

BIEN COMMUN, DROIT POUR TOUS : LA SANTÉ EXIGE UNE POLITIQUE A LA MESURE DES BESOINS ACTUELS ET FUTURS DE LA SOCIÉTÉ

Dans le contexte d'une crise sanitaire exceptionnelle dont on n'a pu encore mesurer toutes les conséquences et qui affecte toujours une grande partie de la planète, le Gouvernement a décidé de lancer une démarche de concertation dite « Ségur de la santé » faisant écho aux attentes d'une plus juste reconnaissance des professionnels du soin et d'une nécessaire amélioration du système de santé. Cette concertation devrait aboutir mi-juillet 2020 à des « accords de la santé ». À la faveur de cette initiative, le CESER Nouvelle-Aquitaine, représentatif de la société civile organisée en région, entend faire partager son analyse et exprimer les attentes d'acteurs sociaux, économiques et associatifs engagés dans leurs territoires, préalablement à un travail plus approfondi de l'assemblée consultative sur ce thème de la santé.

La pandémie de la Covid-19 a constitué une déflagration d'ampleur historique pour notre société dans son ensemble, et notamment pour notre système de santé et notre hôpital public qui se sont retrouvés en première ligne de la gestion de crise. Le CESER tient tout d'abord à saluer très profondément l'engagement de toutes celles et tous ceux qui ont contribué à faire en sorte que notre pays sorte de cette pandémie dans les meilleures conditions possibles. Il adresse une pensée émue aux familles des victimes du Covid-19, particulièrement à ceux décédés dans le cadre de leur exercice professionnel.

Alors que la crise sanitaire sans précédent que nous venons de traverser semble en phase de reflux dans notre pays, le CESER accueille favorablement la perspective de tirer tous les enseignements de cette crise en matière de politique de santé. À l'évidence, la crise du Covid-19 est arrivée dans le contexte d'une crispation extrêmement forte de l'hôpital public et a agi comme un révélateur des forces mais aussi des fragilités préexistantes.

Un processus ambigu qui interroge sur ses objectifs et sa méthode

Le CESER Nouvelle Aquitaine tient tout d'abord à exprimer ses interrogations sur la démarche de concertation lancée par le Gouvernement, qui est marquée de plusieurs ambiguïtés.

La première ambiguïté tient à la nature même de l'exercice proposé. Ainsi, le premier pilier de concertation porte sur la question de la transformation et de la valorisation des métiers, objet notamment du travail d'un « Groupe Ségur national » sur les carrières et rémunérations. Le CESER considère que ce pilier relève d'abord d'un exercice de dialogue social et d'une négociation entre partenaires sociaux, qui a largement fait défaut dans la période antérieure à la crise COVID19 malgré les multiples alertes et mobilisations de différentes catégories de personnels de santé.

Les autres piliers (politique d'investissement et de financement, simplification de l'organisation, fédération des acteurs de santé dans les territoires) relèvent plus largement d'orientations générales de la politique publique en matière sanitaire.

Ainsi, le « Ségur de la santé » mêle, dans une même démarche, deux processus distincts : une négociation sociale sur les revendications salariales et conditions de travail dans le secteur hospitalier public d'une part, une concertation portant plus largement sur l'ensemble du système de santé d'autre part. Or, si ces enjeux sont nécessairement interconnectés, ces deux démarches ne sauraient se mêler, sans prendre le risque de diluer la place de la négociation sociale. **Le CESER affirme son attachement fort à la démocratie sociale et au dialogue avec les partenaires sociaux : l'urgence du Ségur de la santé est de faire aboutir les négociations avec les personnels hospitaliers.**

Une autre ambiguïté tient au périmètre de cette concertation, présentée en référence à l'annonce d'un « plan massif d'investissement et de revalorisation des carrières pour l'hôpital » mais dont l'énoncé des quatre piliers laisse la voie à une interprétation plus large que le seul cadre hospitalier. De quoi parle-t-on exactement dans ce Ségur : de l'hôpital public ? De toute l'offre de soins et médicosociale ? De tout le système de santé ?

