



Accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie

Il est **urgent** d'agir

Décembre 2020

Présenté par Philippe Tessier

RAPPORT

Décembre 2020

L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie : il est urgent d'agir !

Présidente

Jocelyne AMBROISE

Vice-présidente

Catherine LILLINI

Rapporteur

Philippe TESSIER

Avec le concours de

Isabelle LABICHE

Table des matières

Avis.....	11
Rapport.....	65

Auditions et remerciements

Joanny ALLOMBERT

Centre hospitalier d'Avranches-Granville –
Établissement support du groupe hospitalier Mont
Saint-Michel, directeur

Jean-Marie ANDRÉ

Ecole des hautes études de santé publique
(EHESP), enseignant

Catherine BITKER

CHU de Caen, directrice de soins
Coordinatrice des formations initiales
paramédicales, ambulanciers et auxiliaires
ambulanciers

Laurent BOCÉNO

Université de Caen, maître de conférences en
sociologie

Marion BOUCHER- LE BRAS

Promotion Santé Normandie, directrice

Serge BOYER

CPAM de Seine-Maritime, directeur

Sylvie CASTAIGNE

CESE – co-rapporteuse de l'étude « Les déserts
médicaux »

Marjolaine COLLET-VÉTELÉ

Normand'e.sante (Nes), responsable partenariats

Valérie EGLOFF

Région Normandie, conseillère régionale

Emmanuel ELIOT

Université de Rouen, professeur de géographie

Jacques FRICHET

Communauté professionnelle territoriale de santé
(CPTS) du Pays de Bray et Vallée de Bresle,
médecin généraliste et porteur du projet de santé

Alain FUSEAU

Pédopsychiatre, président de la commission
médicale d'établissement du groupe hospitalier

Jean-Michel GAL

Communauté professionnelle territoriale de santé
(CPTS) Orne Est, médecin généraliste et porteur du
projet

Frédéric GODDÉ

Centre hospitalier d'Avranches-Granville, président
de la commission médicale d'établissement (CME),
médecin anesthésiste réanimateur

Christelle GOUGEON

Agence régionale de santé (ARS) Normandie
Direction de la santé publique, responsable du pôle
prévention et promotion de la santé

Guy LAUNOY

CHU de Caen, épidémiologiste

Yann LEQUET

Agence régionale de santé (ARS) Normandie
Direction de l'appui à la performance, directeur

David LEROY

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de
la Clinique de la Miséricorde à Caen, infirmier

Kevin LULLIEN

Agence régionale de santé (ARS Normandie)
Direction de l'offre de soins, directeur

Mathieu MORIN

Communauté professionnelle territoriale de santé
(CPTS) du Pays de Bray et Vallée de Bresle,
coordinateur institutionnel de la Plateforme
territoriale d'appui (PTA) en lien avec le projet de
santé

Elise NOGUERA

Agence régionale de santé (ARS) Normandie,
directrice-adjointe

Isabelle ROBERGE

Région Normandie, cheffe du service
Aménagement, santé et territoires vulnérables

Dominique SACHER

CESER Centre-Val de Loire, rapporteur de l'étude
« La situation des hôpitaux publics en région
Centre-Val-de-Loire »

Coraline TRANCHANT

Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS),
coordinatrice régionale

Célia VERLAND

France Assos Santé, coordinatrice régionale

Nathalie VIARD

Agence régionale de santé (ARS) Normandie,
Direction de la santé publique, directrice

Annabelle YON

ORS-CREAI Normandie (Observatoire régional de
santé - Centre régional d'Etudes, d'actions et
d'informations), directrice-adjointe

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements à **Emmanuèle JEANDET-MENGUAL** pour ses différentes interventions auprès de la commission 2 et du comité d'étude, et plus généralement pour sa collaboration active et son expertise éclairée tout au long de ces travaux.

Nous remercions par ailleurs chaleureusement les cinq participants de la table ronde du 3 mars 2020 dédiée à la démocratie sanitaire : **Jean-Marc DUJARDIN**, président de Promotion santé Normandie et de la commission spécialisée de prévention à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), **Mauricette DUPONT**, présidente de l'Association française des diabétiques (AFD) 76-27, **Didier PERRIER**, représentant d'usagers du centre de santé de Cherbourg-en-Cotentin, **Michel PONS**, vice-président de la coordination Handicap Normandie, **Mamadou SALL**, membre de l'association L'Abri ;

Nous tenons également à remercier **Nicole GOOSSENS** et **Catherine KERSUAL**, respectivement présidente et membre de la commission Prospective du CESER de Normandie, pour la présentation des éléments de leurs travaux en lien avec la présente étude.

Nous remercions enfin **Françoise AUMONT** et **Valérie DESQUESNE**, déléguées départementales du Calvados et de l'Orne au sein de l'ARS Normandie, pour leur participation à l'audition de l'ARS du 30 juin 2020.

Composition de la Commission 2

Développement humain et qualité de vie

Présidente : **Jocelyne AMBROISE**

Vice-présidente : **Catherine LILLINI**

Charlotte ALLEAUME

Sarah BALLUET

Marie-Christiane DE LA CONTÉ

Denys DECLERCQ

Gabriel DESGROUAS

Dominique FERMÉ

Sylvie FUSIL

Marc GRANIER

Marie-Ange GUILBERT

Rémy GUILLEUX

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Nathalie JEANPIERRE

Violaine JULIE

Antoine LAFARGE

Coralie LAFRÉCHOUX

Marie-Hélène LALANDE

Maud LASNON

Florence LE LEPVRIER

Sylviane LEFEZ

Monique LEMARCHAND

Martine LOUVEAU

Emmanuel MAILLARD

Eléonore MANDEL

Nicolas MARAIS

Brigitte MARIE

Valérie MESPOULHÈS

Véra MONFORT

Sylvie MONTIER

Nicole PAUL

Aline PICHEREAU-QUENTIN

Ludovic PIQUOT

Michel PONS

Aminthe RENOUF

Valérie RUBA COUTHIER

Nathalie SARGE

Philippe TESSIER

Gérard THÉRIN

Valérie VARENNE

7

Composition du comité d'étude (présidé par Jocelyne AMBROISE)

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Marie-Hélène LALANDE

Catherine LILLINI

Nathalie SARGE

Jean-Claude SOUBRANE

Philippe TESSIER

Valérie VARENNE

Paul VITART

*« Réduire les inégalités de santé est un impératif éthique.
L'injustice sociale tue à grande échelle¹ ».*

¹ Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Genève, OMS, 2008.

AVIS

INTRODUCTION	19
1 Primauté à la prévention et à l'éducation à la santé	21
1.1.1 Promouvoir la santé durable	22
1.1.2 Pour un soutien spécifique à toutes actions porteuses de santé durable	23
1.1.3 Pour une médecine scolaire revitalisée	23
1.1.4 Intensifier et accélérer la synergie Sport - Santé	24
1.2 Faire de l'éducation un vecteur majeur de prévention	24
1.2.1 Renforcer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)	25
1.2.2 Faire progresser la place du « patient expert/témoin »... bien formé et encadré	25
1.3 Communiquer - Démultiplier les actions de prévention et de promotion de la santé	26
1.4 Ruptures sociales	28
1.5 Mettre en œuvre un accompagnement global, pluridisciplinaire et intersectoriel	29
1.5.1 Instaurer une véritable prise en compte des personnes en situation de précarité	30
1.5.2 Accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques sans logement	31
1.6 Pour un accès aux soins équitable des personnes en situation de handicap	31
1.7 Reposer la question de l'égalité et du bien-être au travail	32
1.7.1 Réduire les inégalités professionnelles : un enjeu de taille	32
1.7.2 La mixité professionnelle : un levier d'action au bénéfice de tous	33
1.7.3 Poser au féminin la question de la santé au travail	34
1.7.4 Les cadres et dirigeants : une souffrance à bas bruit mais non moins délétère	34
2 Ruptures territoriales, ruptures de soins	36
2.1 Être à l'écoute du terrain : privilégier la proximité	36
2.1.1 Pour une santé « territorialisée » au plus proche de la population	37
2.2 Placer le patient au cœur du système	38
2.2.1 Organiser l'exercice interprofessionnel coordonné autour du patient	39
2.2.2 Développer la délégation des tâches	40
2.2.3 Démocratie sanitaire : donner véritablement aux usagers la place qui leur est due	40
2.3 Pour une meilleure répartition des médecins sur les territoires	41
2.3.1 Favoriser l'installation de médecins sur les territoires sous-denses	42
2.3.2 Réguler l'installation des médecins : entre sensibilisation, incitation et coercition	43
2.4 Instaurer une gradation des soins plus efficiente	44
2.4.1 Encourager un recours raisonné à la télémédecine	46
2.5 Pour rendre nos hôpitaux publics plus attractifs	46
2.5.1 Attirer et maintenir les médecins au sein de nos hôpitaux	47
2.5.2 Solidifier le « colosse aux pieds d'argile » qu'est l'hôpital public	48
2.6 Optimiser les moyens et ressources numériques à disposition	50
3 Vers un nouveau modèle de notre système de santé : quelques pistes	51
3.1 Libérer et légitimer le droit à l'expérimentation sur les territoires	52
3.2 Et si on engageait des réformes plus profondes ?	52
3.2.1 Laisser aux Régions plus de latitudes en matière de santé	52
3.2.2 Engager une réflexion pour une nouvelle organisation de notre système de santé	53

Une vie, un parcours de santé

L'accès à la santé nous concerne tous, à chaque instant de notre vie et concerne un grand nombre d'acteurs

Petite démonstration en retraçant quelques étapes d'un parcours de vie...

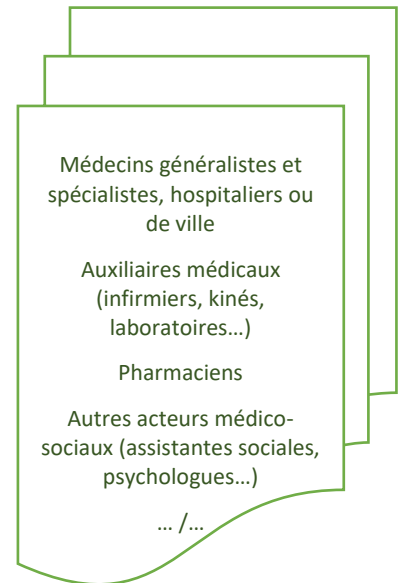
A peine étais-je dans le ventre de ma mère que celle-ci devait déjà passer des examens médicaux pour mieux appréhender les conditions de ma venue (prise de sang, échographie, etc...). Mes parents se posaient tout un tas de questions : comment se passe une grossesse ? Est-ce que ça s'apprend ? Où allais-je naître ?



« En frappant aux bonnes portes », maman a été bien suivie médicalement. D'autres n'ont pas cette chance, soit parce qu'elles ne sont pas assurées, ne peuvent pas payer, ne peuvent pas se déplacer, ne savent pas à quoi elles ont

droit ou ne comprennent pas toujours ce qui leur est proposé...

Mais au fait, c'est quoi tous ces examens, ça sert à quoi ?



Je suis née, j'ai grandi.

Durant mes premières années, j'ai régulièrement vu des professionnels de santé pour des examens, des vaccins, des conseils donnés à mes parents...

Là encore :
prévention et
dépistage... !

