

SANTÉ EN DANGER

Compte rendu **des auditions**

SANTÉ EN DANGER

LE VRAI SÉGUR DE LA SANTÉ



Arnaud CHICHE

Médecin anesthésiste-réanimateur,
Fondateur du collectif Santé en Danger

ASSOCIATION SANTÉ EN DANGER

Compte rendu **des auditions**

SANTÉ EN DANGER

LE VRAI SÉGUR DE LA SANTÉ



“**À TOUS LES PROFESSIONNELS**
DU SOIN QUI AIMENT LEUR MÉTIER”

ET

“ **À TOUS LES FRANÇAIS**,
QUI MÉRITENT UN BOUCLIER SANITAIRE”

Photo de gauche à droite : Thomas BROSSET, Audrey BASKOVEC et Arnaud CHICHE

ASSOCIATION SANTÉ EN DANGER



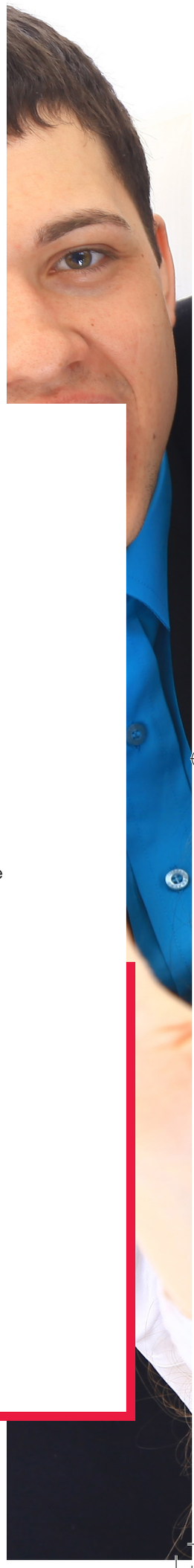
« Merci à notre marraine Charlotte Valandrey,
qui a immédiatement accepté notre proposition
de parrainer le Vrai Ségur de la Santé ».

Le Collectif Santé en Danger

LE VRAI SÉGUR DE LA SANTÉ

UNE FORMIDABLE AVENTURE HUMAINE ET DES **EXPERTS DE TOUS HORIZONS** QUI ONT RÉPONDU PRÉSENT.

Voilà ce qui a pu nous permettre d'élaborer ce livret riche en propositions et en thématiques. Alors merci à l'ensemble des personnes auditionnées du 14 février au 24 mars 2022.



Dr Philippe Aim
M Alain Bruneel
M Emmanuel d'Astorg La Bajon
M David Balesse
M Christophe Beaugrand
Dr Guy Bellaiche
Me Eleonore Berthe
Dr Martin Blachier
Me Isabelle Blondelet-Hirtzberger
Dr Franck Baudino
M Frédéric Boudier
Pr Olivier Joanes-Boyau
Dr Caroline Bremaud
Me Florence Bronny
Dr Thomas Brosset
Dr Damien Cadinot
M Lionel Camalet
Me Emilie Cariou
Dr Georges-Olivier Carissimo
M Bruno Caron
Pr Enrique Casalino
Dr Pierre Catoire
Dr Bérénice Chailloux
Me Annie Chapelier
Me Sophie Chaubron
Dr Jean-François Cibien
Me Dominique Combarnous
Dr Florence Cortot
Me Julie Coupé
Me Nathalie Coutinet
Me Catherine Dauvergne
Dr Vanessa Degas
Me Samantha Delplanque
Pr Philippe Deruelle
M Rachid Digoy
M Frédéric Du Sart
Dr Marie-Thérèse Dumas
Me Camille Dumortier
Me Meryam El Hamdaoui
Me Elodie Emo
Me Sandrine Farrugia Tournier
Me Laurence Feray-Marbach
Dr Alain Ferrero
Me Olivia Ferry
Me Florence Sequé
M Valletoux Frédéric
Me Sophie Geomay
M. Roland Gori
Dr Eloi Goullieux
Me Aurélie Gros
M Thierry Guillaume
Dr Sébastien Harscoat
Me Prisca Honoré
M Nicolas Imbert
Me Frédérique Jarzynka
Pr Eric Kipnis
Dr Matthieu Komorowski
Dr Thomas Lafon
M Maxime Lebigot
M Vincent Leroy
Dr Emmanuel Loeb
Dr Lise Lorentz
Dr Laurie Marrauld
Me Olwenn Martin
Dr Jérôme Marty
Dr David Masson
Dr Mathieu Borderie
Pr Bruno Megarbane
Me Camille Mohoric-Faedi
Me Constance Niccolini
Me Jessica Noir
Me Fabienne Oudin
Dr Karim Ounas
Dr Frédéric Paing
Dr Carine Pallardy
Me Océane Parailloux
Pr Jean-Paul Mira
Dr Pauline Daubercies
M Philippe Perrin
Me Fanny Petitprez
Dr Christelle Pierrot
Me Karine Pontroué
Me Marie Poussant
Dr Antoine Prioux
Dr Sonia Rabotoson
M François Randazzo
Dr Pascal Recchia
Me Guénola Restier
Me Katia Reynolds
Me Nathalie Richert
M Raphaël Riffaud
Me Mathilde Rivière
M. Alexandre Robert
Me Claire Royer de la Bastie
Me Violaine Sauer
M Pierre Schwoeb
Dr Pierre Souvet
M. Jacques Sube
Pr Jean-Louis Teboul
M Olivier Toma
Me Antoinette Tranchida
Me Sabine Trebaol
M Bruno Ventelou
Me Alexandra Veyret
M Patrick Vignal
M Patrick Youx





ASSOCIATION

SANTÉ EN DANGER



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Sommaire.

INTRODUCTION	10
TERRITOIRES, MÉDECINE DE VILLE ET PROFESSIONS LIBÉRALES	12
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	14
URGENCES, SOINS CRITIQUES ET RÉANIMATION	18
ATTRACTIVITÉ ET FORMATION	22
SANTÉ ENVIRONNEMENTALE	26
PÉRINATALITÉ ET PÉDIATRIE	28
HANDICAP ET MÉDICO-SOCIAL	29
EHPAD, GRAND ÂGE	30
SANTÉ MENTALE	35
ÉDUCATION ET PRÉVENTION	36
ÉCONOMIE DE LA SANTÉ	38
E-SANTÉ	40
ETHIQUE	42
CONCLUSION	46
REMERCIEMENTS	48

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Introduction.

Dans les suites de la déflagration de la première vague de la pandémie virale, alors que le sentiment d'abandon ressenti par les professionnels de santé était à son apogée, le Ségur de la Santé du mois de Juillet 2020 devait répondre aux attentes énormes des professionnels du soin français.

La déception de découvrir une approche déstructurante du monde de la santé, de nombreuses catégories socioprofessionnelles oubliées des revalorisations salariales, et des mesures ne permettant toujours pas de rendre attractifs les métiers de la santé, ont engendré un départ massif des professionnels des établissements de santé et des métiers du soin. Le Collectif Santé en Danger est né des suites de ce rendez-vous manqué.

Très vite, il réussit à rassembler les professionnels de Santé et devient une association aussi présente dans les médias qu'active auprès des politiques afin d'y porter un message d'alerte santé.

Depuis bientôt deux ans, nous affirmons l'urgence absolue à restaurer un bouclier sanitaire pour les français, permettant un soin de qualité accessible partout et pour tous.

Durant six semaines, le « Vrai Ségur de la Santé » a auditionné des professionnels de la santé, experts de la prévention, de la formation, de l'organisation des soins et fait émerger tous les aspects incontournables d'un système de santé rénové, modernisé et simplifié.

Ce livret reprend les propositions phares de notre travail de consultation, il est à la disposition des professionnels et des tutelles.

Nous devons en urgence rénover le bouclier sanitaire des français, il n'y aucune alternative envisageable : voici quelques idées efficientes, nouvelles et robustes pour y parvenir.

Arnaud CHICHE

Médecin anesthésiste-réanimateur,

Fondateur de l'association C Santé en Danger



Depuis bientôt deux ans, nous affirmons l'urgence absolue à restaurer un bouclier sanitaire pour les français, permettant un soin de qualité accessible partout et pour tous.

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Territoires, médecine de ville et professions libérales.

Les principes clés d'une organisation sereine de la santé nécessitent l'**élimination des multiples strates organisationnelles**. Il faut lutter contre la technocratisation de la santé. En effet, la régulation actuelle en millefeuille n'est pas efficiente.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) doivent être plus **connectées à la réalité du terrain et des professionnels de santé en ville** par le biais d'échanges formalisés et systématiques entre représentants des professions du soin en ville et professionnels de l'ARS. Il est raisonnable de proposer des **organisations territoriales des soins de ville** avec objectifs de résultats et **mettre un terme à toute forme de centralisation**. La gouvernance de la santé doit être **horizontale** : les pouvoirs de décisions et les responsabilités entre représentants élus des soignants et des usagers doivent être identiques à ceux de l'administration. L'urgence absolue est d'arrêter la logique comptable qui orchestre les décisions.

L'Humain doit rester au cœur du parcours de soins, comme le souhaitent les professionnels de la santé, quel que soit leur mode et lieu d'exercice. L'offre de soins du système de santé français, quant à elle, doit être équitable pour tous, dans chaque territoire, assurant ainsi un accès aux soins et services de santé égalitaire, dans le respect des spécificités des bassins de vie. Des réponses intelligentes doivent être apportées aux besoins en santé mais il faut aussi redonner du sens aux métiers de la santé, condition sine qua non pour éviter le départ des soignants.

Il faut adopter une **vision globale à long terme** et le **"quoi qu'il en coûte en santé"** doit s'appliquer : il s'agit d'un plan d'investissement massif et urgent des ressources humaines et matérielles, associé à la revalorisation de la rémunération de l'ensemble des soignants et des personnels du secteur médico-social, et à la nécessaire amélioration de leurs conditions de travail, afin de relancer l'attractivité de ces professions. Le système de soins est actuellement désorganisé par une course à l'acte qui n'existerait pas si ces professionnels étaient correctement rémunérés.

La suppression de l'ONDAM permettrait de sortir de la valeur marchande du soin, les professionnels libéraux n'auraient plus à le rationner. Leur rémunération doit être décorrélée de l'état économique du pays ou celui de la sécurité sociale. L'adoption d'une vision globale et pérenne du soin empêche la logique de rentabilité immédiate et favorise une offre des soins qualitative et accessible à tous.

Il est également nécessaire d'**harmoniser la valeur de l'indemnité kilométrique** : celle-ci doit être identique pour tous les professionnels du soin en ville se déplaçant régulièrement aux domiciles des patients (médecins généralistes, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmières libérales, pédicures-podologues etc…).

Il est urgent de **ne plus opposer la ville à l'hôpital**, il faut au contraire, les lier, les coordonner en y associant le secteur médico-social, la recherche, la formation et les universités.

Le lien ville-hôpital doit être sécurisé et garanti pour tous les patients.

Nous recommandons des partages d'exercice entre la ville et l'hôpital pour permettre échanges et entraides entre ces différents secteurs (alternance d'exercice pour les médecins permettant également une mixité dans les âges et les expériences) et renforcer l'attractivité de ces professions.

Il convient aussi de **simplifier les sorties d'hospitalisation** en orientant les efforts sur la création d'un **outil informatique simple et sécurisé** permettant le partage de documents utiles à la poursuite de la prise en charge du patient par le secteur libéral.