Les débouchés sont imprécis dans l'usage qui en sera fait : les résultats des concertations viendront-ils remettre en question les orientations actuelles des politiques nationales et régionales de santé ou simplement les compléter à la marge ? Il y a lieu de s'interroger sur l'articulation entre les « accords » attendus, le cadre législatif et la stratégie nationale en vigueur et ses déclinaisons régionales (projets régionaux de santé), autrement dit sur la portée et la traduction opérationnelle de tels « accords ».

Enfin, le CESER exprime de sérieuses réserves sur le délai très restreint et le calendrier imparti pour une telle concertation dont l'ambition serait de réformer en profondeur une politique aussi déterminante pour la vie des citoyens. Le calendrier resserré ne permet pas de procéder à un réel retour d'expérience partagé, encore moins d'aboutir à un compromis démocratique et social sur l'ampleur des réorientations à conduire.

Toutes les questions à l'ordre du jour du « Ségur de la santé » non seulement seront incomplètement tranchées au terme d'un mois de concertation mais plus encore appellent un débat démocratique que devrait imposer ce qui constitue un véritable choix de société. Si la crise sanitaire a révélé la nécessité de répondre urgemment à certaines situations, il n'est pas sûr ni souhaitable que l'avenir de notre système de santé soit expédié dans la vitesse et la précipitation d'un exercice dicté par l'acuité d'une crise sans précédent.

Une crise qui a révélé les fragilités d'un système sous tension et mis en plein jour l'engagement et l'utilité sociale des personnels du soin

Depuis le déclenchement de la crise sanitaire, le gouvernement a réagi en instaurant un « état d'urgence sanitaire », entre autres marqué par deux mois de confinement de toute la population, et fait appel au plus fort de l'épidémie à un dispositif exceptionnel de mobilisation des équipes soignantes, en particulier du milieu hospitalier. Cet épisode critique a d'abord mis en évidence la réactivité et la capacité d'adaptation du système de santé au premier rang duquel les services hospitaliers, mais aussi la mobilisation solidaire de nombreuses associations de terrain, de citoyens, d'entreprises et de collectivités territoriales. Cependant, cette période, s'est heurtée à de douloureux constats :

- L'impréparation des autorités face à une telle crise, caractérisée par l'absence de stock stratégique en matériels de protection, n'a pas permis de répondre aux besoins d'une partie des personnels soignants les plus exposés, mettant en péril la santé aussi bien des équipes de soins que celle des patients, ce dont témoigne le bilan dramatique des structures d'hébergement de personnes âgées (34 000 cas confirmés et plus de 10 000 décès en EHPAD, plus de 16 000 cas confirmés chez les personnels)¹ tout autant que la situation en milieu hospitalier (30 000 cas de contamination confirmés dont plus de la moitié chez les infirmiers et aides-soignants²). Certaines catégories de personnels ont été purement et simplement oubliées (exemple des auxiliaires de vie et des personnels non soignants comme les ASH).
- Les carences matérielles du système de prise en charge (nombre de lits, notamment en réanimation, respirateurs...) a nécessité une complète réorganisation des services, révélé le défaut d'équipement de certains établissements et également eu un impact sur la continuité des soins hospitaliers pour des personnes atteintes de maladies chroniques.
- La dépendance industrielle du pays pour la fourniture en matériel, équipements et médicaments, a généré des situations de pénurie, face auxquelles l'État a peiné à organiser une réponse coordonnée et s'appuyant sur les ressources industrielles du pays, malgré la présence d'un tissu d'acteurs en capacité de réorganiser leur production pour répondre aux besoins de la crise et dont certains acteurs s'étaient eux-mêmes proposés de participer à l'effort.
- On a assisté à une forme de surenchère concurrentielle dans la course aux traitements et vaccins, qui semble autant mue par la perspective de gains financiers colossaux qu'à l'enjeu de maîtriser la pandémie sur le plan sanitaire et allant jusqu'à interroger quant à l'influence de groupes de pression voire à la présence de conflits d'intérêt sur fonds de doutes sur la fiabilité de certains essais cliniques et de publications.