Un jour, j'ai été assez grande pour aller à l'école. Là, j'aurais dû voir des personnes pour vérifier que tout allait bien, que je me développais normalement, que je voyais et entendais bien, que mes parents m'avaient fait vacciner, que je mangeais bien, que je n'étais pas malade de manière générale...

Médecine scolaire...

qu'il est indispensable et urgent de faire renaître !

je n'étais

Arrivée à l'adolescence, mes parents me reprochaient de manger n'importe quoi, de passer trop de temps devant les écrans ; ils ne s'apercevaient pas que je n'allais pas très bien dans ma tête...

Gestion et prévention du mal-être
(attention aux risques suicidaires !)

Activité physique : le sport, c'est la santé !

Nutrition : je suis ce que je mange

... / ...

Prévention et
éducation à la santé...
et oui, on vous l'a déjà
dit !

J'ai continué à grandir et j'ai commencé à découvrir, sans même y penser, les plaisirs de la vie, à faire la fête, fumer, rencontrer des personnes qui m'attiraient...

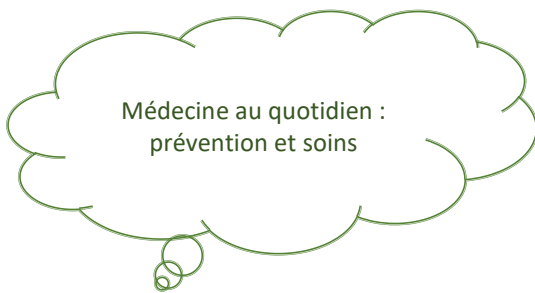
Prévention des addictions

Éducation à la sexualité

... / ...

Peu à peu, je suis devenue adulte. Mes parents sont rassurés car je travaille et ils me trouvent plus « raisonnable ». Pourtant, je me sens souvent un peu perdue car entre deux âges, et ma santé, c'est maintenant à moi de la prendre en charge.

J'ai quand même dû passer une ou deux fois des visites médicales. Quand on m'a conseillé de prendre une mutuelle, je me suis demandé si ça en valait la peine vu que j'avais déjà un numéro de sécurité sociale. C'est quoi finalement, la différence entre les deux ?



Le temps a passé...

J'ai pu tant bien que mal me faire soigner tout au long de ma vie, malgré des difficultés croissantes pour obtenir un rendez-vous.

En avançant dans l'âge, j'ai été rattrapée par des maladies chroniques (hypertension, diabète...). Ça m'a amenée à voir le corps médical plus souvent, de même que des infirmiers et autres soignants.

Et puis, j'ai commencé à me poser tout un tas de questions : comment est-ce que j'allais vieillir ? où est-ce que je finirais mes jours ? qui s'occuperait de moi ?

Autant de questions... autant d'angoisses !

Accompagnement des situations spécifiques

Personnes...

... atteintes de maladies chroniques
... en situation de handicap
... précaires, vulnérables, sans domicile fixe
... âgées
... dépendantes (EHPAD, établissements spécialisés...)

Et à quel moment parle-t-on véritablement de l'**accompagnement des personnes en fin de vie** ?

Soins palliatifs dispensés...

... à l'hôpital
... à domicile (grâce à des équipes mobiles)
Beaucoup reste à faire... !

18

Comment répondre à toutes ces problématiques... ?

Anticiper : éduquer,
promouvoir, prévenir, dépister
Coordonner, décroisonner
S'appuyer sur les exemples de réussite

INTRODUCTION

L'idée de cette étude provient d'un constat : l'accès à la santé et aux soins se complexifie en France et la question est d'autant plus préoccupante dans une région comme la Normandie, qui présente un « tableau clinique » globalement défavorable, composée de surcroît d'une population vieillissante encore plus en demande de soins, face à des déserts médicaux qui s'accroissent.

Le présent avis rendu par le CESER reflète la ligne d'une étude qui s'était fixé pour modeste objectif d'apporter un **éclaircissement** nécessairement rapide et partiel par la formidable ampleur de son sujet. Ainsi, il n'y est rien dit ou très peu sur la place pourtant fondamentale qu'occupent la formation, la recherche, les innovations technologiques, les conditions environnementales, etc. dans le champ immense et complexe que constitue la santé.

Cet avis passe également sous silence les questions très prégnantes liées à la santé mentale et à la psychiatrie, ce qui ne manquera pas d'étonner toute personne qui estime avec raison que « le corps et l'esprit ne font qu'un ». Le rapport qui suit explique, dans son avant-propos, que ce champ de la santé est tellement crucial – et tout particulièrement en Normandie – qu'il mérite qu'on lui consacre à lui seul une étude entière, ce que le CESER envisage et espère pouvoir réaliser dans un proche avenir.

Nous aurions également souhaité nous attarder sur la santé des jeunes, très (trop) brièvement évoquée dans cet avis (par le prisme de la médecine scolaire) puisque de la santé au plus jeune âge dépendra très largement celle que l'on aura à l'âge adulte et tout au long de sa vie. Là encore, l'ampleur de l'étude dans laquelle nous nous étions engagés ne nous aura pas permis de creuser ce volet pourtant primordial.

Notons que ces travaux ont été conduits dans un contexte très particulier de crise sanitaire aiguë ayant donné lieu à un foisonnement de réflexions inédit sur l'organisation et la gestion de notre système de santé. Les préconisations de réforme, dont beaucoup découlent du Ségur de la santé (clos en juillet 2020) sont par conséquent pléthoriques et demanderaient à elles seules des journées entières de lecture pour en prendre minutieusement connaissance.

Le CESER de Normandie est par conséquent conscient que ses préconisations viennent s'ajouter à un cortège très nourri de recommandations formulées par nombre d'organismes, fédérations et experts de la santé dans toutes ses composantes. Il tient également à souligner que le prisme régional est somme toute assez mesuré, eu égard à la nature même des problématiques que pose l'accès à la santé et aux soins. En effet, bien que s'appliquant à des degrés divers, celles-ci concernent l'ensemble du territoire national et relèvent de décisions de l'Etat lequel détient, rappelons-le, l'entière compétence en matière de santé.

A l'heure où nous bouclons cet avis, nous sommes frappés par la convergence de nos préconisations avec celles que dévoile concomitamment le CESE, dans les suites de la consultation citoyenne qu'il a menée sur l'hôpital. Faut-il pourtant s'en étonner ? Les signaux et constats sont devenus tellement criants qu'ils convergent vers un même diagnostic et partant vers des réponses qui ne se distinguent plus qu'à travers quelques nuances.

Face au poids des déterminants de la santé et des inégalités qui en découlent, cette étude avait pour principal objet de mettre l'accent sur les **ruptures** qui **entravent l'accès pour tous à la santé et aux soins** : fragmentation d'un système de santé octroyant une faible place à la

prévention et à l'éducation à la santé, ruptures sociales, ruptures territoriales, ruptures de soins.

La **Normandie** souffre d'une **situation sanitaire dégradée** et à plusieurs égards très préoccupante quand on la compare aux autres régions de France. Une lecture rapide des indicateurs de santé suffit à saisir le caractère particulièrement défavorable de la situation d'une région très touchée par le vieillissement de sa population, présentant par ailleurs des disparités territoriales et inégalités sociales de santé marquées, dans un contexte démographique et socio-économique très contrasté.

Or, l'Etat est compétent en matière de santé et garant de l'équité à l'échelle nationale. Par conséquent, le CESER rappelle la nécessité de construire un plan régional de lutte incisif, propre à garantir l'accès à la santé et aux soins pour tous.

Eu égard à l'urgence face à une situation qui continue de se détériorer, nous réitérons solennellement, à l'intention de l'ARS et de la collectivité régionale, notre vœu d'une mobilisation au plus haut niveau de l'Etat, aux vues d'obtenir un **plan de rattrapage spécifique** pour la Normandie².

Les points de vue et recommandations qui suivent se proposent d'apporter quelques éclairages à l'intention de tout acteur œuvrant, à des degrés divers, à « l'édifice » du système de santé et de soins : l'Etat, la Région, les autres collectivités territoriales, l'ensemble des acteurs de la santé et du soin... mais aussi à toute personne qui s'intéresse à l'organisation de la santé et désire de fait en appréhender mieux les contours. En proposant une vision globale et sommaire des questions de santé dans un langage accessible au plus grand nombre, le rapport de cette étude se veut le plus pédagogique possible pour aider à appréhender un univers particulièrement composite.

Les présents travaux sont le fruit de rencontres avec différentes personnes auditionnées qui œuvrent au quotidien, de manière plus ou moins directe, mais toujours avec passion et sincérité, pour que chacun puisse trouver l'aide nécessaire à sa santé. Ils sont également le fruit de l'implication sans faille et de la rigueur du comité d'étude qui s'est constitué, de même que du regard très attentif de l'ensemble de la commission « Développement humain et qualité de vie », présidée par Jocelyne Ambroise.

Une meilleure prise en compte de la personne humaine a guidé ces travaux. Parce qu'il est en effet vital et urgent de renouer avec une vision humaniste qui se différencie de politiques trop guidées par des indicateurs de rentabilité.

² Le CESER a déjà sollicité ce plan de rattrapage, dans son avis rendu le 14 juin 2018, sur le projet régional de santé (PRS) 2018-2023 élaboré par l'Agence régionale de santé.

1 Primauté à la prévention et à l'éducation à la santé

Pour que la santé soit véritablement l'affaire de chacun et de tous

Diabète, maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale... sont autant de maladies chroniques dont le nombre est en augmentation constante depuis 20 ans et qui touchent aujourd'hui un quart de la population française. Le vieillissement de la population en est la principale cause.

La prévention se définit par l'adoption d'une attitude efficace contre un risque futur et incertain. Réduire la santé à une équation d'offres de soins serait contreproductif. Les fortes évolutions et mutations de ces dernières décennies appellent à un véritable changement de paradigme dans lequel le **préventif** doit **prendre le pas sur le curatif**. Notre système de santé en France a en effet toujours privilégié une approche curative des soins, en ne consacrant que 2 à 3 % des dépenses de santé à la prévention. Et force est de constater que la « course aux soins » à laquelle nous assistons depuis des décennies en France n'améliore que partiellement l'espérance de vie et qu'elle produit malheureusement peu d'effets sur l'espérance de vie en bonne santé.

- ☒ Il suffit de se référer à la **iatrogénie**³ en France pour prendre conscience de la surconsommation et du mésusage médicamenteux (antalgiques, antibiotiques, psychotropes...) ainsi que des conséquences de prescriptions, en particulier chez les sujet âgés (pour lesquels la iatrogénie médicamenteuse est l'une des principales causes d'hospitalisation). On estime que 10 % des séjours hospitaliers sont induits par ces usages. Cette donnée doit nécessairement interpeller tout un chacun, à commencer par le monde médical.
- ☒ Nous tenons aussi à insister sur le caractère essentiel du combat sans merci qu'il convient de continuer à mener contre les **maladies nosocomiales** – qui frappent pas moins d'un patient sur vingt au cours d'une hospitalisation – que la pénurie de moyens à l'hôpital, mais aussi dans les établissements de soins, rend encore plus difficile. La question est d'autant plus préoccupante face au phénomène croissant d'antibiorésistance que nous connaissons. Une des réponses possibles nous semble résider dans une plus grande mobilisation de l'industrie pharmaceutique à travers la recherche de nouvelles molécules antibiotiques.
- ☒ Le **droit à l'information du patient**, l'accès libre à l'information médicale via Internet contribuent à modifier la relation entre le soignant et le soigné, faisant judicieusement du patient un véritable acteur de sa santé. Dans une société en forte évolution, où les pratiques deviennent de fait de plus en plus disruptives, les modèles traditionnels demandent à être revisités.
- ☒ S'agissant des **effets environnementaux sur la santé**, nous disposons désormais d'un nombre important de données (souvent très préoccupantes) que le politique doit, en

³ Trouble ou maladie consécutifs à la prise d'un médicament ou à un traitement médical.

responsabilité et sans attendre, mieux prendre en compte. Le lien de causalité entre les accidents industriels et le développement de maladies chroniques est de manière générale insuffisamment étudié en France. Or, dans une région comme la Normandie, classée 5^{ème} dans le nombre de sites classés Seveso, on se doit de rappeler le potentiel de risques industriels pouvant porter atteinte à la santé des populations. L'incendie survenu à l'entreprise Lubrizol à Rouen a légitimement relancé, à l'échelle nationale, le débat sur la prévention des risques technologiques et industriels majeurs.