De même, la mise en place de **plateformes téléphoniques et numériques** favoriserait le lien entre les différents professionnels libéraux s'occupant d'un même patient. La création de postes d'assistants médicaux permettrait de fluidifier le parcours de soins et redonnera du temps aux praticiens de ville pour être auprès de leurs patients, en allégeant leur charge administrative. Autant, la création de plateformes d'urgence et de relais (structure d'urgence libérale) est utile pour aménager les territoires qui sont en déserts hospitaliers (projet PULSAR). **Des systèmes de soins existent déjà en ville** : il est préférable de les renforcer et de les doter de moyens avant d'envisager la création de nouveaux réseaux et de nouvelles plateformes de communication.

Pour lutter efficacement contre les déserts médicaux et garantir une égalité d'accès à des soins de qualité, nous proposons d'étudier les **spécificités de chaque territoire** et de rétablir la DATAR (la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale) afin de permettre une concertation pluriprofessionnelle des forces vives de celui-ci (chambre d'agriculture, de commerce...) **favorisant ainsi son attractivité**, tout en se réappropriant les projets médicaux selon les besoins spécifiques à chacun d'eux.

Enfin, la reconnaissance des soins palliatifs doit être améliorée et tous les intervenants de cette filière et de celle du domicile au sens large doivent être reconnus dans leurs expertises et revalorisés.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Établissements de santé.

L'hôpital doit être considéré comme un bien public à préserver.
Carrefour au sein du maillage du soin, élément incontournable pour répondre aux différentes crises actuelles, il doit garantir des soins de qualité pour tous.
Il faut stopper l'hémorragie du personnel soignant, la fermeture de lits, des services d'urgences et de lignes de SMUR qui mettent en danger les usagers du soin et l'ensemble de la population de notre territoire.

COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS:

L'optimisation de l'offre de soins passe d'abord par une répartition efficiente des activités entre les établissements publics et privés d'un territoire avec la nécessaire réalisation d'une cartographie de l'offre actuelle.
Il ne doit pas y avoir de concurrence entre les établissements de santé mais une complémentarité.

Au sein des structures privées il est impératif que la réinjection des profits se fasse en faveur du personnel soignant et de la qualité des soins et non uniquement au profit de l'actionnariat.

COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LA MÉDECINE DE VILLE ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SUR UN TERRITOIRE

Les établissements de santé doivent également se positionner de façon complémentaire à la médecine de ville, ce qui passe par un travail incontournable de maillage de territoire, de comblement des déserts médicaux et de réorganisation de la continuité des soins en médecine de ville en particulier la nuit et le week-end.
L'efficience des soins ne peut par ailleurs se faire sans harmonisation de logiciels entre la ville et l'hôpital et un partage de l'accès aux données médicales sur les plateformes d'hébergement dédiées permettant d'éviter des actes redondants et inutiles.
La réorganisation de la médecine de ville en amont et en aval des établissements de santé pour "épargner" l'hôpital paraît incontournable.
L'hôpital ne doit pas être le seul lieu identifié des premiers recours aux soins.
Les activités partagées au sein d'un territoire de santé entre établissements de santé et structures de soins de ville doivent être encouragés.

RÉVISION DE LA TARIFICATION Á L'ACTIVITÉ

Le Vrai Ségur de la Santé dit stop à la gestion comptable des établissements de santé.
La tarification à l'activité (T2A) ne peut être maintenue que pour certaines activités standardisées mais ne doit pas être appliquée pour l'ensemble des actes.

Le financement des établissements doit aussi tenir compte des marqueurs de la qualité des soins.
La valeur du soin ne doit pas être quantitative mais qualitative.

FAIRE CONFIANCE AU TERRAIN

Il faut reconnecter les ARS avec les problématiques de terrain des établissements de santé. Pour se faire, des instances de l'ARS doivent être présentes au sein des établissements de santé au sein d'un guichet unique pour un partage d'information directement avec les soignants en évitant le passage par des strates administratives.

RÉORGANISER L'HÔPITAL ET LE PARCOURS DE SOINS

L'hôpital de demain doit être repensé, anticipé...
Il serait utile que des hôpitaux pilotes avec des services laboratoires voient le jour permettant de reproduire à grande échelle ce qui fonctionne.
Des services avec capacitaire modulable pourraient être envisagés pour absorber des flux de patients "occasionnels" notamment lors des épidémies (grippe, bronchiolite, covid-19.), crises climatiques et caniculaires, afflux de réfugiés...

D'autre part, les bâtiments doivent répondre à des normes de santé environnementale : bâtiments éco conçus, matériel médical avec analyse du cycle du carbone, mise en place de circuits de recyclage afin de réduire l'impact carbone.
L'efficience du soin passe aussi par des circuits logistiques simplifiés et des circuits courts d'approvisionnement en matériel et médicaments par les pharmacies hospitalières. Le pays doit retrouver un minimum de souveraineté en particulier pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur soumis à une demande de plus en plus importante et pour lesquels le marché français n'est plus une priorité.
Il est impératif de remettre le soin au coeur du métier de soignant.
Ainsi, l'embauche de logisticiens formés au sein des établissements de santé doit permettre d'éviter le recours aux soignants multitâches et de fluidifier les parcours de soins; la régulation des flux de patients, la gestion des stocks et des ruptures de matériels et de médicaments accaparent en effet le temps des soignants.
De plus, il faut réduire la charge administrative au sein des services de soins, avec l'embauche de personnel administratif en nombre suffisant et la mise en place d'outils informatiques adaptés.

Il doit par ailleurs exister une gouvernance mixte et horizontale soignants-gestionnaires-logisticiens-usagers.

De ce fait, il paraît essentiel de créer des cellules d'efficience sur le modèle des "cellules de crise covid" regroupant des professionnels de santé, des gestionnaires et logisticiens permettant de répondre de manière efficace à des

Établissements de santé.

problématiques de terrain.

LE PREMIER MÉDICAMENT RESTE L'HUMAIN

Favoriser l'attractivité du métier de soignant doit être une priorité pour sauver l'hôpital et éviter la fermeture de lits supplémentaires!
Il est ainsi urgent d'envisager une revalorisation salariale pour tous les professionnels de santé des établissements de santé. La revalorisation de salaire des paramédicaux doit être alignée sur les pays voisins de l'OCDE.

De même, les retraites anticipées de certains personnels du soin soumis à une pénibilité importante (travail de nuit, manutention...) doivent être étudiées.
La fidélité et l'expérience dans un poste donné doivent être valorisées dans les grilles salariales. le vrai Ségur de la santé défend ainsi un pack fidélité chez les soignants avec une majoration des rémunérations selon le degré d'ancienneté.
Par ailleurs, le mode dégradé qui s'est installé pendant la crise sanitaire ne doit plus être la règle; les heures supplémentaires doivent être une solution ponctuelle basée sur la base du volontariat, les contrats précaires, de type renouvellement illimité de CDD n'ont plus lieu d'être à l'hôpital devant le déficit en personnel.
Les aides au logement pour réduire le temps de transport, les places de parking afin que le problème du stationnement ne soit pas un frein à l'embauche et la pérennité de l'emploi doivent être encouragés.

L'attractivité du métier de soignant passe aussi par une réhumanisation de la profession.

Le management doit faire de la qualité de vie au travail un impératif et une priorité. Il faut favoriser la régularité des horaires des professionnels de santé et les activités pérennes. Le travail de soignant doit être compatible avec une vie personnelle et une vie de famille.
Par ailleurs, l'encadrant du soignant doit être formé à la prévention du risque psycho social.
L'attrait des métiers de la santé doit passer par une réduction du stress au travail et des plans de carrières définis.

Le temps de relève et d'échanges en équipe favorisant la cohésion et la qualité des soins doit être préservé et la transmission de l'expérience de terrain et le tutorat doit être favorisée dans le cadre de la formation des jeunes soignants.
L'arrêt de la polyvalence systématique des missions comme lors des déplacements de dernière minute vers d'autres tâches ou d'autres services est impératif. Le travail stable en équipe doit être favorisé et le sentiment d'appartenance à une équipe doit être cultivé: horaires fixes et activités pérennes.

Un des piliers de l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail passe par la révision à la baisse de tous les ratios patient/soignant dans tous les services avec une révision des effectifs.

PLUS DE MOYENS POUR LA RECHERCHE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Concernant le secteur de la recherche, il est indispensable de majorer les budgets de la recherche pour atteindre au moins 3% du PIB et de territorialiser les projets de recherche.
Il convient de donner plus de temps à la recherche en contractualisant les missions de recherche, en sécurisant et sanctuarisant le temps de travail dédié à la recherche. Il devient urgent de développer la recherche en santé publique, en santé mentale, en santé environnementale, notamment à travers des programmes de recherche pluridisciplinaires et transversaux.

COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA FILIÈRE MÉDICO-TECHNIQUE

Les métiers de la filière médico-technique sont des maillons essentiels dans la vie d'un établissement de santé et dans la prise en charge des patients : tous, manipulateurs radio, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, déplorent avoir été exclus du Ségur de la santé.
Au-delà d'une nécessaire revalorisation salariale, mieux comprendre les réalités et les enjeux de leur profession est crucial.

Les manipulateurs radio n'ont pas pu obtenir à ce jour le statut de soignants, une reconnaissance que les ambulanciers du secteur public viennent d'avoir, mais sans aucune revalorisation salariale.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Urgences, soins critiques et réanimation.

URGENCE

Chaque **territoire et bassin de vie est spécifique**, les réponses apportées doivent être individualisées.

Le management et la politique des établissements doivent intégrer la qualité de vie au travail comme un impératif et non plus comme une donnée facultative.

Les services des urgences sont les premiers à pâtir de l'effondrement de l'hôpital public: lorsque les urgences dysfonctionnent, c'est le système hospitalier dans son ensemble qui vacille.

La **rémunération** doit être remise au niveau de celle des intérimaires, cela enrayera la fuite des personnels médicaux, ce qui est souvent à l'origine des fermetures des services d'urgences.

L' écart de rémunération avec les libéraux est un problème auquel il faut s'attaquer. Il faut également que les soignants en poste soient autant rémunérés que leurs collègues intérimaires pour éviter de les décourager.

Le **recrutement des internes** en priorité dans les services en difficulté doit être encouragé tout en garantissant leur formation et leur rémunération.

La **pénibilité spécifique au travail de nuit** doit être reconnue et valorisée. Les retraites anticipées des personnels concernés doivent être étudiées.

Fidéliser les professionnels expérimentés, afin de ne pas perdre leurs compétences spécifiques est fondamental.
La formation et ensuite la fidélisation des étudiants plus jeunes dans le cursus est importante.

Il y a une urgence première: l'**augmentation du nombre de lits d'aval**.
La problématique actuelle majeure est la fermeture des lits. Les urgences deviennent un système de soins conventionnels du fait de l'absence de lits d'aval pour hospitaliser les patients. En plus des urgences vitales à gérer, il faut réaliser des soins de "nursing"/ toilettes de patients restant bloqués aux urgences.

Par ailleurs, la sensation de pénibilité des métiers assurant la permanence des soins est très différente selon les établissements, une donnée à prendre en compte, mais la reconnaissance de la pénibilité est incontournable.

Il est faux de penser que la médecine ambulatoire réglera le problème d'engorgement des hôpitaux, tant que le nombre de praticiens pour l'assurer fera défaut.

Une fois le problème des déserts médicaux en partie résolu, nous pourrons proposer des **gardes de médecins généralistes** vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept.
Cela passe par la **revalorisation des cotations** des actes des professions libérales, et la restauration de la permanence des soins en ville, en l'organisant par bassin de vie.

L'absence de garde assurée par les médecins généralistes en ville et notamment la nuit, surcharge de façon évidente ces services d'urgences. Il faut créer et repenser l'**augmentation des créneaux de consultation en ville**. **Les maisons médicales** doivent être déployées et ne plus faire l'objet de blocages par les ARS.