¹ En Nouvelle-Aquitaine : 738 cas confirmés de contamination et 211 décès de pensionnaires en EHPA (dont 128 décès dans les établissements, 450 cas confirmés de contamination pour les personnels en EHPA

² En Nouvelle-Aquitaine, 854 cas de contamination parmi les personnels des établissements de santé ont été confirmés, dont un tiers d'infirmiers, un quart d'aides-soignants et 12% de personnels non-soignants.

- L'incapacité, au plus fort de la crise, à mobiliser les services de l'État, pour garantir l'accès à la protection sanitaire et aux droits sociaux les plus basiques (mise à l'abri, nourriture...) des personnes en situation de grande précarité (SDF, migrants, étudiants étrangers...) a généré une rupture d'accès aux droits fondamentaux en santé. Celle-ci continue avec le déconfinement : les dispositions prises, avec l'obligation de port de masque dans certaines situations de la vie courante sans en assurer une mise à disposition collective et gratuite, génèrent des coûts supplémentaires accentuant les difficultés de certains ménages déjà fortement fragilisés durant la période de confinement (arrêt d'activité, chômage partiel, perte de revenus quand ce n'est pas perte d'emploi...).
- Le défaut de coordination entre services d'État (préfectures, ARS) et collectivités territoriales, notamment lorsqu'il s'est agi de pallier le manque de matériels de protection, a accentué encore plus les disparités territoriales d'accès à la santé.
- Le retour, dans la gestion de crise, à une vision très biomédicale et hospitalière de la santé, a négligé le secteur médico-social comme les enjeux en matière santé mentale et oublié l'importance de la médecine de premier recours de proximité (médecin généraliste, infirmier, pharmacien, kiné...) et des associations de terrain, alors que ces activités sont celles qui établissent le lien fondamental avec les patients et avec les territoires ;
- Enfin, toute la gestion de crise a été marquée par une gestion de l'information chaotique, le discours des autorités publiques n'ayant pas été avare de contradictions (que ce soit par exemple sur le port du masque, sur les tests, sur l'obligation à travailler et à rester confinés). Oubliant les principes fondamentaux de la santé publique et de l'éthique en santé (droit à l'information, au consentement ; autonomie et *empowerment* ou pouvoir d'agir), la parole publique déjà en perte de confiance risque d'en ressortir encore plus affaiblie dans sa capacité à porter des messages en matière de santé publique à l'avenir.

Malgré ces défaillances, la mobilisation de l'ensemble des équipes soignantes, tant des établissements hospitaliers que de la médecine de ville, tant dans les EHPAD que dans les autres établissements sociaux et médico-sociaux, a été exemplaire. Si le système hospitalier, principalement public, a pu faire face en dépit des effets dévastateurs d'application depuis plus de 20 ans d'une logique de gestion comptable et de « productivité » des soins, c'est grâce à, l'engagement, aux compétences et au sens des responsabilités de tous ces personnels, soignants (actifs, réservistes, internes, étudiants...) et non-soignants.

Leur engagement a permis de faire tenir un système affaibli et sous très haute tension, autrement dit de limiter les dégâts d'un choc sanitaire majeur (plus de 102 000 personnes hospitalisées dont près de 19 000 décès en hôpital hors établissement sociaux et médico-sociaux).

La santé que nous voulons...

Le constat qui précède doit être replacé en face d'une autre réalité : la colère, le sentiment de maltraitance et le mal-être de nombreux services et personnels soignants, exprimés déjà depuis de nombreux mois ; ainsi que les fortes attentes exprimées par les citoyens et les patients sur les territoires d'une meilleure égalité d'accès à des prises en charge de qualité pour tous et partout. Faut-il rappeler qu'avant même le début de la pandémie les personnels hospitaliers manifestaient depuis plus d'un an ? Faut-il rappeler que les urgences étaient en grève depuis plus de six mois ? Faut-il rappeler que plus d'un millier de chefs de services hospitaliers avaient remis leur démission de leur fonction administrative en début d'année ? Faut-il rappeler que la santé et l'accès aux soins étaient ressortis parmi les préoccupations prioritaires du Grand Débat National l'année dernière, ce qui pourtant n'avait donné lieu à aucune prise d'acte particulière de la part des pouvoirs publics en la matière ?