- ☒ Nous tenons par ailleurs à rappeler qu'il existe onze maladies au programme de **vaccination**⁴ comprenant la prévention de certaines maladies sexuellement transmissibles comme l'hépatite B et le papillomavirus à l'origine du cancer du col de l'utérus. La récente épidémie de méningite en Normandie qui s'est assortie de complications et de plusieurs décès doit appeler à la vigilance. De même, les cas de tuberculose qui ont fait leur réapparition rappellent que rien ne doit être considéré comme acquis en la matière.

Il nous semble par conséquent essentiel de **réhabiliter l'acte de vaccination**. Au gré des énormes progrès médicaux à l'œuvre depuis la moitié du vingtième siècle, les effets extrêmement favorables de la vaccination sur l'incidence des maladies ont en effet peu à peu sombré dans une sorte d'oubli collectif. La « course au vaccin » rendue nécessaire par la pandémie du coronavirus aura peut-être au moins le mérite de contribuer à réhabiliter l'acte de vaccination, régulièrement la cible de désinformation et de théories complotistes.

22

Que ce soit de manière collective ou individuelle, nous tenons à souligner que la santé doit donc être l'affaire de chacun et de tous, tout d'abord dans un objectif de prévention des maladies, chacun devant être mieux protégé et incité à préserver son « capital santé ».

Ainsi, sans attendre les progrès de la génétique et de la médecine prédictive qui ne manqueront pas de compléter « l'arsenal médical » (mais aussi de poser des questions éthiques), nous tenons à rappeler haut et fort le vieil adage : « **Mieux vaut prévenir que guérir** ».

1.1.1 Promouvoir la santé durable

De nombreuses études phénomiques⁵ confirment le rôle de l'environnement dans son acception la plus large (habitudes de vie, addictions, pollution, toxicité, etc.) dans la survenue des maladies, à côté de facteurs non modifiables tels que la génétique et l'âge.

Alors même que les maladies chroniques non transmissibles représentent la première cause de mortalité dans le monde, trop peu de personnes décident ou réussissent à changer leur mode de vie. Les causes en sont multiples et complexes : manque d'information, de ressources pécuniaires, d'estime de soi, crainte de perte de plaisir, procrastination, etc.

⁴ Rappelons que l'obligation vaccinale a été étendue au 1er janvier 2018 pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, en passant de 3 à 11 maladies (lire la rubrique 1.4 du rapport). Les épidémies de rougeole que la France ne connaissait plus depuis des décennies ont notamment concouru à cette décision.

⁵ Démontrant les interactions dynamiques entre nos gènes et notre environnement.

Afin de briser le poids de la fatalité, nous tenons à rappeler les vertus de la « médecine du mode de vie⁶ » dont l'objectif est d'éviter ou retarder certaines maladies (ou leurs complications) et des « thérapeutiques non médicamenteuses validées » – ainsi dénommées par la Haute Autorité de Santé dans son rapport de 2011 – reconnues comme particulièrement efficaces et à la portée de chacun, avec à la clef une qualité et une espérance de vie accrues, protégeant de l'invalidité et de la dépendance.

1.1.2 Pour un soutien spécifique à toutes actions porteuses de santé durable

A cet effet, nous préconisons un soutien en faveur de travaux scientifiques, études, expérimentations et actions innovantes se proposant d'améliorer la prévention des maladies chroniques non transmissibles et favorisant le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses validées dans des domaines aussi divers que la nutrition, l'activité physique, le stress ou le sommeil.

Dans un univers de recherche hyperspécialisé et de plus en plus segmenté, nous proposons qu'une attention encore plus particulière soit portée aux projets faisant appel à des domaines de connaissances croisés : médecine, psychologie, sociologie, écologie, biologie, nutrition, économie...

Face aux effets très pernicieux et insuffisamment mis en exergue des addictions, nous préconisons par ailleurs la création d'une chaire d'enseignement d'addictologie en Normandie.

1.1.3 Pour une médecine scolaire revitalisée

La médecine scolaire – appellation que l'on aimerait voir remplacer par « **médecine en milieu scolaire** » – se porte mal en France et souffre d'un manque criant d'attractivité.

Dans le rapport qui suit⁷, nous notons que sur l'année scolaire 2018-2019, la visite médicale de la 6^e année présentait en moyenne un taux de réalisation inférieur à 20 % dans les établissements de la Manche, de la Seine-Maritime et de l'Eure. Seul le département de l'Orne affichait un taux de réalisation supérieur à 40 % tandis que la moyenne du Calvados s'établissait entre 20 et 40 %.

Ces mauvais chiffres témoignent à eux seuls de la forte pénurie médicale en milieu scolaire. Quand on mesure le poids que cette carence peut faire peser sur la qualité et l'égalité du dépistage précoce, et partant sur le développement des pathologies qui touchent le plus jeune âge (obésité, addictions, troubles neuropsychiques...), on se doit de sonner l'alerte. *A fortiori* si l'on veut croire aux vertus d'une école de la République censée combattre les inégalités.

Un arrêté du 3 novembre 2015 a rendu les médecins seuls responsables de la visite de la 6^e année des enfants : celui-ci semble avoir donné un coup d'arrêt à la collaboration qui commençait à s'engager entre médecins et infirmiers, avec pour effet une dégradation du service public rendu.

⁶ La médecine du mode de vie concerne la relation dynamique entre les habitudes de vie (comme le régime alimentaire, l'exercice physique et la pratique de la relaxation) et les problèmes de santé.

⁷ Lire la rubrique 1.5.1 : « La médecine scolaire en situation critique ».

Il s'agit probablement d'une mauvaise décision. Comme nous l'exprimons dans le chapitre suivant de cet avis, nous sommes favorables à la délégation des tâches et à la collaboration entre professionnels de santé, chaque fois qu'elles sont médicalement bien encadrées et sécurisées.

La profession de médecin scolaire pâtit d'un **manque d'attractivité sévère**. Il est donc urgent de revaloriser les rémunérations, permettre des évolutions de carrière plus avantageuses et de manière plus générale d'améliorer les conditions de travail de la profession. De la même façon que nous plaidons pour un **exercice mixte** en réponse au problème d'attractivité de la médecine hospitalière publique, nous préconisons la possibilité d'instaurer un exercice mixte pour les médecins scolaires, notamment applicable aux médecins libéraux dans les zones dites « denses » ou « sur-denses » en termes de démographie médicale.

1.1.4 Intensifier et accélérer la synergie Sport - Santé

La loi du 26 janvier 2016 a institué le sport sur ordonnance au bénéfice de patients atteints d'une affection de longue durée (cancer, maladies neurologiques, diabète...) et le décret du 1^{er} mars 2017 donne au médecin traitant la possibilité de prescrire de l'Activité Physique Adaptée (APA). Si le sport constitue une thérapie non médicamenteuse reconnue, il importe en effet que l'activité physique soit bien adaptée à la pathologie du patient et dispensée dans des conditions appropriées, ainsi que dans des espaces sécurisés.

La réussite de ce nouvel axe d'amélioration de la santé nécessite l'engagement de l'ensemble des professionnels de santé, en étroite collaboration avec les acteurs de l'activité physique et les différents échelons de collectivités territoriales.

24 A l'instar de l'association Vital'Action qui offre aux habitants de la Métropole Rouen Normandie une plateforme de coordination du sport sur ordonnance, six autres structures étaient labellisées Maisons Sport santé en Normandie en juin 2020⁸.

La Normandie doit pouvoir par ailleurs s'appuyer sur la logistique de la base arrière des Jeux olympiques et paralympiques 2024⁹ pour valoriser le sport en tant que vecteur de santé pour tous. Notons également que c'est en Normandie que se dérouleront en mai 2022 les Gymnasiades, un événement ayant lieu tous les deux ans et qui s'apparente à des Jeux olympiques et paralympiques scolaires. Alors que la DRDJSCS¹⁰ de Normandie s'associera à l'événement à travers un ensemble d'actions autour de thématiques telles que le sport santé et le sport handicap, nous incitons vivement la collectivité régionale à saisir l'occasion de s'appuyer elle aussi sur cette belle opération en proposant un programme d'actions ciblées de sensibilisation et de découverte pouvant bénéficier à des milliers de lycéens.

1.2 Faire de l'éducation un vecteur majeur de prévention

L'UNESCO et l'UNICEF assurent qu'une éducation de qualité est à la base de la santé et du bien-être. Dans la mesure où le maintien en bonne santé repose sur un comportement volontaire qui se traduit notamment par le contrôle de l'alimentation et la pratique régulière

⁸ Voir la liste des structures labellisées en Normandie dans la rubrique 1.3.2 du rapport.

⁹ Elle représente 46 sites répartis sur le territoire normand. Sur cette question, se reporter à l'étude du CESER « *Jeux olympiques et paralympiques 2024. Comment entretenir la flamme de la solidarité en Normandie ?* » publiée en avril 2019.

¹⁰ Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

d'activités physiques, l'éducation – sous toutes ses formes – a vocation à être un vecteur essentiel de santé.

Afin de pouvoir mener une vie productive en bonne santé, chacun doit en effet disposer des connaissances nécessaires à la prévention des maladies encourues par son mode de vie.

Cet objectif suppose d'assurer à tous l'accès à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, ainsi que des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie. Tel est le sens de la déclaration d'Incheon¹¹, adoptée en 2015 par 120 pays et réunissant de hauts responsables d'organisations multilatérales, des représentants de la jeunesse ainsi que des enseignants, pour une nouvelle vision de l'éducation.

1.2.1 Renforcer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Pratiquée en Suisse depuis une trentaine d'années, l'éducation thérapeutique du patient repose sur l'acquisition et le maintien par le patient lui-même de compétences d'auto-soins mais aussi de compétences psychosociales propres à participer à l'amélioration de la santé (biologique et clinique) du malade, de sa qualité de vie comme celle de ses proches.

L'éducation thérapeutique propose d'impliquer le patient dans les prescriptions médicamenteuses qui lui sont faites.

Chargée de l'organisation des formations sanitaires et sociales (mais non des contenus des programmes qui demeurent une compétence d'Etat), la Région devrait pouvoir jouer un rôle dans les parcours d'études liés aux différents métiers concernés (infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, etc.) en essayant d'infléchir des **pratiques de soins moins tournées vers les thérapies médicamenteuses**, au profit d'une meilleure prise en main de sa santé, et au profit du plus grand nombre.