La création d'un statut de **"médecin généraliste upgradé"** permettrait d'absorber le flux de patients se présentant aux urgences. Ce médecin de ville travaillerait en amont pour laisser à l'hôpital (et notamment aux services des urgences) la capacité d'exercer ses missions premières de façon moins tendue.

Il est nécessaire de soutenir l'accès aux soins pour tous, dans tous les territoires, et une organisation des services non programmés par bassins de vie et non pas par ordonnance parisienne.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Urgences, soins critiques et réanimation.

SOINS CRITIQUES et RÉANIMATION

Une approche territoriale des besoins en Soins Critiques doit être privilégiée car il existe des territoires sous-dotés en lits de réanimation en fonction du nombre d'habitants. Par exemple, l'Ouest en général (Bretagne, Pays de Loire, Nouvelle Aquitaine) et aussi Antilles et Guyane, Mayotte sont particulièrement sous-dotés. Il faut harmoniser les besoins en soins critiques sur tout le territoire.

L'impératif est de **favoriser l'attractivité** des professions paramédicales et médicales. La formation initiale des paramédicaux doit comporter des modules de réanimation obligatoires. L'enjeu de la formation continue est de reconnaître la spécificité des infirmier.e.s de réanimation, d'organiser des formations continues "socles".
Pour l'intégration et l'encadrement des nouveaux soignants en réanimation, le **tutorat** doit être accentué et normé, huit semaines étant probablement la bonne durée à appliquer. Il faut **reconnaître les compétences** spécifiques du personnel de réanimation et y intégrer des modules de formation spécifiques. Il faut revaloriser le statut d'aide-soignant.e, le travail en binôme (AS/IDE) doit être développé pour une prise en charge globale et pluridisciplinaire.L'**expérience et la fidélité** des agents doivent être encouragées et rémunérées.

Il est nécessaire d'**augmenter le nombre de lits "armés"** en réanimation car les annonces actuelles sont insuffisantes sur ce point. Il faut pour cela réunir les conditions financières et humaines rendant possible cette augmentation. Il faut cesser de raisonner sur un capacitaire "à 95% avec tension continue", et au contraire permettre une réserve permanente de lits afin de faire face à tout épisode aigu sanitaire. Un concept de "modularité du nombre de lits" est primordial. Des plans d'action territoriaux doivent être créés pour augmenter rapidement la capacité du niveau de lits selon l'intensité des crises (attentats, crise climatique, épidémie...).

Les **ratios doivent être optimisés** mais il semble difficile actuellement de le modifier en soins critiques tant qu'il n'y aura pas d'effectifs supplémentaires. Le ratio en USC idéal est probablement de 1 soignant pour 4 patients aujourd'hui. Les effectifs de Médecins Intensivistes Réanimateurs (MIR) et Anesthésistes Réanimateurs (MAR) doivent être augmentés. Une demande de 150 MIR formés par an a été faite (actuellement 95 par an). Il faut aussi ajouter quarante postes d'internes par an pendant dix ans. Il est indispensable de **revaloriser la permanence des soins** et en particulier **reconnaître la pénibilité du travail de nuit**. Les revalorisations salariales doivent concerner les aides-soignantes et les infirmières de soins critiques, une majoration de dix à quinze euros de l'heure est une bonne option. Les primes accordées aux soignants de réanimation doivent concerner tous les professionnels de ces équipes et ne pas se limiter aux infirmier.e.s de réanimation, mais également concerner leurs collègues tout autant essentiels (aides-soignant.e.s, kinésithérapeutes, auxiliaires de puériculture, infirmier.e.s de puériculture...)



Il faut **tripler la prime médicale** de permanence des soins afin de permettre un alignement sur le travail en intérim.

La notion de **réserve sanitaire médicale et para-médicale** est indispensable, il faut donc former les personnels, et entretenir leur niveau d'expertise.

Elle doit être entraînée et mobilisable à tout moment.
Les retours d'expériences venant du terrain doivent être intégrés aux plans d'actions.

Enfin, la **qualité de vie au travail doit être améliorée**.

Cela implique de l'aide pour les modes de garde d'enfants (généralisation des crèches dans les hôpitaux et cliniques), services de conciergerie, etc.. Avoir des perspectives d'évolution de carrières, formations financées, participer à des projets innovants et de recherche contribuent aussi à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Attractivité et formation.

Le problème de l'attractivité des professions du soin, par revalorisation des professions médicales et paramédicales et notamment de ceux qui assurent la permanence des soins, n'est pas uniquement financier.

L'augmentation de l'attractivité passe par la revalorisation salariale évidemment, mais il semble nécessaire de reconnaître aussi la pénibilité des métiers de la santé permettant la permanence des soins à l'hôpital et à la ville.

Les soignants sont sur le terrain de jour comme de nuit, ainsi que les week-ends et les jours fériés.
Il faut redonner du sens à ces métiers, les hôpitaux sont dans une situation critique mettant ainsi à mal l'accès aux soins pour tous: nous sommes face à un véritable problème de société.

L'attractivité passe par la rémunération en astreintes et pas seulement en "12 heures" comme nous le précisent les représentants des infirmiers de bloc opératoire.

Enjeu majeur pour la santé de demain, la formation initiale des étudiants en santé doit pouvoir répondre aux enjeux et mutations d'un système de soins très éprouvé ainsi qu'à l'évolution des pratiques du soin. Elle doit permettre de maintenir l'attractivité des métiers du soin. Les étudiants doivent y trouver un encouragement et un renforcement à poursuivre, un soutien et un tutorat auprès des professionnels de santé à leur contact et un épanouissement personnel, individuel et collectif.

LES MESURES GÉNÉRALES SERAIENT :

- Ouvrir des stages d'observation pour les mineurs dans des structures de soins pour faire connaître les métiers du soin.
- Favoriser les terrains de stage hors CHU dans des centres hospitaliers locaux, des cliniques privées, en structures de soins libérales (maisons médicales), en établissements médico-sociaux. Sortir du CHU centrisme et développer l'attractivité vers d'autres structures de soins de ville.
- Un tutorat systématisé dans toutes les filières.
- Une formation aux risques psycho-sociaux pour tous les étudiants en santé afin de leur permettre de mieux appréhender, repérer et dénoncer les abus dont ils seraient victimes au cours de leur parcours.
- Pour lutter contre la précarité financière des étudiants en santé, il est nécessaire de revaloriser les rémunérations des externes et des internes, ainsi que des professions paramédicales.
- La santé écoresponsable passe inévitablement par la mise en place dès aujourd'hui d'un programme efficient de prévention sur la santé environnementale dans la formation initiale et continue des professionnels. Diffusion déjà intégrée dans la formation IDE depuis 2009 et dans la formation Aide-soignante et Auxiliaire de puériculture depuis 2021. Cependant cette formation devrait être intégrée obligatoirement dans la formation de tous les soignants (ni les IDE puéricultrices, ni les médecins, ni les sages-femmes ne sont concernés...). Pourtant, les quatre plans nationaux santé environnement rappellent l'importance de l'introduction de cette thématique dans la formation initiale de tous les soignants.

ETUDIANTS EN MÉDECINE 1ER CYCLE/EXTERNES ET INTERNES

Nous soutenons l'idée de la suppression de la réforme PASS LAS, trop arbitraire et appliquée sans cohérence nationale. A l'issue de la première année, le bilan est accablant avec plus de 60% du corrigé en PASS LAS sortis du système. Des inégalités persistent et la 2ème chance est aléatoire. Il faut harmoniser les modalités d'accessibilité pour en terminer avec ce sentiment d'injustice et d'iniquité ressenti par les étudiants.

Il faudra ouvrir les places promises par la réforme pour sauver la génération 2020 sacrifiée. Sur les 2500 places ouvertes en 2021, 1000 l'ont été après la condamnation par le Conseil d'État des facultés coupables de n'avoir pas appliqué les décrets relatifs à la RÉES de la loi Santé 2022. Il en manque 4000. Pour les atteindre, il faut réintégrer les validés-recalés des oraux du 2ème groupe d'épreuve d'accessibilité en P2 et ouvrir des places supplémentaires en LAS2 sans impacter celles prévues par les PASS et LAS1 2021-2022.

En internat,le temps de travail ne doit pas excéder les 48 heures hebdomadaires. Le non-respect de ces horaires participe au sentiment de harcèlement ressenti par les étudiants. Pour lutter contre le mal-être étudiant (troubles anxio-dépressifs, burn-out, suicide), il faut assurer le respect du temps de formation, une revalorisation de leur statut et une meilleure prévention du risque psycho-social avec suivi psychologique, et un meilleur dispositif de signalement des maltraitances.

Il existe un enjeu majeur dans la formation de nos futurs infirmiers. Si cette filière reste attractive, les abandons en IFSI ces dernières années sont massifs (20 à 30%). Une situation qui s'accentue depuis la mise en place de Parcoursup. Le choix d'un institut de formation peut alors être pris par défaut ou sans connaissance réelle des attendus du métier. D'une manière générale, il faut un moratoire sur Parcoursup pour les études supérieures de santé et replacer l'humain au coeur du recrutement des futurs soignants.

Il est nécessaire d'augmenter le nombre de formateurs en IFSI et le temps de formation sur le terrain, avec des enseignants formateurs dédiés à celui-ci. Il faudra favoriser la réintégration ou réorientation aux filières santé par le biais de passerelles.

FORMATION CONTINUE

Il faut des programmes de formation adaptés au terrain et des formations qualifiantes permettant une évolution dans les carrières et un avancement en termes de rémunération. Il faut favoriser au sein des équipes la transmission de l'expérience en complément de la théorie délivrée dans les écoles de professionnels paramédicaux. Une période d'intégration et de formation à l'embauche doit être basée sur un système de tutorat au sein des équipes. L'État et les tutelles doivent donner les moyens aux établissements de santé publics et privés de former leurs personnels soignants en particulier pour les métiers en tension(Iade, Ibode..) par des aides massives et des facilitations à la formation. L'accès à la formation d'infirmier de pratique avancée doit également être encouragé progressivement et de manière encadrée. Il est nécessaire de reconnaître les spécificités de certains métiers (IBODE, infirmier hygiéniste...).



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Santé environnementale.

« LA SANTÉ SANS ENVIRONNEMENT N'EST QUE RUINE HUMAINE... »

Santé écoresponsable = Protéger les écosystèmes pour protéger la santé.

La santé et l'environnement sont l'alpha et l'oméga de l'équilibre de notre écosystème. A ce titre, il ne semble pas superflu de **fusionner les ministères de la santé et de l'environnement** dont les activités sont étroitement liées.

En effet, la médecine préventive auprès des populations comporte déjà des volets sur les risques chimiques (perturbateurs endocriniens, dispositifs médicaux avec phtalates, médicaments et nanoparticules de titane...) et environnementaux en général.

Aussi, et dans l'attente d'une **vision à plus long terme en santé environnementale**, nous devons déjà commencer à repenser en profondeur nos pratiques en santé et à envisager concrètement la prise en compte de **l'écoconception du soin** au quotidien.

En effet, le principe hippocratique "primum non nocere" ne peut plus se limiter aux soins prodigués aux patients.Prétendre guérir un patient sans tenir compte de son environnement se révèle une gageure.

Qui plus est, le phénomène du réchauffement climatique lié à la pollution, ses conséquences sur la santé publique, et l'épuisement des ressources naturelles nous imposent de changer nos comportements professionnels, mais aussi nos choix d'achats.

Cependant, cette vision à long terme reste utopique tant que l'absence de budget pluriannuel perdurera et que la motivation politique ne se manifeste pas.
Enfin, il semble également important de nous interroger sur la pertinence de nos choix de dispositifs médicaux à usage unique : le réutilisable doit prévaloir.