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »
(Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946)

■ Desserrer au plus vite l'étau sur l'hôpital et mieux reconnaître les métiers et les personnels de soins et d'accompagnement

A très court terme, il y a nécessité de répondre par une véritable négociation au besoin de revalorisation et de mise en perspective pour certains métiers du secteur hospitalier mais aussi médico-social et social. Alors que les besoins de la société ne cessent de s'accroître, entre autres effets du vieillissement de la population, de l'accroissement des maladies chroniques dû aux conditions de vie et de travail, ou encore à la dégradation de l'environnement, certains métiers qui se sont révélés essentiels durant la crise souffrent d'un manque d'attractivité et de reconnaissance préoccupant. La faiblesse des salaires et la dureté des conditions et rythmes de travail en sont les principales causes.

Nombre de ces professions sont très majoritairement occupées par des femmes (ex : 91% de femmes chez les aides-soignants, 87% chez les infirmiers, 97% chez les aides ménagères ou 73% chez les agents d'entretien). De ce fait, et bien que très différents, ces métiers restent globalement dévalorisés et faiblement rémunérés en France, au regard de la situation d'autres pays occidentaux.³ L'État se doit de donner l'exemple en tant qu'employeur en revalorisant immédiatement les emplois et carrières à prédominance féminine de la fonction publique hospitalière.

Un autre constat touche les professions médicales : les hôpitaux des villes moyennes, les médecins de ville, de village et de campagne, affectés par des difficultés de renouvellement et de recrutement. La levée du numérus clausus ne suffira pas à résoudre ce problème. En réponse de quoi il est fait de plus en plus appel à des professionnels étrangers, européens et non européens, parmi lesquels nombre de médecins : (16% des nouveaux inscrits à l'Ordre National des Médecins en France en 2018, 9,5 % en Nouvelle-Aquitaine... mais 100% en Creuse et 35% en Dordogne et Lot-et-Garonne). Les praticiens ayant obtenu leur diplôme hors Union Européenne restent depuis plusieurs décennies dans un statut défavorable et avec une rémunération très inférieure à celle de leurs homologues diplômés dans l'UE, sinon au terme d'un parcours d'intégration relativement long. Cette situation paraît d'autant plus discriminante que leur présence répond à des besoins clairement identifiés, sans laquelle certains établissements et territoires ne pourraient assurer une continuité de soins.

D'autres segments de métiers ont vu leurs effectifs chuter, par exemple dans la médecine du travail (de -11% entre 2013 et 2018 en Nouvelle-Aquitaine, soit 54 postes de moins) ou la médecine scolaire, fragilisant d'autant une politique de prévention et d'éducation à la santé pourtant indispensable pour éviter les pathologies mal ou trop tardivement diagnostiquées.

Plus largement, la revalorisation des professions du soin, la reconnaissance de leur valeur en termes de contribution à l'intérêt général, doit participer d'un choix de société par lequel l'attention portée à la santé des personnes relève fondamentalement d'un rapport au respect de la dignité et d'humanité plutôt que d'un indicateur de productivité à moindre coût. Elle est dès lors une condition du respect des droits des patients à une prise en charge de qualité, individualisée, respectueuse de leur personne comme de leur autonomie. Elle est aussi une reconnaissance de l'apport de ces professions du soin, de l'accompagnement et du lien social à la vitalité des territoires.

Dans ce contexte et concrètement, le CESER Nouvelle Aquitaine attend du Ségur :

- ▶ Qu'il mette en œuvre les conditions d'un réel dialogue social, et que ces négociations aboutissent à des avancées concrètes, sortant de l'impasse dans lequel s'étaient enfermées les relations avec les mouvements des personnels soignants dans les mois qui ont précédé la crise Covid-19 ;
- ▶ Que ce processus porte une attention particulière à la reconnaissance, aux statuts et rémunérations des métiers « invisibles » du soin et de l'accompagnement (auxiliaires de vie, aides à domicile, agents de service hospitaliers, aides-soignants, ambulanciers...) et des médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors Union Européenne. La crise Covid-19 a révélé à la fois toute l'utilité sociale et toute la précarité de ces professions dites du « care » (ou du « prendre soin ») en majorité exercées par des femmes.