25

1.2.2 Faire progresser la place du « patient expert/témoin »... bien formé et encadré

Grâce au mouvement de démocratie sanitaire qui s'est engagé en France au début des années 2000, il n'est désormais plus question d'accorder uniquement la parole aux experts médicaux au détriment de celle des patients et des usagers. Ces derniers, encore trop inaudibles dans le champ de la santé, ont néanmoins leur mot à dire et comptent le faire entendre, désireux de ne plus être perçus – et de se percevoir eux-mêmes – comme de simples « patients » (le terme à lui seul en dit long).

Témoins de cette évolution, les associations proposant d'accompagner diverses pathologies jouent un rôle important voire essentiel, même si elles restent hélas trop souvent méconnues des malades. On constate en effet le manque de relais d'information qui aideraient simplement les malades à les aiguiller vers les structures en capacité de les épauler. A cet égard, les officines de pharmacie peuvent s'avérer de précieux relais d'information.

L'émergence du dispositif pédagogique du "Patient Expert", créé en 2009 par le Pr Tourette-Turgis, est somme toute le fruit de l'évolution de la place et du rôle des malades dont la parole avait été si longtemps confisquée. Assez bien connue des Anglo-Saxons, la notion de

¹¹ La Déclaration d'Incheon a défini une nouvelle vision de l'éducation pour les quinze prochaines années (soit jusqu'en 2030). Elle est issue du Forum mondial sur l'éducation 2015, qui s'est tenu à Incheon (République de Corée), à l'initiative de l'UNESCO et organisé conjointement avec l'UNICEF notamment.

« patient expert » – nous lui préférons, pour notre part, les termes de « **patient témoin** ou **patient ressource** » – émerge depuis assez peu de temps en France.

Le dispositif consiste à intégrer dans les parcours universitaires diplômants des personnes atteintes d'une maladie chronique et désireuses d'étudier afin de devenir patients experts, formateurs, pédagogues ou patients intervenants en éducation thérapeutique. Le « patient expert » envisage donc d'aller plus loin dans l'analyse de son expérience en formalisant son apprentissage au bénéfice d'autres malades. Dans des maladies chroniques aussi répandues que le diabète, l'insuffisance cardiaque ou rénale, le cancer, par exemple, les malades formés et qualifiés d'« experts » peuvent apporter un soutien de qualité à ceux dont la maladie est devenue un lourd fardeau quotidien.

La démarche favorise une union plus étroite – qui fait trop souvent défaut – entre le soignant et le soigné. En rapprochant son expérience de vie de l'expertise médicale, le patient reprend sa santé en main dans une démarche d'émancipation, de mise à distance de sa souffrance individuelle mais aussi d'utilité collective. Cela renvoie à la notion relativement récente d'« *empowerment*¹² » qui consiste à gagner en autonomie à travers une plus grande capacité d'action et une plus grande maîtrise de son avenir.

Nous tenons à insister sur le fait que **l'action du patient expert** ou témoin doit nécessairement être **encadrée**¹³ – généralement par la structure associative se proposant d'accompagner les malades atteints de la pathologie en question – et résulter impérativement d'une **démarche volontaire**, dans le strict respect de la personne malade.

Enfin, nous tenons à exprimer notre souhait de voir évoluer une démarche aujourd'hui uniquement réservée aux malades eux-mêmes alors que les proches et aidants qui suivent au quotidien l'expérience de la maladie pourraient eux aussi utilement accompagner d'autres malades, dans le respect du cadre strict de ce dispositif.

1.3 Communiquer - Démultiplier les actions de prévention et de promotion de la santé

Il est proposé aux autorités – en premier lieu l'Etat, notamment à travers ses agences de santé, mais aussi les CPAM et les collectivités territoriales – de communiquer beaucoup plus massivement sur la santé, à travers des messages clairs et s'adressant à tous, tant en matière de promotion que de prévention. On s'aperçoit que certains dispositifs de santé proposés à des publics ciblés – notamment les jeunes – sont particulièrement méconnus. Ceci renvoie également à des modes de communication pas toujours appropriés et qu'il convient donc de revisiter.

Il importe également de développer une information « adaptée » en direction des publics vulnérables qui n'ont pas accès à l'information « grand public » (ex : personnes déficientes intellectuelles, allophones, etc.), par le biais de supports d'information plus facilement compréhensibles.

¹² Pouvant être traduit par « responsabilisation » ou encore « autonomisation ».

¹³ Comme il est souligné dans le rapport (dans la rubrique 6.4 consacrée à la démocratie sanitaire), les « patients experts » non désignés par une association fédératrice « *ne représentent qu'eux-mêmes* ».

De manière coordonnée, sans empiéter sur les compétences des uns et des autres, chaque collectif –qu’il soit associatif ou collectivité territoriale – est appelé, à son échelle, à organiser et offrir à la population de son territoire des actions de prévention et d’éducation à la santé.

L’organisation de l’accès à la santé doit permettre, favoriser, faciliter ces actions par leur soutien ou leur accompagnement :

- En favorisant l'**accès au sport pour tous** (à l’école, au travail, à l’échelle locale) ; en créant des partenariats entre des centres sportifs et le monde médical, afin d’instaurer de nouveaux espaces de sensibilisation et de conseil et ne pas se limiter à la remise assez automatique des certificats médicaux exigés pour la pratique du sport ; la désignation de référents de prévention de la santé dans les fédérations de sport pourrait, par exemple, accompagner cette démarche ;
- En encourageant le « **manger équilibré** » : en direction de la restauration collective (en milieu scolaire et en restaurant d’entreprises) notamment à travers un accompagnement des responsables de cuisine, mais aussi en direction de tous, à travers la formation à une « cuisine familiale » ; en renforçant la vocation de diététiciens pour des actions collectives ou individuelles auprès de publics prioritaires tels que les femmes enceintes et les adolescents ; en promouvant l’allaitement maternel ;
- En organisant au niveau local (CCAS¹⁴) des séquences de **dépistage** (diabète, hypertension, vue....) ;
- En redonnant à la **médecine préventive** scolaire et du travail le rôle et la place qu’elle a perdus ;
- En intégrant aux programmes scolaires une unité d'**éducation à la santé**, comme cela a pu se faire en matière d’éducation sexuelle ;
- En renforçant les **plannings familiaux** et les **Centres de Planification et d’Éducation Familiales** (CPEF) pour en faire des acteurs de choix en matière de santé sexuelle, notamment des jeunes ;
- En favorisant et en facilitant les approches préventives des mutuelles complémentaires de santé qui conduisent des programmes *ad hoc* en Normandie.

Comprenant les trois segments « Veille et sécurité sanitaires », « Santé Environnement » et « Prévention et promotion de la santé », la direction de la santé publique de l’agence régionale de santé (ARS) de Normandie conduit des actions manifestement peu connues de la population en matière de prévention et de promotion de la santé. Elles sont pourtant essentielles puisque visant toutes à réduire les inégalités de santé, un objectif capital dont les résultats quasiment nuls défient toutes les politiques de santé mises en œuvre depuis des décennies, à l’échelle nationale.

¹⁴ Centre communal d’action sociale.

Il en va de même pour les actions de prévention conduites par l'Assurance maladie et la MSA.

Par ailleurs, les missions et actions conduites par Promotion Santé Normandie¹⁵, véritable centre de ressources, sont elles aussi trop méconnues. En effet, qui sait que cette plateforme normande, ayant pour principal objectif de contribuer à l'amélioration de l'état de santé globale de la population, accompagne les politiques de santé publique et contribue notamment au développement des compétences en éducation pour la santé, en éducation thérapeutique du patient et en promotion de la santé ?

Aux côtés de l'ARS et de plusieurs collectivités territoriales – dont la Région – la structure pose pourtant très judicieusement ses enjeux stratégiques de santé, à savoir :

- le nécessaire passage d'une logique de santé-soins à une logique plus large de santé globale et de promotion de la santé en renforçant la diffusion des concepts auprès de tous les acteurs ;
- une action en prévention et promotion de la santé dès le plus jeune âge, en mobilisant tous les déterminants de la santé et donc l'articulation des acteurs concernés (collectivités territoriales, CAF, Education Nationale, DDCS¹⁶, ARS, etc.) ;
- une valorisation de l'expertise des acteurs de terrain, en contact direct avec les publics, en capitalisant les actions prometteuses et en favorisant leurs évaluations scientifiques ;
- l'accompagnement des patients, usagers et aidants afin qu'ils soient reconnus comme des acteurs de santé (pour eux-mêmes, leurs entourages et dans les instances de démocratie sanitaire) ;
- le déploiement de la recherche interventionnelle en promotion de la santé sur la Normandie (associant tout à la fois chercheurs, décideurs et acteurs de l'intervention) dont l'efficacité est démontrée mais dont la légitimité demande encore à être affirmée.

1.4 Ruptures sociales

De la même manière que l'OMS privilégie une définition large de la santé incluant bien-être physique, mental et social, la **refonte de notre système de soins** se doit d'**inclure une dimension médico-sociale et sociale**, notamment celle du champ du « care » (ou du « prendre soin ») à destination des personnes les plus vulnérables (personnes âgées, en situation de handicap, migrants, enfants...).

Les inégalités de santé se manifestent de manière particulièrement aigüe dans les problématiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, en situation de handicap et des personnes âgées. Il est donc urgent de développer des structures d'exercices coordonnées, notamment des centres de santé et des structures de type Lits Halte Soins Santé.

¹⁵ Association issue de la fusion des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Haute et Basse-Normandie en 2016.

¹⁶ Directions départementales de la cohésion sociale.

Plus qu'à une simple prise en charge du patient, la priorité doit être donnée à l'organisation de la totalité de son parcours. A cet égard, le système de gradation des soins n'aura de sens que si les territoires présentent un réseau cohérent et accessible de transport pour faciliter l'accès aux soins de tous.

Certaines intentions, pour la plupart déjà inscrites dans la Stratégie nationale de santé de 2017 et dans Ma Santé 2022, nécessitent d'être aujourd'hui transformées en mesures opérationnelles et traduites dans les lois de finances et de financement de la Sécurité sociale.

Notons que les conclusions du Ségur de la santé mettent l'accent sur les EHPAD (parcours de santé avec la ville et l'hôpital, investissement, revalorisation), avec des mesures annoncées pour 2021 mais qui doivent être approfondies à l'occasion du « chantier » de la future loi « Grand âge et autonomie ». Il sera nécessaire d'y intégrer le secteur de l'aide à domicile et le champ du handicap, sans oublier la participation des personnes accompagnées.

Lorsque l'on parle de santé, on aurait tendance à oublier que les **ruptures sociales** sont également **omniprésentes dans le monde professionnel**. On parle beaucoup aujourd'hui – sans pour autant parvenir hélas à faire évoluer favorablement les choses – des phénomènes d'épuisement au travail, des risques très souvent liés à l'organisation elle-même du travail (la perte de sens en est un exemple patent) ainsi qu'aux différences de contenus entre le travail prescrit et le travail réel. S'ajoute la très forte porosité entre vie privée et vie professionnelle, aggravée par l'avènement de nouvelles technologies rendant tout un chacun joignable à tout moment... et partout.

Nous avons souhaité clore cette rubrique dédiée aux ruptures sociales en nous attachant aux effets des inégalités professionnelles ainsi qu'aux bienfaits de la mixité hommes-femmes au travail.