La décarbonation du secteur de la santé, responsable de 8% des émissions de gaz à effet de serre, doit devenir une priorité.Cependant, si les mesures d'émission directe sont exigées pour les établissements accueillant du public dont ceux de santé, celles des émissions indirectes ne le sont pas. Elles représentent pourtant 90% des émissions des établissements à travers les achats de matériel, les investissements et les déplacements.

Par ailleurs, la loi Équalim n'est pas appliquée à l'hôpital.

Les futurs bâtiments des établissements de santé devraient être éco conçus en y intégrant des préconisations environnementales.

Parmi celles-ci, la réalisation de circuits spécifiques pour le traitement des déchets hospitaliers.

Actuellement, seulement sept types de ces déchets, sur soixante-cinq, sont traités en moyenne dans un hôpital (plastique, verres médicamenteux généralement non recyclés mais simplement valorisés énergétiquement).

Il est ainsi essentiel de mesurer le gisement de déchets hospitaliers et de créer une économie circulaire pour la revalorisation des matières résiduelles avec des déchets à payer et non à taxer.
Pour faciliter cette transformation nécessaire, un taux de TVA réduit sur les matériaux nous semble pertinent.

A l'horizon 2030, nous devons ainsi viser une réduction de 40% des dépenses d'énergie dans les établissements tertiaires. Toutefois, cette transition énergétique reste difficile à mettre en œuvre dans les établissements de santé car elle n'est ni pilotée ni financée. De plus, la consommation d'énergie ainsi que la surface des bâtiments en santé ne sont pas connues.

Encore, un effort important doit être porté sur la qualité de l'air intérieur. Dans les bâtiments publics, il est ainsi sept fois plus pollué par rapport à l'air extérieur du fait de la présence de composés organiques volatils (formaldéhyde...), avec le risque d'exposition des professionnels de santé et des patients. L'installation de capteurs de mesures des composés organiques et du dioxyde de carbone est nécessaire dans l'ensemble des établissements de santé existants. Il conviendra également de les prévoir dès la conception des futurs établissements.

Enfin, un outil d'écoconception des soins, en cours d'élaboration par M. Olivier TOMA et ses collaborateurs, sera mis à disposition des soignants. Listant plus de cinq cents dispositifs médicaux les plus courants, il ambitionne l'amélioration de la qualité des soins, la réduction de l'impact environnemental en santé et la création d'un véritable cycle de vie du matériel médical.

Autre priorité, la révision des politiques d'achat dans les établissements de soins. Il est indispensable d'imposer aux fournisseurs de dispositifs médicaux et de médicaments d'indiquer la provenance des matières premières pour permettre l'analyse du cycle de vie et l'empreinte carbone des achats de matériel notamment médical.

L'impact de toutes ces évolutions sera d'autant plus important s'il est accompagné par une politique volontariste de formation de tous les professionnels de santé.
Aussi, ces notions d'éco responsabilité devront intégrer la formation initiale des étudiants en santé(socle commun, création d'un module santé environnementale) mais également être inclus dans les parcours de formation continue accessibles aux professionnels tout au long de leur carrière.
Elles pourraient aussi à terme donner naissance à de nouveaux métiers en lien avec la santé environnementale avec des soignants qui souhaitent développer un axe curatif mais surtout préventif.

Si cette Responsabilité Sociétale en Environnement (RSE) est maintenant prise en compte dans les visites de certification HAS des établissements de santé, les visiteurs experts ne sont cependant pas formés eux non plus en santé environnementale.

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Santé environnementale.

Une politique d'incitation pour soutenir et encourager les établissements les plus engagés dans la prise en compte de la santé environnementale et dans l'écoconception des soins doit ainsi être envisagée par le biais notamment de l'attribution de subventions.

Une santé résiliente, c'est soulager demain le système de santé, en appliquant un véritable programme de prévention et de promotion de la santé environnementale.

SANTÉ ÉCORESPONSABLE ET ALIMENTATION

Choc d'inventivité alimentaire?
Et si les patients pouvaient choisir leur alimentation dans le parcours de soins au même titre que les autres soins... ?

La santé et l'alimentation sont indissociables. Elles ont en commun d'être deux grands acquis sociaux issus de la seconde guerre mondiale avec la création de la sécurité sociale et l'expansion d'une agriculture devant nourrir la planète.

Malheureusement, ce système a subi une lente érosion avec notamment un système agricole monolithique à repenser, fournissant une alimentation de qualité industrielle moyenne voire médiocre, avec surexploitation des sols, des conditions climatiques dégradées, des circuits longs et la consommation de seulement 40% de la production.

Pourtant, une alimentation de qualité peut être accessible à tous, en proposant des solutions innovantes. Le recours aux **filières courtes de production et de consommation** (cultiver et élever près des lieux de productions) doit ainsi être privilégié.

Pourtant, les établissements de santé continuent d'axer leurs choix vers l'économie. Ils proposent ainsi des repas sans réelles qualités nutritives et avec peu d'appétence pour le patient. Ce qui occasionne des refus alimentaires, de la dénutrition, et parfois des complications graves(escarres.,.) et coûteuses.

L'alimentation doit être inclue dans l'ensemble des soins.

L'alimentation et la **nutrition « responsables »** devront devenir un droit pour le patient hospitalisé.





LA SANTE PLANETAIRE

est une approche de la Santé environnementale **GLOBALE** avec la reconnaissance que **la Santé Humaine dépend de la Santé du monde du Vivant**. La dégradation en cours des écosystèmes de notre planète constitue un DANGER clair et immédiat pour la **Santé de toutes et tous**. Toutes les dimensions de la Santé et du bien être humain sont affectées par le **CHANGEMENT ENVIRONNEMENTAL**. On ne peut pas protéger la Santé humaine sans **CHANGER DE CAP**. Il faut une **TRANSITION MONDIALE.**

Les enjeux sont de faire face au **RECHAUFFEMENT CLIMATIQUE**, à l'effondrement de la **BIODIVERSITE**, à d'autres enjeux planétaires majeurs par des **CHANGEMENTS STRUCTURAUX** pour les activités humaines en terme de consommation, de modes d'habitat par exemple. Il s'agit de créer des **COBENEFICES** pour la Santé humaine et l'Environnement : ainsi des **SYSTEMES ALIMENTAIRES RESILIENTS** permettraient de **lutter contre la dénutrition**, mais aussi de **réduire les déchets et diminuer les dommages environnementaux**.

Les propositions phares à développer dans le domaine de la Santé planétaire seraient des **INVESTISSEMENTS** dans la **TRANSITION ECOLOGIQUE DU SYSTEME DE SANTE** (dont la décarbonation): politique et stratégie nationale pluriannuelle de transition énergétique, plus de spécialistes identifiés, identification et partage des bonnes pratiques, financement des fonds dédiés à la transition écologique, **prise en compte des critères environnementaux dans tout projet de soin**. Par ailleurs toutes les politiques en Santé et dans l'Education, l'Industrie doivent être orientées vers la Santé Planétaire.

La SANTE DU VIVANT doit être comme la **BOUSSOLE** pour les générations actuelles et à venir avec une pensée de **LONG TERME. Un ENSEIGNEMENT** de la Santé Planétaire (transition sanitaire, écologique et sociale) doit être mis en place **dès l'école primaire** avec ensuite un modèle transdisciplinaire d'enseignement professionnel et universitaire.

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Périnatalité et pédiatrie.

Toutes les professions impliquées dans la périnatalité et la pédiatrie doivent être **revalorisées sur le plan salarial** et il faut reconnaître la montée en compétences de certaines professions telles que les sages-femmes à hauteur de leurs responsabilités médicales.

Il est nécessaire d'**informer le grand public** : le rôle des sages-femmes dans les consultations de dépistage , dans le suivi gynécologique de prévention et la prise en charge des IVG médicamenteuses demeure méconnu; la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est ouverte à tous et n'est pas un service dédié au placement d'enfants.

Les décrets de périnatalité doivent être revus de manière urgente pour redéfinir les ratios de sages-femmes en maternité afin d'assurer une prise en charge sécure physique et psychologique.

Le rôle de chacun doit être redéfini dans la complémentarité; il est dommageable que certaines femmes enceintes ou enfants consultent plusieurs professionnels dont les prises en charge se télescopent tandis que d'autres peinent à être suivis.

La généralisation de **maisons médicales** de garde au sein des hôpitaux permettrait aux médecins généralistes de participer à la permanence des soins dans un cadre sécurisant et de rendre plus acceptable les conditions de travail aux urgences pédiatriques en les délestant des simples consultations

Contrairement aux urgentistes adultes, les pédiatres participent à la permanence des soins en plus du suivi d'enfants avec pathologies chroniques.

La problématique des déserts médicaux est un chantier à mener en priorité, mais augmenter le nombre de médecins n'est pas une solution à court terme.

Il serait très bénéfique pour les patients de pouvoir consulter des infirmières, des puéricultrices dans le cadre de certaines missions pour peu qu'elles soient correctement formées, revalorisées et qu'elles soient en nombre suffisant dans les hôpitaux, les centres de PMI et les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF).

Augmenter le nombre de **travailleurs sociaux** permettrait de détricoter les situations médico-sociales complexes très chronophages pour les équipes médicales hospitalières en obstétrique et pédiatrie.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Handicap et Médico Social.

Les métiers du social et du médico-social sont essentiels :
ils se situent au plus près du handicap, de la dépendance, de la fin de vie, de la précarité.
Pour permettre une prise en charge holistique du patient, il faut intégrer le secteur médico-social dans le domaine du soin.
L'attractivité de ces professions passe par une revalorisation salariale et par la prise en compte de la pénibilité de leurs contraintes horaires et des distances parcourues pour certains tels les aidants à domicile.
Il est nécessaire de former et d'accompagner les structures d'hébergement à l'accueil du profil singulier de leurs patients pour éviter un épuisement des équipes.

Un **recrutement d'assistants sociaux** est requis pour la prise en charge des situations médico-sociales complexes dans les services hospitaliers comme en ville.

Regrouper certains professionnels de terrain œuvrant dans des domaines complémentaires faciliterait le lien entre eux et la prise en charge des patients: protection de l'enfance et handicap; acteurs du domicile, aidants, SSIAD(Services de Soins Infirmiers à Domicile) , HAD (Hospitalisation à Domicile) intervenant auprès de la personne dépendante avec des coopérations en binôme. Il faut renforcer le lien ville-hôpital pour fluidifier les parcours de soins en simplifiant le travail avec les plateformes territoriales d'appui, les réseaux de santé en place et les structures médico-sociales.

Concernant les soins palliatifs, il a été mentionné l'importance du recours aux infirmiers libéraux et aux infirmiers en pratique avancée avec la nécessité de revoir la tarification du SSIAD. Étant donné que quatre-vingt pourcents des patients souhaitent décéder chez eux, une permanence en soins palliatifs doit exister sur tout le territoire; il faut **faciliter la délégation des tâches** ainsi que l'accès à l'antalgie et à la sédation terminale en ville.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

EHPAD, grand âge.

La prise en charge du vieillissement, des personnes âgées en particulier dépendantes pose la question des choix de société que nous souhaitons individuellement et collectivement et celle de notre « vivre ensemble ».

Des modèles économiques fondés sur la performance, la rentabilité, l'efficacité excluent de facto les sujets les plus âgés, fragiles et dépendants. Or, en pensant une société fondée sur d'autres valeurs telles que la solidarité notamment **intergénérationnelle, la transmission, l'expérience de vie**, celle-ci est de fait inclusive et plus accueillante pour les plus âgés.

