et de la Santé montre un volontarisme sans faille pour ce « Ségur de la santé » jusqu'à annoncer vouloir bousculer les corporatismes et prendre de vitesse les réfractaires. Mais transformer nécessite du temps. Il y a donc d'un côté les décisions urgentes et de l'autre, les projets à plus moyen voire long terme.

Le « monde d'après » doit marquer une rupture avec le monde d'avant et poser les bases d'une société plus juste, apaisée et plus durable en posant de nouvelles fondations.

Et si c'était la dernière chance pour refonder notre système de santé ?

Ne gâchons pas cette belle opportunité pour transformer ensemble l'essai !