29

1.5 Mettre en œuvre un accompagnement global, pluridisciplinaire et intersectoriel

Nous plaidons pour un décloisonnement des acteurs et un renforcement de leurs complémentarités fondés sur une vision large du « prendre soin ».

Cette notion est très importante quand on sait combien les personnes en situation de précarité sont les plus éloignées du système de santé en raison de barrières matérielles, financières et systémiques.

Pourtant, ce sont elles qui sont les plus touchées par les inégalités sociales de santé, du fait de la prévalence de certaines pathologies causées par des conditions de vie préjudiciables à leur santé physique et mentale, mais aussi en raison du non-recours, du renoncement aux droits et aux soins, de même qu'en raison des refus de soins dont elles sont parfois victimes.

Dans son rapport dédié à la grande pauvreté¹⁷, le CESE pointait que l'absence de logement stable ou l'inadaptation du logement faisait obstacle à une prise en charge de la maladie, à l'accès aux services de santé et à leur prise en charge financière.

¹⁷ Le rapport « Lutter contre la grande pauvreté » a été adopté en mai 2019.

Tous ces déterminants de la santé sont autant de facteurs à prendre en compte dans les politiques publiques, au service d'un système de santé qui puisse prendre en charge et accompagner les personnes dans leur parcours de soins et de vie.

Cela n'est possible que par la voie d'un accompagnement global, pluridisciplinaire et intersectoriel (social, médico-social, sanitaire) des personnes en situation de précarité.

Pendant longtemps, l'hôpital a eu des missions d'accueil des plus exclus avant de devenir le lieu de la médecine de pointe d'aujourd'hui. La crise sanitaire et sociale liée au coronavirus a rappelé que l'hôpital peut et doit rester un des lieux qui accompagne et prend soin des personnes en situation de précarité.

Il importe à cette fin de renforcer les fonctions médico-sociales de l'hôpital – même s'il ne saurait naturellement être le seul – afin d'en faire un lieu adapté à l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

Cela passe par une revalorisation, une « visibilité » et un renforcement des équipes hospitalières dédiées, incluant des travailleurs sociaux.

1.5.1 Instaurer une véritable prise en compte des personnes en situation de précarité

Il nous semble indispensable d'instaurer une réelle prise en compte des personnes en situation de précarité dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et dans les Projets territoriaux de santé (PTS) en mettant en place des indicateurs de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de précarité : personnes sans droits ouverts, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'AME- Aide Médicale d'Etat.

Nous appelons également au déploiement des mutuelles communales¹⁸ pour venir en aide à ces personnes qui, pour la grande majorité d'entre elles, n'ont pas les moyens d'accéder à une complémentaire santé. Il convient que les mutuelles proposées soient régies sous le code de la mutualité et non de l'assurance.

Le vieillissement particulièrement prégnant de la population normande appelle à faire évoluer les modes de prise en charge des personnes âgées vulnérables. Dans ce cadre, le CESER réitère son vœu¹⁹ de voir les questions relatives à l'**accompagnement de fin de vie** et aux **soins palliatifs** abordées dans le PRAPS et plus généralement dans le cadre du PRS.

Dans ce cadre, il est très souhaitable de développer des formations impliquant les acteurs du social, médico-social et sanitaire et de créer des **appartements de coordination thérapeutique** (ACT) spécifiques à la fin de vie, à l'instar d'autres régions (Ile-de-France, Hauts-de-France).

De même, le PRAPS doit mettre l'accent sur le développement des **Permanences d'accès aux soins de santé** (PASS) dans les établissements hospitaliers, ces dernières accomplissant un travail important et absolument nécessaire, comme nous avons pu clairement en juger lors d'une audition de la PASS de la clinique de la Miséricorde à Caen.

¹⁸ Quelque 2 000 communes françaises sont aujourd'hui impliquées dans ce dispositif.

¹⁹ Se reporter à l'avis du CESER Normandie rendu le 14 juin 2018 sur le projet régional de santé (PRS) 2018-2023 élaboré par l'ARS.

1.5.2 Accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques sans logement

Les appartements de coordination thérapeutiques (ACT) et les lits d'accueil médicalisé (LAM) sont des dispositifs médico-sociaux dédiés à l'accompagnement de personnes malades chroniques en situation de précarité et sans logement.

Créés dans les années 1990 pour accompagner à l'origine des personnes atteintes du SIDA, les ACT se sont ensuite ouverts à l'ensemble des pathologies chroniques invalidantes, aux personnes souffrant d'un handicap psychique, sortant de prison, en situation d'addiction, aux enfants malades, etc.

L'accueil des personnes est offert à titre temporaire, pour une durée maximale de deux ans (par périodes de six mois renouvelables). Pouvant également accueillir des familles, les ACT permettent un accompagnement pluridisciplinaire centré sur la coordination thérapeutique et décloisonné entre les champs de la santé, de l'accompagnement social et de l'hébergement-logement.

Plus récemment, ont été créés à titre expérimental des ACT à domicile permettant d'intervenir directement au domicile de patients atteints de pathologies chroniques.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM) assurent quant à eux l'accompagnement de personnes sans domicile fixe et proposent un hébergement associé à une prise en charge thérapeutique renforcée. Complémentaires des ACT, ils accompagnent des personnes seules, adultes, atteintes d'une pathologie lourde et au pronostic sombre.

La pression de la demande sur ces deux types d'établissement est très forte. Chaque année, ce sont entre 8 000 et 10 000 demandes d'admission qui sont faites auprès des ACT pour une rotation d'environ 800 places par an seulement²⁰.

Dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes atteintes par une affection de longue durée (ALD), associé à une masse importante de personnes mal logées²¹, l'importance de développer ces dispositifs relève de l'urgence sanitaire dans la mesure où ils présentent à la fois une utilité médicale, sociale et économique pour des personnes malades et sans ressources, dans une perspective d'un retour au « système » de droit commun.

1.6 Pour un accès aux soins équitable des personnes en situation de handicap

Nous appelons de nos vœux une notion d'expertise élargie en vue de la nécessaire prise en compte des spécificités inhérentes aux personnes en situation de handicap et des aidants dans les pratiques de soin et du « prendre soin ».

Nous plaidons, à cet effet, pour :

- Des parcours de santé coordonnés entre l'hôpital, médecine de ville et le médico-social ; le dispositif Handiconsult (issu d'un appel à projet lancé par l'Etat mais reposant sur les seules forces des établissements souhaitant s'impliquer) en tant que plateforme visant à faciliter les soins courants des personnes en situation de handicap et ne parvenant pas à être soignées en milieu ordinaire, est à ce titre

²⁰ On compte environ 2 600 places au total.

²¹ Rappelons qu'il y a 4 millions de personnes mal logées et 143 000 personnes sans domicile fixe en France.

exemplaire et mériterait d'être beaucoup plus largement développé²² ; en Normandie, sur les trois plateformes que nous avons identifiées²³, seule celle du CHU de Rouen semble en effet véritablement active à ce jour.

- La formation des professionnels de santé aux différents types de handicap et aux prises en charge médico-sociales ;
- Une valorisation des métiers du secteur médico-social : formation, parcours professionnel et revalorisation salariale, priorisation des diplômes de niveaux 3²⁴ (formant aux métiers d'auxiliaire de vie, aide médico-psychologique, surveillant de nuit...);
- Des moyens financiers et humains pour permettre aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) de salarier des professionnels de santé de qualité ;
- Une tarification différenciée afin de valoriser le temps supplémentaire nécessaire à la prise en charge de certaines personnes en situation de handicap.

1.7 Reposer la question de l'égalité et du bien-être au travail

L'égalité professionnelle hommes-femmes s'invite volontiers dans les débats autour de la qualité de vie au travail. L'égalité salariale et la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale sont les cibles de toutes les attentions. Mais qu'en-il des conditions de travail ? Sont-elles identiques entre les hommes et les femmes ?

Un certain nombre d'organismes tels que l'ARACT²⁵ ou le CROCT²⁶ démontrent notamment qu'agir sur la santé des femmes au travail constitue un enjeu, au bénéfice de toutes et tous.

L'égalité et la mixité professionnelle sont des leviers de prévention pour la santé. Ainsi, introduire la mixité dans des secteurs à prédominance masculine, par exemple, ne peut qu'améliorer les conditions de travail. Il en va de même pour l'intégration d'emplois à prédominance féminine dans l'analyse des conditions de travail (caissière, aide à domicile...).

De manière plus globale, on constate que même si les risques psychosociaux liés au travail (surcharge de travail, manque de reconnaissance, perte de sens...) sont désormais mieux connus grâce à de nombreuses études et à des plans d'action déployés par les entreprises et les administrations publiques, la prise en compte véritable des facteurs de risque et le soutien *ad hoc* au quotidien restent très en-deçà des besoins.

1.7.1 Réduire les inégalités professionnelles : un enjeu de taille

Si les inégalités professionnelles femmes-hommes se réduisent sur certains plans, l'égalité réelle est encore loin d'être au rendez-vous puisque des écarts importants subsistent entre les deux sexes quant aux conditions et à la place qu'ils occupent dans l'univers du travail²⁷.

²² Une cinquantaine seulement sont est à ce jour recensées dans la toute la France, sans que l'on ait pu toutefois vérifier le fonctionnement actif de ces plateformes.

²³ CHU de Rouen, CH Mémorial de Saint-Lô et clinique de la Miséricorde à Caen.

²⁴ Correspondant au niveau V dans la classification précédente (modification début 2019). Le niveau 3 (ex-niveau V) inclut notamment les CAP et BEP.

²⁵ Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail.

²⁶ Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail.

²⁷ Rappel de quelques chiffres clés :

Pourtant, l'égalité professionnelle est un facteur clé d'amélioration de la qualité de vie au travail, de la performance et de l'image de l'entreprise. Encore principalement appréhendées sous l'angle du recrutement, de la rémunération ou des parcours professionnels, les questions liées au travail doivent davantage s'attacher aux contenus, aux conditions organisationnelles et de réalisation. En effet, ces éléments impactent sérieusement les situations réelles vécues par chacun au travail.

A cet effet, les actions de prévention des risques professionnels se doivent de prendre en compte des situations de travail différenciées entre les femmes et les hommes. Par ailleurs, le sexisme au travail sous toutes ses formes doit être vigoureusement combattu.

Viser l'égalité professionnelle permettra de favoriser un égal accès à la qualité de vie au travail et par voie de conséquence une meilleure santé.

1.7.2 La mixité professionnelle : un levier d'action au bénéfice de tous

Bien que la loi du 4 août 2014 portant sur l'égalité réelle des femmes et des hommes oblige les employeurs à prendre en compte l'impact différencié du travail dans l'évaluation des risques professionnels, la situation reste globalement préoccupante.

Dans ce contexte, la mixité professionnelle peut s'avérer un véritable outil d'amélioration des conditions de travail pour tous et une réponse efficace pour mieux prévenir la pénibilité du travail.

Le croisement des indicateurs sexués de santé (vieillesse de la population en production, absentéismes, inaptitudes, augmentation des maladies professionnelles, évolution des métiers, suivi des carrières et transmission des savoirs...) est source d'enseignements. L'approche permet de faire prendre conscience à l'entreprise de l'impact différencié du travail sur ses personnels et de découvrir qu'une meilleure mixité professionnelle est source de solutions concrètes aux problématiques repérées.