« Comment mieux prendre soin de nos aînés ? »

Le premier préalable est sans doute de leur permettre d'avoir une place pleine et entière dans nos sociétés et de prendre les décisions « avec eux et pour eux » en toute circonstance.

Des évènements marquants comme les différentes crises caniculaires dont celle de 2003, la pandémie Covid, ou encore le scandale des EHPAD avec des systèmes de réduction des coûts, de rationnement des soins et de sous-effectifs chroniques associés à une absence de contrôles par les Agences régionales de Santé mettant en danger les personnes âgées institutionnalisées, a mis en lumière toute l'urgence de prendre soin des personnes âgées les plus dépendantes.

La prise en charge de nos aînés, de leur qualité de vie en bonne santé, du maintien de leur autonomie comme celle de leur dépendance est donc indispensable et constitue un enjeu de taille, en particulier dans un contexte de vieillissement de la population française accru dans les décennies à venir. Il y a aujourd'hui 15 millions de personnes âgées de soixante ans et plus, elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Actuellement **une personne de plus de quatre-vingt ans sur cinq est dépendante (20%).**

Les priorités dégagées par la concertation citoyenne de 2018 pour nos aînés sont : la qualité de leurs lieux de vie, l'accès au système de santé ainsi que les conditions de travail et de vie des professionnels et des proches aidants.

La prise en charge des personnes âgées doit d'abord être axé sur la PRÉVENTION: il faut informer sur le Grand Âge et permettre une prévention sur l'apparition des troubles liés au Vieillissement et des pathologies chroniques et leurs complications (diabète, hypertension, dépistage des cancers, insuffisance cardiaque, démences et maladies neuro-dégénératives). Il faut également anticiper les besoins des sujets âgés en termes de perte d'autonomie.

Des **réseaux gériatriques de personnes ressources formées** doivent être favorisés aussi bien en Ville que dans les établissements de santé. Il existe en effet des difficultés d'accès à un médecin spécialisé en Gériatrie en ville.

Il faut favoriser, dans les établissements de santé, les équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles qui pourraient intervenir, également, au domicile de façon préventive à l'image des Équipes Spécialisées Alzheimer ESA.

Des maisons de proximité spécialisées en Gériatrie pourraient faire le lien entre la Ville et l'Hôpital, avec des accueils de jour, des consultations et des bilans spécialisés gériatriques, orthophoniques,…Il faut aussi développer les Hôpitaux de Jour gériatriques pour les bilans spécialisés encore trop peu nombreux.

Les EHPAD sont des **LIEUX DE VIE** pour personnes âgées dépendantes avec des pathologies très diverses comme des maladies neuro dégénératives, des pathologies avec état de dépendance nécessitant des prises en charge spécialisées par rapport à une mise en danger à domicile, mais aussi des patients âgés isolés sans comorbidités qui font le choix de changer de lieu de vie.

Au sein des EHPAD, le manque de personnel est la conséquence de pratiques de soins n'étant plus en accord avec les valeurs des soignants, qui se voient contraints d'effectuer des tâches rationalisées, dans un temps imparti, leur faisant ainsi perdre le sens de leur métier de soignant.

La pandémie Covid a aggravé ce mouvement de départs des soignants d'EHPAD en créant des conditions d'isolement délétères du fait des restrictions sanitaires intenses pour les soignants et pour les résidents. Des réformes structurelles profondes doivent donc être envisagées en urgence ainsi que des contrôles réguliers et pertinents.
Les propositions les plus fortes pour réformer les EHPAD sont le renforcement des effectifs en urgence et la diminution des ratios. Ces ratios, autant qualitatifs que quantitatifs, doivent se baser sur les spécificités des personnes âgées et prendre en compte l'ensemble des corps de métier. Ils doivent notamment respecter ceux recommandés pour les infirmier.e.s et aides-soignant.e.s en EHPAD qui, à l'heure actuelle, ne sont pas appliqués. Ils seraient qualitatifs et quantitatifs. Ces **RATIOS** abaissés permettraient de **DONNER DU TEMPS** au Soin, qu'il soit médical ou non médical avec les résidents.

Des conditions de travail plus bienveillantes vers les soignants : une **QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL** respectueuse avec postes fixes et roulements fixes, un **RESPECT** des tâches accomplies pour permettre de fidéliser les personnels et éviter les ruptures de prise en charge pour les résidents , des **REVALORISATIONS SALARIALES** immédiates, une **RECONNAISSANCE** des compétences, un **ARRÊT** des glissements de tâches.

De plus une **PRÉVENTION DU RISQUE PSYCHO SOCIAL** est indispensable chez les soignants avec une prévention des troubles musculo squelettiques, des interventions régulières des médecins du travail et des psychologues pour étudier les conditions de travail des soignants, afin de prévenir des comportements inadaptés et parfois maltraitants

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

EHPAD, grand âge.

des soignants vers les résidents. Des groupes d'échanges avec les pairs doivent être pérennisés.

Il faut **CRÉER DE VRAIS LIEUX DE VIE** dans les EHPAD avec d'autres axes de prise en charge qu'une prise en charge sanitaire : renforcer la présence de personnel d'animation, d'ergothérapeute, organiser des programmes d'activité physique douce, de médiation animale, des projets musicaux,.. Il faut aussi permettre une « jonction douce » entre le milieu de vie antérieur et ces structures d'accueil.

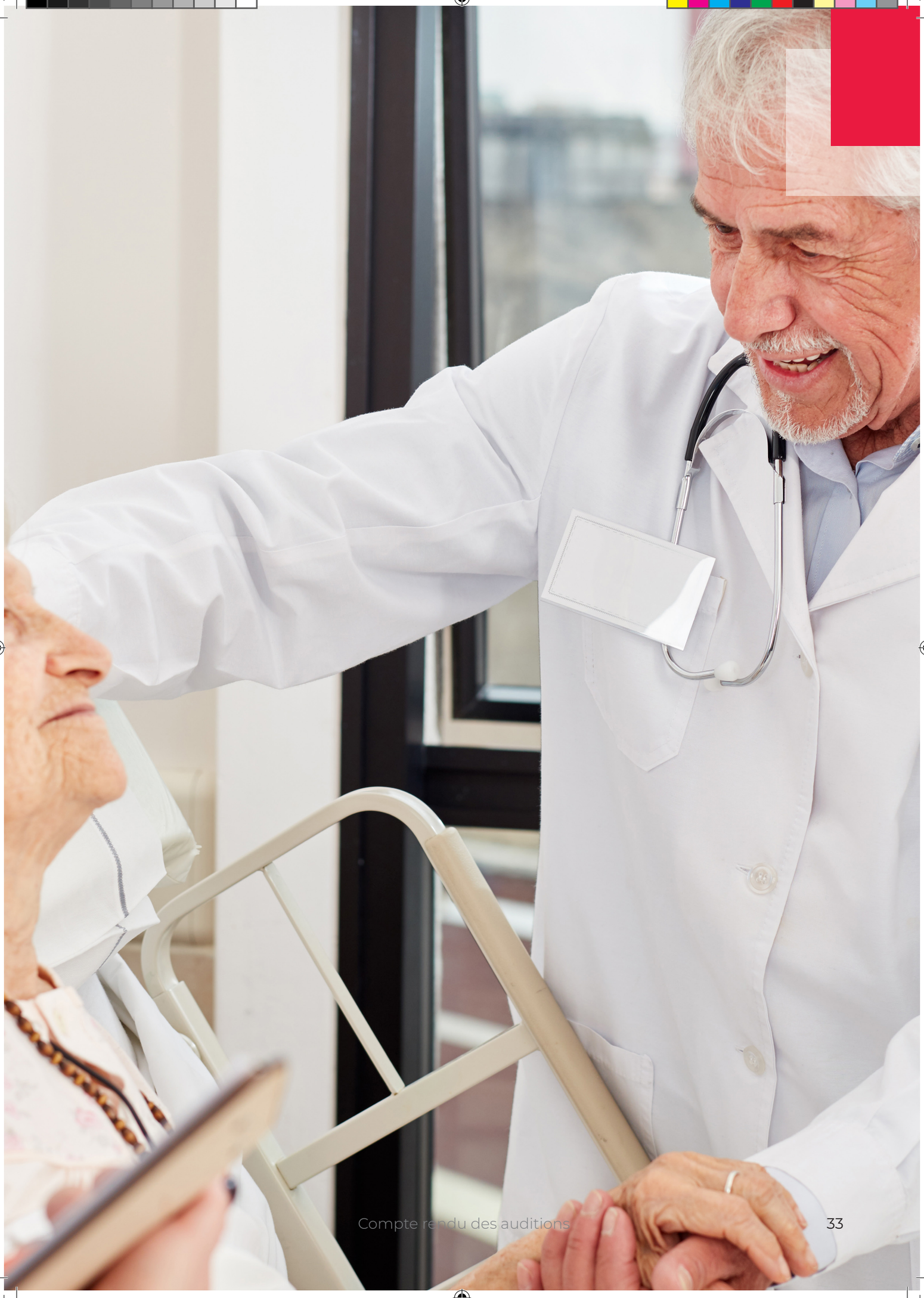
Il est aussi indispensable d'établir des projets d'établissements en équipe avec des référents identifiés, avec la généralisation de commissions de coordination gériatriques, de conseils de vie sociale avec les familles pour créer du lien.

Une **FORMATION INITIALE** spécifiquement orientée en Gériatrie **ET CONTINUE** interne basée sur les besoins des soignants mais aussi orientées sur les besoins et les risques spécifiques de la personne âgée : prévention des escarres, formation soins des plaies et cicatrisation actualisées, formation aux premiers secours avec remises à jour, formations spécifiques dédiées aux administratifs (label Humanitude). Il faut également VALORISER les métiers du soin en Gériatrie et en EHPAD et informer sur la richesse et la complexité de ces métiers.
Il faut également un renforcement des financements en adéquation avec les besoins spécifiques et des allers retours plus fluides entre le terrain et les structures décisionnaires de financement.

A côté des EHPAD, de petites structures à caractère plus familial pourraient être créées, mais aussi des structures adaptées et spécialisées à la prise en charge de pathologies spécifiques comme les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer (exemple des villages Alzheimer). Celles-ci devront bénéficier de financements conséquents et pérennes.

Il faut enfin permettre un accompagnement de la fin de vie avec un accès élargi aux soins palliatifs, et des équipes de prise en charge transversales en réseau de soins palliatifs, sur chaque territoire, pour permettre une fin de vie digne au domicile pour les personnes âgées qui le souhaitent.





COMPTE RENDU DES AUDITIONS

La santé mentale au coeur de nos vies.

Actuellement une nouvelle crise sanitaire, celle des troubles psychiques, prend de l'ampleur.
Les absences de prise en charge en soins psychiques et les ruptures de suivi de patients, les situations d'isolement, de conflits et de violences intra-familiales, d'enfants et d'adultes en grande souffrance se sont multipliées, exacerbées par la pandémie.

Il existe depuis longtemps une **situation de gestion de crise permanente en santé mentale** pour beaucoup de patients. A ce titre, elle constitue un enjeu majeur de santé publique. Il devient fondamental de **communiquer sur l'importance des soins psychiques** auprès du grand public, des responsables politiques, des élus et des médias par des campagnes d'information engagées et percutantes. Il paraît essentiel que tous les candidats aient une politique de santé mentale dans leur programme.
Parmi les mesures prioritaires, la **réduction des inégalités d'accès aux soins psychiques** sur les territoires est indispensable. Elle doit se faire en s'appuyant sur le maillage territorial, sur les structures existantes (CMP, CATTP, CAMSP) et sur le relais des IDE libéraux en renforçant en urgence les effectifs et les moyens de ces structures de proximité. Il est indispensable de reconstruire le service public et de garantir un accès rapide pour tous aux soins psychiques à travers des **embauches massives** et une **revalorisation des salaires** de tous les professionnels. Il est urgent de décloisonner la psychiatrie et de permettre plus d'interactions entre professionnels du soin psychique et somaticiens. Enfin, les conditions de travail de ces métiers doivent être améliorées pour une meilleure attractivité en garantissant la bientraitance, la pluralité des méthodes de soins psychiques, l'autonomie ainsi qu'un cadre de travail sûr et bienveillant.