³ Le salaire des infirmières est inférieur de 9% au salaire moyen français alors qu'en Allemagne une infirmière gagne 10% de plus que le salaire moyen ou 28% en Espagne (données OCDE, 2017)

■ La santé, un choix de société

Dans un second temps, le CESER attend une réponse structurelle de fond, démocratiquement débattue, qui amène la société à redéfinir collectivement ses choix en matière de santé.

Dans la dernière décennie, pas moins de deux stratégies nationales de santé (stratégie nationale de santé de 2013, stratégie nationale de santé 2018-2022), trois lois de santé⁴ (2009, 2016, 2019), deux plans pour l'hôpital (en 2007 et 2012), - sans compter les multiples déclinaisons en plans thématiques et/ou territoriaux de santé -, ont été adoptés. Or, on ne peut qu'être frappé du profond décalage entre les objectifs affichés en termes -d'amélioration de la santé, de qualité et de pertinence des soins, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de renforcement de la démocratie en santé et de capacité d'innovation de notre système de santé, et les réalités de leur mise en œuvre sur le terrain. Aucun bilan réel et exhaustif n'en a jamais été fait. Aucune évaluation indépendante, objective et sérieuse n'a été menée

Si le socle du système de santé est indéniablement solide et performant, le CESER constate que la situation du système de santé, d'un grand nombre de ses personnels, les conditions d'accès et de prise en charge des usagers, se sont progressivement dégradées dans nombre de territoires.

Les difficultés d'accès aux soins de premier recours (généralistes et spécialistes) sont toujours prégnantes sur certains territoires et la réorganisation vers des soins de proximité mieux coordonnés et centrés sur l'accompagnement des patients, peine à se concrétiser.

L'organisation de notre système de santé est devenue lourde, complexe, illisible. Les agences régionales de santé, qui devraient être le fer de lance d'une nouvelle gouvernance plus proche des territoires, semblent, depuis la création de la grande région, plus éloignées des acteurs de terrain et dans l'incapacité à piloter les nécessaires transformations vers plus de prévention, plus de coordination, plus d'agilité. Étouffé par une approche exagérément comptable et administrative, le système de santé ne parvient pas à répondre aux défis qui se posent à lui, notamment l'innovation (technologique, organisationnelle, sociale) dans les prises en charges, la jugulation des maladies chroniques, la fluidification des parcours des patients, l'attention prioritaire à donner aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap ou aux publics fragiles et précaires dans l'accès à la prévention, à l'accompagnement et aux soins.

L'issue du Ségur de la santé ne saurait donc être un énième plan pour l'hôpital ou une énième réforme du système de santé. Le CESER Nouvelle Aquitaine attend une réponse structurelle de fond qui dessine le nouveau système de santé de demain et se donne enfin les moyens (budgétaires, organisationnels et de gouvernance) pour le mettre en œuvre.

Dans ce contexte, nos priorités pour la santé, ce sont :

- ▶ **Réorganiser le système de santé pour mieux répondre aux besoins des territoires, des patients et des professionnels**
- ▶ **Concrétiser enfin le virage préventif et favoriser le décloisonnement de la politique publique de santé**
- ▶ **Donner au système de santé les justes moyens dont il a besoin pour assurer son fonctionnement et concrétiser ces ambitions**

Ces priorités peuvent être déclinées au prisme des différents « piliers » du « Ségur de la santé ».

Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

- Doter tous les territoires de professionnels de santé (soignants et administratifs, en premier recours comme à l'hôpital, dans le domaine sanitaire comme dans le secteur médico-social) en nombre suffisant par rapport aux besoins de la population, et correctement rémunérés et valorisés Pour les établissements, privilégier l'internalisation des effectifs à la sous-traitance qui tend à précariser les conditions d'emploi. Réduire l'écart de rémunération entre les secteurs publics et privés et entre les catégories de soignants.

⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

- Revoir l'organisation du travail, la coordination et le travail en équipe, pour offrir aux personnels des lieux de travail épanouissants, rompant enfin avec le mal-être au travail, et aux patients des prises en charge personnalisées et respectueuses de leurs besoins, de leurs singularités, de leurs droits. La qualité de vie au travail des soignants et le respect des patients vont de pair.
- Donner aux soignants le temps et la juste autonomie pour faire leur travail correctement. Le soin n'est pas qu'un acte technique et protocolisé. Il est aussi un temps humain, un temps pour l'écoute et le dialogue, pour l'accompagnement, pour prendre soin. S'il faut innover et investir les nouvelles thérapies et technologies en santé (dont systèmes d'intelligence artificielle), il faut aussi ré-humaniser le soin.
- Faciliter l'intégration des médecins à diplôme hors UE, en accélérant les procédures de reconnaissance professionnelle, leur permettant ainsi de bénéficier des mêmes statuts que les titulaires d'un diplôme français ou européen. Parallèlement, il s'agit d'éviter un recours systématique à ces personnels, par une politique de coopération avec les pays d'origine, compte-tenu des besoins des populations, au risque sinon d'alimenter une pénurie de professionnels de santé dans ces pays.
- Renouveler et revaloriser le rôle essentiel de la médecine du travail et de la médecine scolaire, les remettre au centre du système de santé, notamment dans leur vocation préventive face aux enjeux de santé contemporains.
- Améliorer l'attractivité des emplois hospitaliers, qu'ils soient médicaux, paramédicaux, administratifs ou techniques. Cela recouvre aussi bien les niveaux de rémunération dans les hôpitaux publics que les règles fiscales applicables aux praticiens hospitaliers en zones rurales.
- Alléger les contraintes technico-administratives de fonctionnement des hôpitaux (hors sécurité et droit du travail) grâce à une simplification des circuits de décision, des normes et recommandations et à un élargissement de l'autonomie des établissements (avec un contrôle a posteriori et non une autorisation a priori).
- Les capacités en lits comme le recours aux hospitalisations ambulatoires des établissements doivent, notamment pour les territoires ruraux, tenir compte de l'éloignement du domicile, de l'âge des patients et de la structure familiale.

Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

- Réaffirmer la place de la Sécurité Sociale, comme élément fondamental de l'accès à la prévention et aux soins pour tous, et sanctuariser ses ressources. Dans cet esprit, le budget de la Sécurité Sociale ne devrait pas servir à supporter le financement de politiques de soutien à l'économie (notamment via les exonérations de cotisations sociales théoriquement destinées au financement de la Sécurité Sociale) ou intégralement compensé par l'État.
- Réformer les mécanismes d'allocation des budgets aux établissements. Le mécanisme actuel (tarification à l'activité, T2A) est fortement décrié par les personnels hospitaliers pour avoir été dévoyé d'année en année vers une baisse des tarifs pour mettre le ratio coût/volume en cohérence avec l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et n'est pas adapté à certains établissements ou types d'activité⁵
- Libérer le système de santé du carcan d'une approche excessivement guidée par des critères comptables et administratifs. Cela suppose d'abord un moratoire sur les restructurations, les suppressions de capacités, d'emplois, de lits. Le système de santé doit être piloté en fonction d'objectifs de santé publique à moyen et long termes et ses résultats régulièrement évalués ; l'ONDAM doit être calculé en fonction des besoins de santé. Dans un premier temps, il doit être réévalué pour rattraper les retards. Dans les années qui viennent, le budget que la nation consacrera à la santé devra impérativement intégrer les rattrapages des nécessaires revalorisations salariales tout en assurant le financement des investissements des transformations du système et de l'innovation.

⁵ La T2A code une technique de prise en charge d'une pathologie mais sans considération du temps consacré à la soigner.

Ce sont assurément des dépenses conséquentes à engager, mais il s'agit fondamentalement d'un choix de société et d'un investissement pour l'avenir. Il appartiendra à la Nation de définir le niveau de richesse nationale à consacrer aux dépenses de santé et en tirer les conséquences en matière de ressources (économie dans d'autres dépenses médicales ou sociales ou augmentation des recettes de l'Assurance Maladie).