Cette approche permet de :

- mieux protéger la santé de chacun par la mise en place d'une politique de prévention sexuée des risques ;
- supprimer la pénibilité de certains postes assumés historiquement par les hommes et de les ouvrir aux femmes ;
- d'augmenter les capacités de recrutement et d'améliorer l'évolution des carrières dans l'entreprise.

-
- Il existe toujours un écart de salaire de 9% en ETP des postes à caractéristiques équivalentes, travail égal et compétences égales (source Insee).
 - Une femme active sur deux travaille en tant qu'employée : 43,2% contre 12,3% des hommes (source Insee enquête Emploi 2016) et si 42% des cadres sont des femmes, cette proportion chute à 17% pour des postes de direction (source : Insee, 2012).
 - 64 % des personnes positionnées dans des parcours pénibles et précaires sont des femmes (source : Parcours professionnels et état de santé", premières synthèses, n° 1, 01/2010).

1.7.3 Poser au féminin la question de la santé au travail

Il s'agit de faire apparaître que la question de la santé au travail a été durablement posée au masculin neutre en faisant l'impasse sur ce que l'on appelle le « genre ». Par-delà l'aspect biologique, on sait que les différences femmes-hommes sont largement issues d'une construction sociale marquée par des rapports asymétriques – où le masculin prévaut généralement sur le féminin – et par le rôle central du travail.

Interroger la santé dans une perspective de genre, c'est peut-être avant tout construire un point de vue critique vis-à-vis de ses propres stéréotypes de sexe : cette remise en question vaut probablement aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Parce qu'elles sont plus souvent affectées à des travaux répétitifs et parce que les postes de travail sont souvent conçus pour des hommes, les femmes développent davantage de troubles musculosquelettiques. Nombre de métiers sont encore particulièrement « réservés » à l'un des deux sexes. Tandis que les métiers dits « manuels » sollicitant de la force et, dans une moindre mesure, ceux qui requièrent de l'autorité et une forte capacité de décision sont associés à des habilités jugées masculines, les métiers du « care » pour lesquels la capacité relationnelle est mise en avant sont très largement occupés par des femmes. Alors que toutes et tous peuvent être soumis à de la pénibilité, celle des femmes est généralement moins reconnue, le travail répétitif en station debout étant moins visible que la manipulation de charges lourdes, par exemple.

Conduire une analyse genrée des risques est donc indispensable dans un objectif de prévention et pourrait bénéficier à tous.

34 Nous plaçons également, dans ce contexte, pour que soient étudiés les effets du « plafond de verre » et de ce phénomène d'effacement sur la santé des femmes.

1.7.4 Les cadres et dirigeants : une souffrance à bas bruit mais non moins délétère

Dans le vaste sujet des risques psychosociaux liés au travail qui mériteraient à eux seuls qu'on leur consacre une étude entière, nous ne voudrions pas passer sous silence un de ses phénomènes moins débattus : celui de la **souffrance** d'un grand nombre de **dirigeants, cadres intermédiaires et chefs d'entreprises** dont l'implication professionnelle et personnelle est souvent extrêmement forte. Pour les chefs d'entreprises, s'y ajoutent souvent une implication financière et des filets de protection sociale minimes qui ne sont pas sans accroître les dommages²⁸. Un investissement complet de cette nature expose à des phénomènes d'épuisement et de burn-out, de même qu'à des risques d'arrêt cardiaque et de suicide.

Dans tous les cas, il importe toujours d'**éviter l'isolement**. Ceci passe avant tout par l'adhésion à une association permettant de partager des préoccupations et problématiques communes (ex : l'ARDICATH²⁹ pour les directeurs d'ESAT et d'hébergement ESAT), qu'il est

²⁸ A ce sujet très peu étudié, lire les travaux d'Olivier Torrès dont : « Quelques réflexions sur l'inouï et inavouable souffrance patronale et la (mauvaise) santé mentale des chefs d'entreprise », in La souffrance de l'entrepreneur - Comprendre pour agir et prévenir le suicide, ed. Presses de l'EHESP (2018).

²⁹ : Créée en 1986, l'Association Régionale des Directeurs de CAT (Centre d'Aide par le travail) et de structures d'Habitat fédère aujourd'hui une trentaine d'adhérents pour les 3 départements de la Manche, du Calvados et de l'Orne. A noter que depuis la loi du 11 février 2005, l'appellation CAT a été remplacée par ESAT.

souvent difficile (voire taboue) d'aborder avec son autorité de contrôle et de tarification. Quant aux créateurs et repreneurs d'entreprises, nous les incitons fortement, à adhérer à un réseau de chefs d'entreprises solidaires et bienveillant en se faisant accompagner de structures et réseaux tels que le Centre des jeunes dirigeants d'entreprise (CJD), la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME), le Réseau Entreprendre, les chambres consulaires, différents clusters par secteur d'activité, etc.

Nous préconisons que toutes actions en faveur du bien-être au travail, tant dans le secteur privé que dans le secteur public, puissent également profiter aux dirigeants et aux cadres. Ces actions peuvent être orientées vers le sport, l'alimentation, les techniques de maîtrise du stress, et œuvrer, par exemple, à la qualité du sommeil.

2 Ruptures territoriales, ruptures de soins

Les ruptures territoriales et les ruptures de soins sont intrinsèquement liées et même interdépendantes.

Pénurie de médecins dans nombre de territoires, perspective alarmante d'une aggravation compte tenu de leur moyenne d'âge élevée, besoins croissants de la population (dus au vieillissement, à l'explosion des maladies chroniques, au progrès médical...) : autant de constats qui appellent impérativement à trouver des remèdes à la situation actuelle.

Il apparaît désormais inéluctable de rompre avec le dogme libéral hérité de 1945 qui octroie la liberté d'installation aux médecins libéraux. Force est de constater que les multiples mesures incitatives à l'installation de médecins déployées depuis plus de quinze ans dans les zones sous-denses sont insuffisantes et ont même démontré leur faible efficacité³⁰. Issues de décisions prises par des gouvernements successifs, elles sont en réalité peu ou mal évaluées.

La situation de la **répartition médicale** s'étant depuis **fortement aggravée**, il est désormais **indispensable et urgent de passer à une étape plus active**. C'est ce que souhaitent unanimement les collectivités fortement touchées par la désertification médicale et la population elle-même qui s'est exprimée à ce sujet à l'occasion du Grand Débat national début 2019.

En attendant, des élus locaux sont amenés à prendre des initiatives diverses – et diversement réussies – sans pouvoir participer à une politique publique cohérente.

36

2.1 Être à l'écoute du terrain : privilégier la proximité

L'attente des citoyens pour une écoute attentive des singularités de leur territoire, assortie de réponses de proximité adaptées et lisibles, est très forte. Le Grand débat national a notamment donné lieu au projet de loi 3D (pour décentralisation, différenciation et déconcentration). A travers ce projet, le président de la République formulait son souhait d'un « nouvel acte de décentralisation » (mesuré), une simplification du droit à l'expérimentation sur les territoires, une plus grande proximité entre les citoyens et les services publics.

On constate que la période récente se caractérise par une redécouverte de l'intérêt d'une prise en compte des besoins de santé et de soins en proximité. Ma santé 2022 a tout à la fois prôné le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)³¹ et la revitalisation d'hôpitaux de proximité permettant d'assurer une première réponse aux besoins de soins et aux urgences, tout en suscitant ou en confortant des partenariats existants entre professionnels sur un territoire.

On s'aperçoit dans les faits que chaque plan – régulièrement porté par un ministre souhaitant marquer de son empreinte un nouveau dispositif – de même que l'encadrement administratif des procédures et des organisations proposées ont néanmoins le sérieux

³⁰ Lire le rapport des sénateurs Hervé Maurey et Jean-François Longeot « *Déserts médicaux : l'Etat doit enfin faire preuve de courage !* » de janvier 2020.

³¹ Se reporter à la rubrique 6.3.1 du rapport.

inconvenient de détricoter des partenariats antérieurs et d'imposer un nouveau cadre rigide à des partenariats préalablement organisés sous d'autres modalités³².

Or, ce qu'attendent les populations – et de manière d'autant plus nette en Normandie où la pénurie de médecins est criante et s'aggrave – c'est avant tout une **réponse de proximité** et la capacité de mobiliser les professionnels de terrain, qu'ils soient libéraux, issus de l'hôpital public ou d'une clinique privée locale. Il est attendu une réponse aux besoins de soins mais aussi de prévention et de dépistage, en partenariat avec les travailleurs sociaux (au plus près des populations) et en étroite collaboration avec les élus locaux.

Osons le dire : **la forme importe peu, le projet seul est essentiel.**

2.1.1 Pour une santé « territorialisée » au plus proche de la population

Résultant d'une connaissance des besoins de santé de la population, le projet d'un « territoire de santé » présente une réponse en termes de prévention et de soins de premier niveau ainsi qu'une organisation *ad hoc* en capacité de fédérer le maximum de professionnels ouverts à une dimension « collective » des prises en charge des patients. Celle-ci appelle à être discutée et formulée en commun par les professionnels, en y associant la population et les élus.

Quel que soit le nom donné à cette organisation, quelle que soit sa forme juridique, nul ne doit perdre de vue la primauté du projet de santé et l'engagement collectif des professionnels. Dans tous les cas, la gouvernance des organisations territoriales nécessaires doit être partagée entre les diverses catégories de professionnels (médicaux, non médicaux, publics, privés, associatifs, etc.) mais aussi avec les usagers et les élus, garants d'une plus grande implication de la population.

Lors des auditions que nous avons tenues avec les acteurs et animateurs de différents projets de santé conduits sur trois territoires distincts³³, nous avons été frappés et d'autant plus convaincus du caractère impérieux et irremplaçable de l'écoute et de l'analyse du terrain pour la mise en œuvre de moyens adaptés et efficaces, au service d'un meilleur accès à la santé pour tous.

Depuis de nombreuses années, le projet de santé déployé sur le territoire de **Neufchâtel-en-Bray** a su fédérer l'hôpital et les professionnels libéraux. La réussite est telle qu'elle permet d'attirer de jeunes médecins désireux de travailler dans un cadre collaboratif.

Le projet du **sud-est de l'Orne** (sur le territoire de Mortagne-au-Perche) n'implique pas moins de 70 professionnels de santé. Ayant certes pour pivot un pôle santé libéral ambulatoire (PSLA), le projet va en réalité bien au-delà en termes de mobilisation sur le territoire puisqu'intégrant même des équipes mobiles afin d'être au plus proche de chaque patient.

Quant au projet du **sud-Manche**, il est le fruit d'une concertation large avec la population et les professionnels dans la redéfinition des partenariats de santé. Piloté par le centre hospitalier d'Avranches-Granville, il se démarque notamment pour avoir permis la

³² L'exemple du projet de santé conduit sur le territoire de Neufchâtel-en-Bray (présenté dans la rubrique 7.1.2 du rapport) en est une parfaite illustration.

³³ Les projets sont présentés au chapitre 7 du rapport.

réouverture de trente lits de médecine (fermés quelques années plus tôt) à l'Hôpital de Villedieu-les-Poëles, dans un cadre partenarial.

On constate en effet que les ARS sont souvent réticentes à rouvrir des lits de médecine³⁴ en proximité alors même que ceux-ci vont permettre, d'une part, de mobiliser des professionnels libéraux et publics au chevet des patients, et d'autre part, de désengorger les urgences de même que les services des hôpitaux généraux qui resteront ainsi plus disponibles pour leurs activités de recours³⁵.