Autre point d'amélioration, le **lien ville-hôpital** après la sortie d'hospitalisation d'un patient de psychiatrie : cette relation doit être renforcée pour un meilleur suivi du patient en favorisant le lien entre professionnels du soin psychique et les autres professionnels. Le dispositif "Mon psy 2022" qui devait faciliter l'accès aux soins psychiques est en réalité trop restreint : 0,5% de la population seulement pourrait y avoir accès pour des "troubles psychiques d'intensité légère à modérée" en excluant les patients les plus en demande de soins. Il ne garantit plus l'accès libre et direct à un psychologue, risquant de conduire à une ubérisation des soins.

Il est urgent de créer des **maisons de psychothérapie publiques** en ville avec des psychologues, psychothérapeutes et psychiatres pour faciliter l'accès aux soins avec une dimension temporelle du soin psychique respectée. La **formation initiale** de tous les professionnels doit être réformée et renforcée, il faut encourager une pluralité des méthodes pour les psychologues et plus de médecins psychiatres (1000 postes vacants en France). Dans le même temps, la **formation continue** doit être encouragée auprès des professionnels de santé non spécialistes du soin psychique comme les médecins généralistes, premier recours en santé mentale et traitant 75% des épisodes dépressifs, ainsi que les profession-

nels du droit, de la justice et de la police.
Il faut **inciter les protocoles de recherche** en soins psychiques y compris en ville et instaurer des outils d'évaluation du soin psychique. Nous recommandons une formation aux premiers secours psychiques pour les personnes accueillant du public afin d'apporter une aide adaptée dans les situations de détresse rencontrées par un tiers. Toutes les préventions sont à déployer : prévention du suicide, des psychoses, interventions précoces en psycho traumatisme, éducation en santé mentale et éducation thérapeutique au sein des familles, prévention en addictologie afin de stopper la politique du "tout répressif" dans ce domaine, avec des moyens forts.

Il existe de plus une **grave crise de la pédopsychiatrie** se traduisant par des délais d'attente prolongés de prise en charge dans les structures de soin allant jusqu'à un an, des fermetures de lits et d'unités avec parfois mêmes des départements sans unité de pédopsychiatrie. Il faut investir massivement dans ce secteur particulier de la psychiatrie en termes d'effectifs, de revalorisation salariale et de formation des professionnels, et notamment mieux former les futurs professionnels psychiatres avec une spécificité sur la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Face à toutes ces améliorations à apporter, la récente réforme du financement de la psychatrie visant à unifier les modes de financement des établissements publics et privés ne semble pas adaptée. Une part de dotation à l'activité limitée à 15% et une diminution des moyens en hospitalisation en secteur psychiatrique public sont sources d'inquiétudes. De plus, le virage ambulatoire du soin psychique ne permet pas une prise en charge adéquate des patients.

Une psychiatrie de la citoyenneté doit être visée avec une intégration des personnes souffrant de troubles psychiques, alliant soins et vie sociale au cœur de la cité et évitant leur exclusion.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Éducation et prévention.

La sauvegarde et l'efficacité de notre système de soins passe de façon incontournable par une politique de prévention efficace.

Le plan national de santé public 2018-2019 donnait priorité à la prévention avec des programmes de périnatalité, pédiatrie, addiction, alimentation et grand âge. Mais les ressources humaines restent insuffisantes, aucun moyen n'a été donné aux acteurs de terrain.

Une politique de prévention égalitaire associée à une organisation de la qualité des soins permet de limiter le recours aux soins et de désengorger les structures de santé.
La politique et l'éducation de la santé doivent pouvoir bénéficier à l'ensemble de la population et en particulier aux plus précaires afin de résorber la fracture sanitaire.

La vaccination COVID nous a démontré le rôle que pouvait jouer la fracture numérique dans l'obstacle à l'accès aux messages de prévention et aux soins dans la population la plus précaire et pourtant la plus exposée à la surmortalité.

PRÉVENIR PLUTÔT QUE SOIGNER AFIN DE DÉSENGORGER LES STRUCTURES DE SANTÉ

La prévention de l'obésité, l'éducation à l'alimentation, et la prévention des addictions doivent être des actions prioritaires à mener avec des acteurs de terrain spécifiquement formés.

CRÉER UN MINISTÈRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Cela paraît indispensable pour:

- Prévenir les crises sanitaires, climatiques, migratoires et préparer notre système de santé à ces éventualités
- Organiser des programmes de prévention efficaces
- Utiliser des techniques innovantes et prédictives telles que l'Intelligence Artificielle
- Créer des métiers émergents

PÉRINATALITÉ ET PÉDIATRIE

- Les missions de prévention et d'éducation doivent pouvoir être exercées plus largement par les sages-femmes, les puéricultrices, les infirmières en ville, à l'hôpital ou en centres de Protection Maternelle et Infantile(PMI)
- Le soutien à la parentalité est un vrai enjeu de santé publique.
- Par ailleurs, chaque parent devrait pouvoir accéder à une consultation d'infirmière puéricultrice.

Il faut, de manière urgente,

- Augmenter les effectifs de tous les personnels de PMI
- Augmenter les budgets alloués à la prévention primaire dans la petite enfance
- Faciliter l'accès aux spécialistes de la petite enfance à partir des bilans de santé des 3-6 ans: orthophonistes, psychologues, psychomotriciens
- Développer l'attractivité des PMI auprès des parents
- Augmenter les effectifs des infirmières scolaires dans Tous les établissements, écoles, collèges, lycées afin qu'elles puissent exercer leurs missions
- Former les enseignants et des parents à la prise en charge des situations de harcèlement et de violence.

SPORT ET SANTÉ

Il paraît indispensable d'étendre les initiatives de maisons du sport pour la prescription thérapeutique d'activités sportives encadrées afin de prévenir l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et neurodégénératives.

SANTÉ MENTALE ET ADDICTION

La santé mentale est la grande oubliée des politiques de santé publique ces dernières années. Il y a des actions urgentes à mener dans ce domaine:

- Communiquer auprès du grand public, des professionnels de santé et des responsables politiques sur la santé mentale, le soin psychique. La santé mentale ne doit pas être un tabou.
- Développer les initiatives en soins psychiques: prévention suicide, réhabilitation psycho-sociale, prévention des psychoses, interventions précoces en psycho-traumatismes.
- Éducation thérapeutique chez les patients suivis en psychiatrie
- La prévention en addictologie doit être développée en stoppant la politique du tout répressif.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE:

Majorer les budgets en santé environnementale et développer une volonté politique paraît indispensable devant l'impact de la détérioration de notre environnement sur notre santé.
Des plans territoriaux en santé environnementale avec des budgets plus conséquents pluriannuels doivent être définis.

GÉRIATRIE

Le rôle majeur des aidants à domicile, des assistantes sociales et l'action de l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées doit être reconnue et valorisée.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Économie de la santé.

L'économie de la santé s'inscrit dans trois axes importants : l'hôpital public, l'évolution de la prise en charge financière des soins avec l'arrivée du financement privé par les assurances complémentaires et le médicament (prix , brevet ,accès au traitements).

Dès le début des années 80, l'exécutif cherche à contrôler la croissance de la consommation des soins et des biens médicaux à cause d'une progression de 4,4 points dans le PIB entre 1950 et 1985. Une réforme est donc admise et décidée,

En 2004, l'arrivée de la tarification à l'acte T2A implique que l'hôpital est rémunéré selon le nombre d'actes chirurgicaux et médicaux réalisés. C'est une nouvelle étape dans la politique de gestion financière de l'hôpital.

En effet, si le coût réel de soins du patient est inférieur au tarif du Groupe Homogène de Séjours (GHS), l'hôpital est bénéficiaire, mais si le coût est supérieur, il devient déficitaire, incitant donc les hôpitaux à diminuer les coûts de leur fonctionnement.
Les effets pervers principaux de la T2A sont la course à la rentabilité en incitant les établissements à sélectionner les patients les plus «rentables» et abréger le séjour à l'hôpital de ceux qui le sont moins.

Du fait d'une tarification inadaptée pour les patients aux pathologies chroniques, aux atteintes multiples, certains hôpitaux ont eu tendance à se spécialiser dans les pathologies les plus rémunératrices. Les hôpitaux optent pour le GHS le plus élevé pouvant mener à l'inverse à augmenter les dépenses de soins hospitaliers.

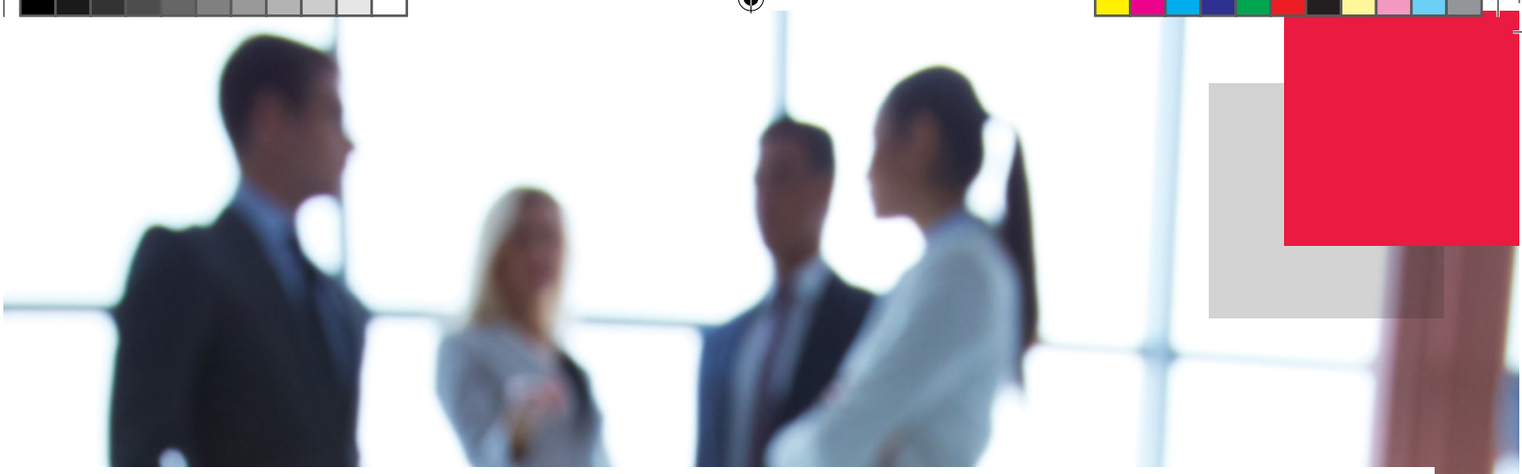
En parallèle, les tarifs de la T2A diminuent chaque année, encourageant les hôpitaux à réaliser plus d'économies(personnels, lits...)
Aujourd'hui la T2A représente 70% des ressources des hôpitaux publics.
Cette rentabilité est totalement construite car il n'y a pas de marché; l'hôpital ne vend rien, il est dépositaire du soin.

Suivant la T2A, apparaît en 1997 l'ONDAM (Objectif Nationale de Dépenses de l'Assurance Maladie) qui impose de facto une obligation supplémentaire de réduction de la dépense publique.