- Dégager les marges de manœuvre budgétaires déjà existantes : assurer une maîtrise publique (des prix, brevets, capacité de production), des produits et technologies de santé (médicaments, dispositifs médicaux, ...) et dé-financiariser le secteur (médicaments, cliniques et établissements médicosociaux). Mieux contrôler la surconsommation des médicaments et des actes redondants. Revoir les mécanismes de fixation de prix des innovations médicamenteuses et thérapeutiques pour les re-corréler à la réalité des coûts de recherche-développement-production. La mauvaise gestion et consommation de médicaments générerait un surcoût annuel de 10 milliards € environ et les actes ou examens médicaux redondants ou non pertinents d'environ 2,5 milliards €.
- Assurer une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie : la nécessité d'un financement pérenne et solidaire du 5^{ème} risque.
- Mettre en place une politique écologique dans toutes les structures :
 - Réduire l'impact environnemental des soins : avec des créations de postes et des outils pour favoriser la transition, pour produire moins de déchets et mieux trier, limiter les consommations d'eau et d'énergie, limiter le gaspillage des médicaments, optimiser le parcours de soins etc.
 - Bio et local : les établissements de santé doivent enfin acter une transformation profonde de leurs consommations alimentaires dont le poids est loin d'être négligeable ; prévenir certaines pathologies mais aussi développer l'économie locale et l'autonomie alimentaire, diminuer les gaz à effet de serre etc.
 - Enfin, les achats écoresponsables, enjeu majeur pour l'avenir, avec des actions urgentes à mener : former les acteurs en charge des appels d'offre, de la rédaction des cahiers des charges...

Pilier n°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

- Définir l'organisation stable, durable et territorialisée apte à mettre en œuvre une réelle politique de prévention / promotion de la santé. Donner enfin les moyens au virage préventif de notre système de santé. Passer d'une démarche d'expérimentation à un objectif de généralisation, notamment en appuyant et intensifiant les politiques positives mises en place en Nouvelle-Aquitaine : engagement de l'ARS à travers le Plan Régional Santé-Environnement (ex : actions tournées vers la petite enfance, la femme enceinte...) ou feuille de route Néo-Terra du Conseil régional Nouvelle-Aquitaine.
- La politique nationale de santé et le projet régional de santé priorisent la promotion de la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique. Il est nécessaire de mettre en cohérence ces nobles intentions avec les plans d'actions et la mobilisation des financements adaptés.
- Il faut intégrer dans cette politique préventive la prévention des risques au travail, affaiblie par la suppression dans le secteur privé des Comités Hygiène-Sécurité-Conditions de Travail (CHSCT, remplacés par des commissions santé-sécurité-conditions de travail au sein des Comités Sociaux et Économiques aux missions plus larges) et par les réformes de la médecine du travail.
- La politique préventive de la santé doit intégrer un volet éducation à la santé, alimentation, consommation, loisirs, relations, bien-être... et être mieux prise en compte dans les formations médicales et paramédicales.
- Faire de la prise en charge des aînés et des personnes en situation d'handicap un segment essentiel de notre système de santé, par la création d'un « 5^{ème} risque » ou d'une cinquième branche de la Sécurité Sociale. Décloisonner l'organisation administrative entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, entre l'établissement et le domicile. Approfondir les réflexions relatives à l'organisation des responsabilités institutionnelles partagées entre différents niveaux de collectivités.

- Redonner autonomie de gestion et réactivité aux hôpitaux. La mise en place des GHT (groupements hospitaliers de territoire), visant à mutualiser les moyens entre les établissements d'un territoire, s'est traduit par un alourdissement des procédures, un allongement des délais administratifs sans réel effet d'économies sur les dépenses et a relégué les hôpitaux de proximité dans un rôle de second plan.
- Rendre la prévention et les soins réellement accessibles partout et pour tous : instaurer des services de santé de proximité dans les territoires ; assurer des gardes de soins en premier recours la nuit et les WE, sur tous les territoires ; faire de l'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de précarité et de pauvreté une réelle priorité de l'action publique ; contrôler les discriminations subies par les bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans l'accès aux soins ; réguler les dépassements d'honoraires.

Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

- Mettre un terme à la trop grande verticalité des décisions en santé. Refonder une véritable démocratie en santé, qui parte des territoires et donne le pouvoir aux usagers sur leur propre santé. Renforcer, dans les instances de démocratie sanitaire, la place des usagers, des associations de patients et des collectifs citoyens mobilisés sur les questions de santé (associations environnementales, collectifs mobilisés pour l'accès aux droits et aux soins, etc).
- Penser l'hôpital comme une partie intégrante de son contexte territorial et environnemental. Il s'agit de permettre la pérennisation d'un travail de coopération avec les acteurs publics et la société civile (dont ceux impliqués dans les comités territoriaux de santé), dans le prolongement de la dynamique créée face à la crise sanitaire COVID 19.
- Au-delà de la collaboration étroite entre sanitaire, médico-social et ambulatoire, il est nécessaire de renforcer la collaboration entre hospitalisation publique et privée pour améliorer les parcours des patients. Les structures publiques et privées doivent être complémentaires et non plus concurrentes. Cette concurrence, voulue par les pouvoirs publics dans une approche d'économie marchande, est nuisible au travail en commun et à la continuité des soins. Les missions doivent être différenciées, les budgets et tarifs évalués en conséquence.
- Donner aux agences régionales de santé une gouvernance plus démocratique, par exemple en s'appuyant sur les délégations départementales plus accessibles et proches des territoires pour une région aussi vaste que la Nouvelle-Aquitaine, et les doter en compétences et en moyens adéquats pour remplir une mission essentielle de pilotage du système régional de santé intégrant la santé environnementale.

Toutes ces orientations nécessitent d'adopter une **approche globale de la santé**, qui fasse le pont avec tous les autres champs de l'action publique. Les décisions d'organisation de la santé ne pourront plus se penser sans regarder les enjeux et impacts en termes **d'aménagement du territoire**, tant l'offre de soins et la présence de soignants sur tous les territoires sont facteurs de vitalité et d'attractivité.

Les enjeux de santé publique ne peuvent plus se penser indépendamment des **déterminants socio-environnementaux qui influent sur la santé de la population** (conditions de vie, de travail, de logement, d'alimentation, qualité des environnements, exposition à des produits toxiques...) et qui provoquent aujourd'hui la très forte progression des maladies chroniques, pesant dès lors sur les dépenses de santé.

L'amélioration de la santé au sens de l'OMS (bien-être physique, mental, social et environnemental) ne peut plus se penser sans une action résolue **d'éradication des inégalités, des discriminations, de la précarité et de la pauvreté. Santé et transition écologique vont de pair.** Cela suppose une politique de prévention et de lutte contre toutes les pollutions : air, eau, sols, alimentation, bruit...

Les approches budgétaires de la santé ne peuvent se penser sans **corrélation forte avec la politique industrielle** menée dans le secteur des industries de santé (médicaments, dispositifs médicaux, technologies de santé) qui, outre de pouvoir constituer de nouveaux secteurs d'emploi, constituent un enjeu essentiel de maîtrise des coûts et des approvisionnements. Cette politique industrielle doit veiller à une totale indépendance à l'égard des lobbies industriels, notamment pharmaceutiques, afin d'éviter les conflits d'intérêts.

Toutes ces interdépendances nécessitent une approche cohérente entre ces différents champs et niveaux de l'action publique, au service de l'amélioration de la santé et du système de santé.

Dans les mois à venir et indépendamment du calendrier du Ségur de la santé, le CESER Nouvelle Aquitaine entend accentuer ses travaux et réflexions sur tous ses enjeux. D'une part parce que la santé apparaît dorénavant comme une préoccupation politique prioritaire et parce que les Régions, par leurs champs de compétences comme par leur proximité avec les territoires, y ont sans doute un plus grand rôle à jouer à l'avenir.



Vote sur l'expression du CESER

« **Bien commun, droit pour tous :**

la santé exige une politique à la mesure des besoins actuels et futurs de la société »

sur proposition de la Commission « Vie sociale, culture et citoyenneté » élargie.

**140 votants
102 pour
29 contre
9 abstentions**

Dominique CHEVILLON
Président du CESER de Nouvelle-Aquitaine