Ajoutons que cette mobilisation organisée au niveau des territoires autour d'un projet de santé peut aussi être une réponse en cas de crise : les professionnels se connaissent et connaissent leur population³⁶, savent s'organiser et se faire confiance, ce qui leur permet de définir rapidement un plan opérationnel en temps de crise.

L'épidémie de Covid-19 nous a montré à quel point il était primordial de savoir organiser, au niveau des territoires, une réponse à une crise sanitaire subite et brutale : il s'agit d'un élément décisif de la sécurité sanitaire de la population. Bien qu'il ne soit évidemment pas question de s'affranchir d'une régulation régionale et nationale, c'est l'articulation ascendante qui sera la meilleure des réponses.

Le CESER préconise donc de faire du « **territoire de santé** » – impliquant professionnels et usagers dans la définition et la mise en œuvre d'un projet territorial et partenarial de santé – un élément majeur de la **reconquête d'une offre de santé de proximité et de qualité** (car toujours adossée à des échelons de recours). Le vieillissement de la population et la nécessité d'attirer de jeunes professionnels dans nos territoires rendent cette approche indispensable.

38

Ces projets doivent pouvoir émerger et se déployer avec beaucoup plus de souplesse et de rapidité que ceux des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), alourdis par des procédures difficiles et souvent interminables (expliquant le faible développement de ces dernières et le retard pris sur le calendrier fixé par l'Etat).

2.2 Placer le patient au cœur du système

Le décroisement entre les acteurs de la santé apparaît comme la clef de voûte de l'organisation du système de santé, alors même que le dernier plan en date présenté par « Ma santé 2022 » reste centré sur les professionnels et les établissements sanitaires, sans que l'accès aux soins des publics fragiles, handicapés ou précaires ne fasse l'objet d'aucune mesure précise.

Alors que la crise sanitaire a révélé de nombreuses failles dans le système de santé, et de manière encore plus dommageable dans la prise en charge médicale des personnes les plus vulnérables, le système de santé reste centré sur l'hôpital (comme l'a encore démontré le Ségur de la santé que d'aucuns ont rebaptisé le « Ségur de l'hôpital ») et excessivement cloisonné entre le secteur hospitalier, la médecine de ville et le médico-social.

³⁴ Est-il besoin de rappeler que la fermeture constante de lits hospitaliers et la diminution des moyens des établissements ne laissent aucune marge de manœuvre et ne permettent donc de faire face à aucun aléa ?

³⁵ La question de la gradation des soins est abordée un peu plus tard en rubrique 3.4.

³⁶ Ils peuvent s'appuyer sur la connaissance des données épidémiologiques et des ressources disponibles.

On a pourtant constaté que les associations des secteurs social, médico-social et de la santé avaient œuvré en première ligne pendant la crise sanitaire du coronavirus. Les coopérations et partenariats noués durant cette période auraient tout intérêt à être pérennisés et amplifiés, au bénéfice de tous. Tant que ces structures n'auront pas toute leur place, aux côtés des autres acteurs de la santé, dans l'organisation territoriale de l'offre et des parcours de soins, l'accès à la santé pour tous que chacun appelle de ses vœux restera entravé.

On s'aperçoit en effet que de l'accompagnement au soin, de la prévention au curatif, les composantes de la santé sont interdépendantes car toutes essentielles à la bonne efficacité des autres parties.

La prise en charge des personnes et leur accompagnement dans une logique de parcours nécessite une coordination dont la définition doit être nationale pour s'assurer d'une offre équitable sur l'ensemble des territoires. Cette prise en charge doit pouvoir se mettre en place dès que la personne en a besoin, de manière à ce que le parcours de santé s'intègre pleinement au parcours de vie, en permettant de battre en brèche les cloisonnements institutionnels.

Accompagnement à domicile, coordination des parcours de santé et de soins, actions de prévention, accompagnement des plus fragiles : ce sont autant de missions essentielles et complémentaires à l'hôpital public, autant de missions qui doivent faire partie intégrante d'un système de santé complet et efficace.

A cette fin, il est fondamental de penser l'avenir de notre système de santé à partir d'une conception nouvelle qui ne l'enferme plus dans sa seule composante sanitaire. Il convient de l'appréhender dans un périmètre plus large, avec l'ensemble des acteurs (des secteurs sanitaire, médico-social et social) permettant d'englober toutes les dimensions de la santé, dans toutes leurs déclinaisons, depuis l'établissement de santé jusqu'au domicile du patient (et l'inverse).

Pour ce faire, il faut **aller beaucoup plus loin dans le décroisonnement** : seuls l'articulation des disciplines, le travail en équipes pluridisciplinaires, la transversalité de l'action et l'interaction entre les acteurs permettront de bâtir un système de santé répondant aux besoins et aux attentes de la population.

2.2.1 Organiser l'exercice interprofessionnel coordonné autour du patient

Le parcours de soins des patients souffre aujourd'hui de manques, de ruptures et d'incohérences du fait d'une organisation insuffisante de l'exercice interprofessionnel qui s'opère par le prisme des structures de santé et non du patient lui-même.

En vue de construire des réponses adaptées, nous encourageons vivement le croisement des regards entre professionnels de la santé, du médico-social et du social mais aussi en matière de diversité des compétences.

A titre d'exemple, le Réseau de Services pour une Vie Autonome (RSVA)³⁷ aide les acteurs concernés par le handicap à construire ensemble les solutions concrètes les plus adaptées au parcours de vie et de santé de chacun, là où des besoins ne trouvent pas de réponses

³⁷ Le Réseau de Services pour une Vie Autonome est une association dont la vision est que chaque Normand, quel que soit son lieu de vie et son degré d'autonomie, accède au bien-être physique et psychique qui lui permette de réaliser son projet de vie.

satisfaisantes. Dans ce but, le RSVA propose d'identifier les ressources existantes, de mobiliser en proximité et d'animer la coopération entre acteurs.

Dans le cadre d'une action de sensibilisation, le RSVA a ainsi mis en place une immersion en structures médico-sociales pour les étudiants en deuxième année de médecine ou de maïeutique des universités de Caen et de Rouen. Cette action est à poursuivre et à déployer sur les cinq départements car elle contribuera à sensibiliser les jeunes professionnels au handicap et aux organisations des établissements médico-sociaux.

2.2.2 Développer la délégation des tâches

Pour reprendre les propos de Guy Vallancien³⁸, « *Il n'est pas nécessaire d'avoir fait dix à douze ans d'études pour enlever un bouchon de cérumen dans l'oreille* » ou pour « *faire un pansement sur une brûlure superficielle de la main* ».

Parmi les mesures d'ordre incitatif ou organisationnel, il demeure essentiel de poursuivre et surtout d'amplifier le mouvement engagé dans la délégation des tâches.

Nous recommandons le développement de « duos » vertueux des professionnels de santé : ophtalmologue-orthoptiste, radiologue-manipulateur en radiologie, médecin généraliste-masseur kinésithérapeute (dans le cas d'une entorse, par exemple), médecin généraliste-pharmacien (vaccination). Partant, nous sommes favorables à un élargissement du droit de prescription pour un certain nombre de tâches, dans un cadre réglementé.

Il convient de noter que la délégation des tâches est une des réponses à une nouvelle organisation autour du patient qui suppose toutefois un exercice pluri-professionnel coordonné :

- soit dans le cadre des établissements de santé publique, des maisons de santé pluridisciplinaire ou des communautés professionnelles territoriales de santé,
- soit hors de ce cadre, comme le permet l'avenant 21 à la convention pharmaceutique qui reconnaît la prise en charge coordonnée du patient par le médecin, l'infirmier et le pharmacien.

Cette méthodologie moins lourde, plus efficiente, concernant qui plus est l'ensemble du territoire, pourrait être étendue à d'autres professions parmi celles précédemment citées.

Il conviendrait que ces délégations de tâche, qui auraient intérêt à se développer localement à titre expérimental, puissent être instruites et autorisées au niveau régional, non dépendantes de décisions nationales, toujours très longues à venir et souvent entravées par différents lobbies médicaux.

2.2.3 Démocratie sanitaire : donner véritablement aux usagers la place qui leur est due

C'est en 2001 que le terme de « **démocratie sanitaire** » est employé pour la première fois par Bernard Kouchner, dans le cadre de son projet de loi sur les droits des personnes malades. Depuis 2002, plusieurs lois sont venues renforcer les dispositions de la Loi Kouchner, au bénéfice du droit des usagers. Pourtant, la culture de démocratie sanitaire peine singulièrement à se faire connaître du grand public et des professionnels de santé eux-mêmes. La gestion de la crise sanitaire du coronavirus, à laquelle les représentants des

³⁸ Chirurgien et universitaire français, membre de l'Académie nationale de médecine, fondateur et président de la CHAM (Convention on Health Analysis and Management).

usagers de la sa santé n'ont nullement été associés, a récemment rappelé que les textes de loi et les instances créées n'avaient encore dans les faits qu'une portée très modeste et qu'il restait encore beaucoup à faire.

C'est d'autant plus regrettable dans un contexte de bouleversements sociologiques profonds marqués par deux phénomènes importants (et non exclusifs) :

- l'explosion des maladies chroniques qui induisent des changements majeurs dans la relation soignant/soigné, à travers des modèles plus coopératifs ;
- la révolution numérique qui accélère et transforme l'accès au savoir, mobilise les citoyens autour de questions de santé sur les réseaux sociaux (ex : crise autour du Levothyrox).

La démocratie sanitaire suppose de **rompre avec un système de santé ultra-centralisé et presque exclusivement tourné vers le soin** (au détriment de la prévention), d'accepter de faire confiance aux citoyens et aux acteurs de terrain.

Comme cela a déjà été exposé plus haut, le CESER plaide pour des usagers mieux informés, plus acteurs de leur santé et donc plus aptes à prendre des décisions qui les concernent en premier chef.

Pour cela, il faut encore accroître l'implication des usagers dans la gouvernance des établissements et dans l'évaluation des soins de toutes natures (soins de ville, hospitaliers, en établissements médico-sociaux).

Par conséquent, le CESER soutient la demande formulée par France Assos Santé pour l'instauration d'un véritable « **parlement sanitaire et social** » **au niveau régional**, qui serait indépendant du pouvoir central. L'ARS pourrait en être le fer de lance en mettant en œuvre les décisions prises au sein de ce « parlement » qui réunirait citoyens, élus locaux, acteurs des secteurs de la santé et du médico-social. A défaut, la place des représentants d'usagers au sein de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) devra être très significativement renforcée.

Enfin, de manière à ce que la concertation citoyenne ne reste pas qu'un vain mot, nous préconisons que les collectivités territoriales s'emparent davantage – chacune à leur échelle – des questions de santé à travers l'organisation de rencontres publiques régulières (pouvant être annuelles ou même bisannuelles). Cette démarche de consultation et de concertation permettrait de mesurer un certain nombre de points-clés sur les besoins, difficultés et avancées en matière de santé. L'ARS, en lien avec la collectivité régionale, pourrait se voir confier pour mission de collecter l'ensemble de ce qui a été exprimé sur les territoires, et d'y apporter des réponses propres à faciliter, accompagner, impulser, proposer, accélérer des mesures concrètes et opérationnelles.