Suite à la mise en place de ces indicateurs de rationalisation budgétaire, le système de santé est devenu un système basé sur l'analyse des coûts/bénéfices, avec une logique de rentabilité, de production et de compétitivité en termes de quantité et non de qualité.

Le rôle de l'économiste de la santé n'est pas d'aboutir à des économies de la sécurité sociale, mais de faire en sorte que les sommes dépensées dans le système de santé le soient avec justesse et efficience.

L'objectif est de contribuer au contrôle démocratique des citoyens sur leur système de santé : une sorte de contre pouvoir, d'avoir un regard extérieur et objectif, en mode consultatif.



L'ONDAM et la T2A sont des mesures administratives sans fondement scientifique, médical ou humaniste.

Nous proposons donc de supprimer l' ONDAM afin de sortir de la valeur marchande du soin pour ne plus être contraint de le rationner, et pour ne plus lier la rémunération des soignants à l'état économique du pays et de la sécurité sociale.

Nous proposons d'utiliser la T2A comme outil statistique, comme reflet de l'activité hospitalière, et non comme critère de financement et de rémunération des groupements hospitaliers. Ces statistiques permettent de fixer l'ONDAM selon les besoins en santé, et ainsi de calculer les moyens à mettre en œuvre pour y répondre.

Il est essentiel d'**intégrer des indicateurs humains et propres à la santé dans les politiques de financement** de celle-ci, d'adopter une vision globale et à plus long terme en terme de besoins / ressources pour mettre en place une politique sanitaire et des financements pérennes.
Il faudra également investir massivement et durablement dans la santé, tous domaines confondus, y compris dans la prévention, la recherche et la formation.

La notion de couverture inégalitaire des soins (obligatoire universelle réduite, complémentaire et surcomplémentaire) rend nécessaire le retour à un financement des soins par la Sécurité Sociale , via la définition d'un panier de soins plus large.

Il conviendra aussi d'appliquer la généralisation de la complémentaire d'entreprise à tous les salariés (public et privé), en intégrant une solution pour les personnes n'ayant pas accès à des contrats collectifs (étudiants, retraités, chômeurs).

Il faudra revoir les modalités de fixation des prix et des brevets, **instaurer de la transparence dans les financements publics** pour la recherche pharmaceutique, en créant un pôle public du médicament.

Il est absolument nécessaire de réformer en profondeur l'économie de notre système de santé et de l'envisager à long terme.



COMPTE RENDU DES AUDITIONS

E-SANTÉ.

Dans les années à venir, le développement de la e-santé permettra d'apporter des réponses aux problématiques actuelles.

En effet, l'augmentation des besoins en soins associée à une diminution de l'offre conduit à la désertification médicale de nombreux territoires. La part de patients porteurs de maladies chroniques ou nécessitant des prises en charge plus complexes augmente, et ils souhaitent avoir une implication forte dans leur parcours de soins.
Enfin, les professionnels du soin veulent désormais trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, tout en gardant du sens dans leur travail.

Il est nécessaire et urgent de valoriser la prévention tout comme le concept développé par le Docteur Prioux de « médecine des 4P » ayant une approche **PRÉDICTIVE**, **PRÉVENTIVE, PARTICIPATIVE** et **PERSONNALISÉE**.

La e-santé doit S'**INTÉGRER DANS L'ÉCOSYSTÈME LOCAL EXISTANT**. Elle permet d'accentuer le pouvoir de la santé communautaire en rendant accessibles les données géographiques de santé à tous les professionnels du soin impliqués sur un territoire.

C'est en développant, notamment dans les déserts médicaux, les maisons de santé et les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) que l'intelligence collective pluridisciplinaire permettra le maintien en bonne santé des habitants d'un territoire.

Pour ce faire, ces lieux doivent disposer d'**ACCÈS MULTISITES AU DOSSIER INFORMATISÉ DU PATIENT** dans lesquels chaque professionnel apporte au système d'informations partagées et à la structure médicale pluriprofessionnelle, des données facilement requêtables afin de les rendre facilement utilisables.
Dans cette organisation, l'accès au dossier médical du patient est également souhaitable pour le pharmacien, identifié alors comme « **PHARMACIEN CORRESPONDANT** ».

Celui-ci reçoit des notifications en temps réel lorsqu'une prescription est établie par un médecin tiers, permettant ainsi une anticipation sur la préparation et la délivrance de l'ordonnance et une économie de temps lors de la venue du patient en officine.

Ce **DOSSIER MEDICAL PARTAGE** permet aussi une communication plus efficace entre l'hôpital et la ville, en évitant la perte d'information pour le professionnel assurant la poursuite de la surveillance du patient.

L'émergence de la e-santé et la collecte des données médicales pluriprofessionnelles représentent un outil supplémentaire pour **MAINTENIR LE LIEN** avec des patients isolés, âgés et/ou polymédiqués.

Pendant la pandémie de Covid-19, cette technologie a permis par exemple de leur amener leurs traitements directement à domicile.

Le dossier médical partagé permet aussi de **MENER DES ACTIONS DE PRÉVENTION** en ciblant les besoins du patient : lutte contre tabagisme pour patients tabagiques, information sur la vaccination antigrippale des patients éligibles…



Enfin, la **GESTION DES RESSOURCES HUMAINES** peut être facilitée par le traitement des données de vie réelle en santé.
Lors du renouvellement d'un traitement, pour un nombre défini de pathologies et si le patient répond à certains critères d'éligibilité, l'expérience nous prouve qu'il est possible d'assurer conjointement un suivi avec un infirmier de pratique avancée (IPA), le pharmacien correspondant, en partenariat avec le médecin traitant.

La **TÉLÉMÉDECINE** intégrée dans un écosystème de santé existant, est une part importante de la e-santé. Elle concerne environ 3 millions de français et englobe différentes pratiques médicales comme la consultation, la surveillance, l'expertise, l'assistance et le conseil.
Les principaux motifs de téléconsultation concernent la rhumatologie, l'urologie et la gynécologie.

Les **CABINETS MÉDICAUX CONNECTES** s'intègrent dans des projets de santé coordonnés sur un territoire avec les acteurs de santé locaux, permettant la mise en place de véritables parcours de soin.

Ils permettent de **DÉSENGORGER LES HOPITAUX** et sont un réel atout pour les professionnels du soin exerçant dans les déserts médicaux en COMPLÉTANT L'OFFRE DE SOINS de ces territoires et en favorisant le maintien du lien social.
Dans 78% des cas, les patients bénéficiant d'une téléconsultation ne seront pas réorientés vers la médecine d'urgence et seulement 1,7% des patients se rendront aux urgences.

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

ETHIQUE.

Une **TÉLÉCONSULTATION** est une **CONSULTATION MÉDICALE À DISTANCE**, en aucun cas une visioconférence.

Elle reprend tous les temps d'une consultation médicale conventionnelle de l'interrogatoire du patient, à l'examen clinique à distance guidé par le médecin et à l'aide de capteurs, jusqu'à la formulation du diagnostic et la proposition d'une thérapeutique adaptée.

Elle nécessite en outre des instruments soumis à règlementation et l'utilisation de dispositifs médicaux certifiés.

Il existe des critères d'inclusion à la téléconsultation mais aussi d'exclusion notamment pour les patients âgés nécessitant une authentique consultation médicale en présentiel, dans le cas de traitements de plaies, ou encore pour les enfants de moins de 6 ans qui n'ont pas encore acquis la notion de « je » qualifié et qualifiant.

Le praticien effectuant des téléconsultations engage sa **RESPONSABILITÉ MÉDICALE** et doit être protégé par une responsabilité civile professionnelle (RCP), au même titre que lorsqu'il effectue une consultation en présence du patient.

Son exercice doit se faire dans un **ENVIRONNEMENT CERTIFIE**, en utilisant des **INSTRUMENTS ET LOGICIELS** eux-mêmes certifiés.
Il faut donc adapter la technologie servant à la réalisation d'une téléconsultation: la création d'un **LABEL ETHIQUE** permettrait la certification des outils nécessaires à la réalisation de ces consultations à distance.

Le cursus universitaire des futurs praticiens doit intégrer des modules d'**ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE EN TÉLÉMÉDECINE**, comme cela existe à l'université d'Angers.

La mise en place de protocoles pour les pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale intégrant des données scorées et évaluées en double aveugle sur plusieurs années, pour chaque pathologie, représente un outil de travail fiable (comme proposé par la H4D Académie du Docteur Baudino).

Enfin, l'émergence de la e-santé amène à réfléchir au problème du **TRAITEMENT ET DE LA CULTURE DE LA DONNÉE MÉDICALE** issue de la télémédecine.

Cette donnée, qu'elle apparaisse dans un dossier médical partagé ou qu'elle soit le fruit d'une téléconsultation, est hautement sécurisée et vulnérable.

Son recueil nécessite le consentement du patient et une anonymisation : sur ce sujet il convient d'**HARMONISER LES PRATIQUES ET LES RÉGLEMENTATIONS** du traitement de ces données entre les pays européens.



Se pose aussi la question de la centralisation de ces données. Le traitement des données nominatives est autorisé, si celles-ci s'intègrent dans des données de santé au sein d'une société d'économie sociale et solidaire sans objectifs de profit mais pour développer le bien commun.

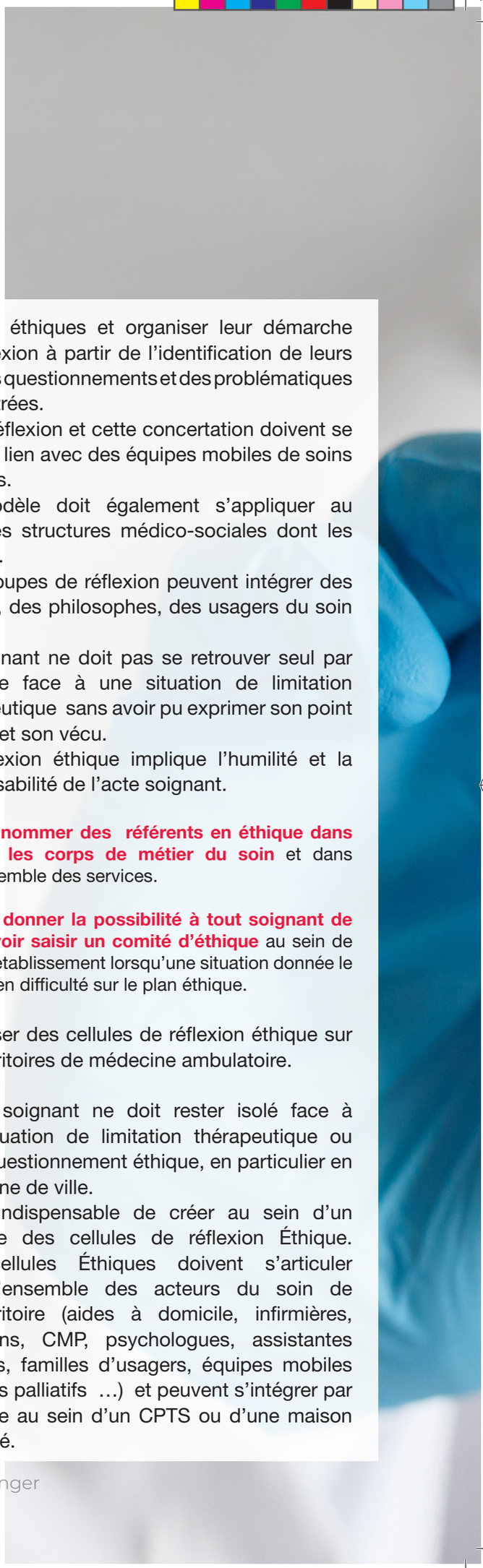
Afin de ne pas multiplier les interfaces, l'**INTEROPERABILITE DE LA DONNEE** est nécessaire, lui permettant d'être compréhensible par tout logiciel gravitant autour du patient.

Le dossier médical partagé devient alors un « passeur de messages » s'intégrant dans un projet de santé.

La création d'une **CHARTE ÉTHIQUE EN E-SANTE** et d'une plateforme de données de vie réelle avec **GOUVERNANCE MÉDICALE** par des Conseils Nationaux Professionnels, permettrait de renforcer la sécurité de ces données sensibles, et ne laisserait pas les éditeurs de logiciels seuls maîtres de leur utilisation.

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

ETHIQUE.



Développer la démarche éthique dans les établissements de santé

Les acteurs du soin se trouvent souvent isolés et mal formés face à des questionnements éthiques et des décisions auxquelles ils sont confrontés parfois en urgence.

Ces situations inconfortables que subissent les soignants entraînent de la souffrance, un certain découragement et une perte de sens de leur métier.

Le soignant ne doit pas se retrouver seul par exemple face à une situation de limitation thérapeutique sans avoir pu exprimer son point de vue et son vécu.

Il est donc indispensable au sein de tous les établissements de santé, établissements médico sociaux (EHPAD …), hôpitaux psychiatriques,

- **d'organiser des formations dans le domaine de l'Éthique médicale adaptées pour tous les soignants sur un temps dédié et financé par l'établissement de santé** : Il s'agit d'acquérir des compétences dans le domaine de l'éthique pour faire face à l'ensemble des situations complexes.

- **de créer des groupes de questionnement éthique ouverts à l'ensemble des professionnels du soin** favorisant la concertation et la collégialité.

L'ensemble des acteurs du soin d'un établissement doit pouvoir participer à des groupes de travail et donner un sens aux actions et aux projets des professionnels.
Ce type de groupe de parole, réflexion, et de concertation doit être favorisé par les directions des établissements.
En effet, la réflexion éthique n'apporte pas de réponse toute faite car elle concerne des cas singuliers.
L'ensemble des soignants doit s'approprier les notions éthiques et organiser leur démarche de réflexion à partir de l'identification de leurs propres questionnements et des problématiques rencontrées.
Cette réflexion et cette concertation doivent se faire en lien avec des équipes mobiles de soins palliatifs.
Ce modèle doit également s'appliquer au sein des structures médico-sociales dont les EHPAD.
Ces groupes de réflexion peuvent intégrer des juristes, des philosophes, des usagers du soin etc…
Le soignant ne doit pas se retrouver seul par exemple face à une situation de limitation thérapeutique sans avoir pu exprimer son point de vue et son vécu.
La réflexion éthique implique l'humilité et la responsabilité de l'acte soignant.

- de **nommer des référents en éthique dans tous les corps de métier du soin** et dans l'ensemble des services.

- De **donner la possibilité à tout soignant de pouvoir saisir un comité d'éthique** au sein de son établissement lorsqu'une situation donnée le met en difficulté sur le plan éthique.

Organiser des cellules de réflexion éthique sur des territoires de médecine ambulatoire.

Aucun soignant ne doit rester isolé face à une situation de limitation thérapeutique ou autre questionnement éthique, en particulier en médecine de ville.
Il est indispensable de créer au sein d'un territoire des cellules de réflexion Éthique. Ces cellules Éthiques doivent s'articuler avec l'ensemble des acteurs du soin de ce territoire (aides à domicile, infirmières, médecins, CMP, psychologues, assistantes sociales, familles d'usagers, équipes mobiles de soins palliatifs …) et peuvent s'intégrer par exemple au sein d'un CPTS ou d'une maison de santé.



Développer la démarche ÉTHIQUE dans les établissements de santé

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Conclusion.



DR Thomas BROSSET

Deux ans d'échanges, de recueil de témoignages pleins d'humanité et d'informations au sein du Collectif Santé en Danger ont permis de poser les constats de l'état critique du système médico-social en 2021 en France et de commencer à formuler des idées pour résoudre ses maux.

Les **40 jours d'auditions** de ce que nous avons appelé **« Vrai Ségur de la Santé »** ont confirmé les **insuffisances du Ségur de la Santé de juillet 2020**, et des propositions rectificatives concrètes et applicables sans délai ont pu être rendues au sein de ce livret.

Ce travail participatif a pu voir le jour en bénéficiant des **auditions d'experts du monde de la santé en France et à l'international**.

Ce livret est aussi un relais de l'expérience des acteurs du terrain du système sanitaire et social. A ce titre, sa légitimité constitue à nos yeux une véritable force de proposition. La rédaction de cet ouvrage a pour objectif de devenir un outil de réflexion et d'aide à la décision politique dans le cadre d'une réforme indispensable et en profondeur de notre système de santé à bout de souffle.
Nombreuses sont les idées novatrices.

La **création d'un "ministère de la prévention"** fait partie de nos propositions et nous semble légitime car cette compétence touche tous les domaines de la santé et à tous les âges.
Ce ministère - en interface avec d'autres ministères tels que l'économie, l'écologie, l'urbanisme, les transports, l'agriculture, l'éducation, le travail - sera au cœur d'un système économique où les indicateurs ne seraient plus la T2A ou l'ONDAM, mais des indicateurs positifs du « vivre en bonne santé ».

Les **3 piliers fondamentaux** sur lesquels s'appuierait ce système de santé seraient la **PRÉVENTION**, l'**ÉDUCATION** et la **SANTÉ ENVIRONNEMENTALE**.

Les actions de prévention efficaces permettront de préserver notre système de santé et de le désengorger mais également de créer des métiers émergents. Le pilotage des actions par ces ministères doit être clairement identifié et des liens simples mais robustes créés.

Le défi de cette innovation est donc à envisager comme un véritable investissement.

La verticalité de la gouvernance de notre système de santé a prouvé son inefficacité au cours de la crise Covid, les acteurs de terrain et le personnel soignant doivent être concertés.
L'échelle du territoire et des bassins de vie d'une population doit être plébiscitée, c'est la meilleure garantie de collaboration efficiente entre la ville et l'hôpital (accès aux soins, gestion du dossier médical partagé, communication interprofessionnelle). Les ARS garderaient un rôle régulateur et facilitateur avec les autres administrations et entre les différents corps de métier. Les dispositifs existants, notamment dans le secteur médico-social, doivent être renforcés : ils sont déjà bien ancrés dans le tissu territorial, mais le nombre de structures et de personnels restent insuffisants.

Les établissements de soins se voient dotés de conseil d'administration avec un partage de la direction entre professionnels du soin et cadres administratifs.

La promotion et la reconnaissance des formations professionnelles sur le modèle LMD (Licence, Master, Doctorat) doivent être accentuées sans que le caractère technique des soins au cœur de ces professions ne soit impacté, bien au contraire.

Un enseignement complémentaire en santé environnementale, en santé mentale devrait être obligatoire quelle que soit la filière.

Un choc capacitaire réactif doit voir le jour. Les fermetures de lits, les plans blancs ou les déprogrammations chirurgicales ne doivent plus être des mesures d'ajustements palliatives au manque d'effectif.

Des formations en soins critiques sont à organiser sur tout le territoire à l'attention des professions médicales et paramédicales. Ces professionnels seront alors mobilisables lors des catastrophes épidémiques, climatiques et belliqueuses.
Les effectifs de soignants, de travailleurs sociaux, d'aides à domicile nécessitent une augmentation massive.

Un choc d'attractivité est intimement lié au recrutement massif et au maintien en exercice des professionnels du monde de la santé.

L'attractivité des métiers passe par une forte revalorisation et reconnaissance salariale (indexée annuellement sur l'inflation et à hauteur de la qualité des compétences et formations des soignants ce qui les placerait en haut des classements de l'OCDE) , mais pas seulement.
La qualité de vie au travail est un axe essentiel.

Réhumaniser les établissements de soins est une priorité absolue (respect du temps de travail, des soins, des compétences...).

Il faut instaurer des ratios soignants-soignés, selon les spécificités de prise en charge. Pour certaines spécialités, ces ratios seront numéraires, pour d'autres ils seront liés à la charge de travail.

La charge administrative doit être soit allégée, soit comptabilisée comme charge de travail effective et du coup traduite en « équivalent temps plein».

Les soins ne doivent pas en pâtir. Le numerus clausus des spécialités médicales doit réellement être supprimé. En contrepartie, pour lutter contre les déserts médicaux, les médecins seront mieux répartis sur le territoire à l'instar des officines de pharmacie. Cependant ce sont les mesures d'attractivité par la qualité de vie qui doivent être mise en avant.

AU FINAL, IL Y A URGENCE À AGIR. VOUS LE SAVEZ, NOUS LE SAVONS TOUS. C'EST UN IMMENSE DÉFI À RELEVER.

Le prochain Président de la République ainsi que les prochains législateurs ne peuvent l'ignorer. La pandémie de COVID-19 n'est qu'un avertissement. Les prochains enjeux sanitaires sont déjà omniprésents : canicules, épidémies, flux migratoires dus aux modifications climatiques, guerres... La santé est l'affaire de tous.

C'est aussi à chaque citoyen de se positionner en connaissance de cause pour revendiquer un système de soins alliant prévention et technicité, qui soit plus juste, plus équitable, plus accessible, plus responsable et respectueux de l'environnement.

Il ne faut plus fermer les yeux mais **agir pour le bien de tous ... dès maintenant !**

Thomas BROSSET
Chirurgien orthopédiste et traumatologue,
vice-président de l'association C Santé en Danger

COMPTE RENDU DES AUDITIONS

Remerciements.

MERCI À TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ À LA BONNE TENUE DES AUDITIONS DU VRAI SÉGUR DE LA SANTÉ ET À CEUX AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DE CE LIVRET :

Julie Allemand
Myriam André
Emmanuel D'Astorg
Christel Baldet
Audrey Baskovec
Eléonore Berthe
Natasha Bogaert
Thomas Brosset
Monique Chevalier
Arnaud Chiche
Aude Derrier
Magali Matuz
Lucie Nedellec
Jessica Noir
Carine Pallardy
Stéphanie Perrard
Christelle Pierrot
Guénola Restier
Cécile Rouyer
Karen Sourdy
Aude Torquato Le Moigne

ASSOCIATION SANTÉ EN DANGER

AINSI QU'AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET AUX MEMBRES ACTIFS DE L'ASSOCIATION C SANTÉ EN DANGER.

MERCI À NOS PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS
Franck Dana, Isabelle Alfon et Fédérale productions
Studiobox
Kali magazine
La société Experf, prestataire de soins à domicile
Et enfin à nos généreux donateurs.




SANTÉ EN DA
Ils ont toujours
Ne l'oubl
#PrendsSoinDeTon
SANTÉ
Ils ont toujours été là pou
Ne l'oubliez pas
#PrendsSoinDeTon
SANTIEN D
Ils ont toujours été là pou

SANTÉ EN DANGER

LE COLLECTIF SANTÉ EN DANGER
WWW.COLLECTIF-SED.ORG

contact : Collectifsed@gmail.com

ASSOCIATION C SANTÉ EN DANGER / www.collectif-sed.org
contact : Collectifsed@gmail.com
CONTACTS PRESSE / Agathe Alezria-Cohen : alezracohen@gmail.com
ÉDITORIAL / Arnaud Chiche, Thomas Brosset et Franck Dana (Fédérale productions)
GRAPHISME / Vincent Dugast (Fédérale productions), Avril 2022
PHOTOGRAPHIES : © Shutterstock, © AdobeStock et © Association C Santé en Danger





ASSOCIATION SANTÉ EN DANGER

LE COLLECTIF SANTÉ EN DANGER

WWW.COLLECTIF-SED.ORG

contact : Collectifsed@gmail.com