2.3 Pour une meilleure répartition des médecins sur les territoires

En Normandie³⁹, dans un contexte de vieillissement important de la population et d'indicateurs de santé globalement défavorables, on observe malheureusement un déficit croissant de la densité médicale comparativement au niveau national, avec un écart

³⁹ Lire la rubrique 6.2.2 du rapport portant sur les professionnels de santé en Normandie.

actuellement supérieur à 17 %. Ce déficit approche même les 35 % dans le département de l'Orne. La densité de psychiatres y est de l'ordre de 30 % inférieure à celle de la moyenne nationale (avec seulement 15,9 spécialistes pour 100 000 habitants). Quant à la densité de chirurgiens-dentistes libéraux, la Normandie est classée au dernier rang des régions françaises, ce qui est très préoccupant.

Les attentes des jeunes médecins ont évolué avec le temps. On sait que la majorité d'entre eux aspirent désormais à une pratique collective permettant à la fois le partage du temps de travail et des risques inhérents à leur profession. On sait par ailleurs qu'ils souhaitent s'installer dans des territoires disposant de services attractifs.

Le développement de la télémédecine et les délégations de tâches, à travers le transfert de certaines compétences médicales vers d'autres professions⁴⁰, ne suffiront en aucun cas à pallier les effets de la pénurie.

2.3.1 Favoriser l'installation de médecins sur les territoires sous-denses

Nous souhaitons insister sur le fait que les jeunes médecins ne s'installeront et surtout ne resteront sur nos territoires que s'ils parviennent à trouver un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Cela suppose non seulement l'offre d'une organisation professionnelle pensée collectivement mais également un accompagnement pour résoudre au cas par cas les contraintes des uns et des autres en matière de mobilité et d'attractivité (réseau scolaire, activités sportives et culturelles, desserte de transports publics, aide à l'emploi du conjoint, etc). Il convient de souligner que ces questions de desserte se posent également pour les patients éloignés des maisons de santé.

42 De même, l'installation d'une maison de santé doit être pensée à partir de ce qui existe déjà (dont les cabinets médicaux) afin de ne pas « siphonner » certaines zones au bénéfice d'autres, en particulier en zone rurale ou péri-urbaine. L'objectif premier n'est pas le regroupement de médecins au sein d'une même structure mais la venue et le maintien de nouveaux praticiens sur la base d'un projet de santé partagé sur un territoire. Il convient de tenir compte par ailleurs des tissus pharmaceutiques afin de ne pas fragiliser certaines officines indispensables dans les bourgs.

Nous sommes favorables à ce que se poursuive le développement et le financement mixte Région/ARS des maisons de santé, dans leurs différentes modalités (PSLA⁴¹, MSP⁴², centres de santé...), en instaurant une coordination pointue entre l'ARS et le conseil régional. Cette dernière aurait pour objectif d'assurer une cohérence territoriale et une efficacité optimisée des multiples initiatives et aides diverses, aujourd'hui proposées sans évaluation des résultats en termes d'attractivité des jeunes médecins et de leur maintien sur les zones sensibles.

Nous réitérons enfin notre vœu⁴³ que la Région mobilise l'agence Normandie Attractivité pour contribuer à attirer les professionnels de santé et les étudiants sur nos territoires, en vue de leur offrir les conditions nécessaires à leur installation dans les secteurs qui en ont le plus besoin.

⁴⁰ Certaines compétences inhérentes aux ophtalmologistes sont par exemple transférées vers les orthoptistes.

⁴¹ Pôle de santé libéral et ambulatoire.

⁴² Maison de santé pluridisciplinaire.

⁴³ Ce vœu a déjà été formulé dans l'avis rendu par le CESER sur le PRS (voir note 1).

2.3.2 Réguler l'installation des médecins : entre sensibilisation, incitation et coercition

La situation en France, et spécifiquement en Normandie, nous semble présenter une gravité suffisante pour devoir engager des mesures significatives, d'autant plus que les médecins forment une profession dont la responsabilité collective est particulièrement forte. Leur financement sur des fonds publics justifie d'ailleurs pleinement cette responsabilité qui s'exprime à travers cette solidarité.

Il ne s'agit pas d'opter brutalement pour des mesures coercitives que les médecins refuseraient assez légitimement en bloc. L'heure est toutefois venue pour une régulation maîtrisée et contractualisée avec la profession.

A la différence des principales autres professions de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens⁴⁴), il convient de noter que seuls les médecins ont jusqu'à ce jour refusé toute forme de régulation à l'installation.

Dans ce contexte, nous tenons à formuler un certain nombre de préconisations.

La régulation des installations en zones sur-denses

Cette procédure suppose de ne conventionner⁴⁵ que dans le cas d'un départ d'un autre médecin, selon le principe de « une arrivée pour un départ », dans les zones considérées comme « sur-denses ». Cela permettrait de réorienter progressivement les médecins vers des zones sous-denses ou moins bien dotées. Cela n'exclut pas l'offre de mesures incitatives vers ces mêmes zones : il convient en effet d'éviter le caractère strictement punitif que pourrait laisser supposer la mesure. Cette solution aurait pour avantage d'éviter d'aborder de front la question de la liberté d'installation, que l'on n'hésite pas à qualifier de tabou, au vu des frondes qu'elle engendre et de la frilosité politique qui en résulte.

43

Le conventionnement individuel généralisé

Il consiste en une contrainte à l'installation qui suppose la fixation d'un nombre cible de postes conventionnés par zone, sur l'ensemble du territoire national. Il s'agit d'une mesure plus restrictive qui ne devrait être envisagée à l'échelle nationale que si la régulation des zones sur-denses échouait.

Il est cependant envisageable de mixer la régulation des installations en zones sur-denses avec le conventionnement individuel en ayant immédiatement recours à ce dernier dans les zones d'ores et déjà les plus sévèrement abandonnées.

Dans les deux cas, ces mesures qui doivent relever de l'État et concerner l'ensemble du territoire national, peuvent être prises à titre temporaire. Elles doivent impérativement faire l'objet d'une concertation avec la profession et les collectivités locales. Enfin, elles devront être évaluées avant toute prolongation ou modification.

⁴⁴ S'agissant des pharmaciens, le code de la santé publique autorise les nouvelles installations d'officine uniquement dans les communes comptant au moins 2 500 habitants ; elles ont par ailleurs obligation de choisir une implantation infracommunale permettant « une desserte optimale de la population résidente ».

⁴⁵ Le conventionnement entre un praticien et l'Assurance maladie permet que cette dernière prenne en charge des consultations effectuées par les patients lors d'une consultation médicale. Les prises en charge peuvent varier : remboursement intégral pour le « secteur 1 » ou partiel pour le « secteur 2 » qui induit des dépassements d'honoraires (pouvant être partiellement ou intégralement remboursés par une mutuelle lorsque le patient en dispose).

La prise en compte de la situation particulière de certaines spécialités de ville (notamment des dentistes)

Les mesures évoquées plus haut doivent s'appliquer également aux spécialités (hors généralistes) particulièrement en tension en ville (ex : ophtalmologie, gynécologie médicale, pédiatrie...).

Nous tenons à insister sur la pénurie alarmante de dentistes en Normandie⁴⁶, et sur le fait qu'elle est largement imputable à l'absence de formation sur le territoire régional. Remédier à cette situation passera donc par l'instauration d'un cursus universitaire complet au sein de la faculté de médecine et de pharmacie.

Nous préconisons à cet effet que la Région :

- s'engage à financer l'investissement des fauteuils dentaires en augmentation dans les villes où le dispositif existe mais est saturé ainsi que des installations nouvelles dans les villes telles que Evreux (il convient d'étudier si d'autres projets seraient réalistes sur le territoire de la Normandie occidentale dans des villes telles que Saint-Lô, Cherbourg-en-Cotentin, Alençon ou Flers) ;
- étudie des solutions de mise en œuvre d'équipes mobiles ;
- participe financièrement à l'installation des étudiants dentistes à la fin de leur cursus ;
- soit un moteur de développement d'une faculté dentaire, en partenariat avec Paris, Lille et Rennes afin de favoriser des cursus universitaires mixtes pour les étudiants, permettant à ces derniers de faire tout ou partie de leurs études en Normandie (solution aujourd'hui limitée aux étudiants en 5^e et 6^e années).

44

Au-delà des mesures dites « de régulation » que nous venons d'évoquer pour obtenir une meilleure répartition des médecins sur le territoire, d'autres mesures doivent être poursuivies ou développées en complément afin de les rendre pleinement opérantes.

Elles font l'objet des quelques recommandations qui suivent.

2.4 Instaurer une gradation des soins plus efficiente

On sait que de multiples débats ont lieu sur les fermetures de lits hospitaliers, de services et même d'établissements, et qu'elles sont – au nom de l'optimisation des ressources et des moyens recherchée – en partie dues au virage ambulatoire et à la diminution des durées de séjour. A y regarder de plus près, on s'aperçoit que nombre de fermetures ne sont pas liées à une diminution des besoins mais à un manque de ressources en personnel pour les faire fonctionner, ce qui est encore plus préoccupant. C'est particulièrement vrai pour les lits médicaux dans les hôpitaux, dont on connaît le besoin, moins vrai pour la chirurgie ou la maternité.

S'agissant des services, une fermeture peut effectivement toucher une maternité, par exemple, sans entraîner celle de l'établissement. C'est le cas de la maternité de l'hôpital de Bernay, pour lequel l'agence régionale de santé (ARS) a proposé le maintien d'un service assurant le suivi des grossesses et des patientes en post-natal.

⁴⁶ Lire *Un grave déficit de chirurgiens-dentistes* dans la rubrique 6.6.1 du rapport, portant sur l'offre de formation et l'attractivité des métiers de la santé en Normandie.

Trois raisons motivent une fermeture de ce type :

- la pénurie de gynécologues-obstétriciens et d'anesthésistes sans lesquels on ne peut maintenir l'activité d'une maternité ;
- la sécurité sanitaire des patientes par insuffisance de médecins et de personnels spécialisés garantissant une réponse de qualité 24h/24h ;
- les problèmes financiers de l'établissement.

Tout en se gardant d'une analyse détaillée du cas d'espèce, on constate que c'est généralement l'addition de ces trois raisons qui pousse à une décision de fermeture. Il est vrai qu'en ce qui concerne les maternités, le mouvement de concentration est en marche depuis de nombreuses années – au moins 30 ans – et a amené progressivement à fermer de très nombreuses petites maternités⁴⁷. La couverture du risque, la nécessité de disposer d'équipes suffisantes, qualifiées et accomplissant un nombre suffisant d'actes, ont été les raisons majeures de ces fermetures successives.

La forte diminution du nombre de maternités pose la question de l'organisation des transports sanitaires sur les territoires, les parturientes devant pouvoir être conduites jusqu'à l'établissement de recours dans un délai « raisonnable ». A défaut, on doit pouvoir leur proposer une hospitalisation anticipée en cas de grossesse à risques. A ces débats purement techniques s'ajoute immanquablement un sentiment d'abandon pour le territoire « dépossédé » et il s'avère d'autant plus vif lorsqu'il s'agit d'une maternité.

Le repli, suivi de la disparition des hôpitaux locaux, a par ailleurs été particulièrement mal vécu, d'autant plus qu'ils représentaient des établissements permettant un lien fonctionnel entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, à taille humaine et en proximité.

Ma santé 2022 tente de répondre à ces demandes de proximité en développant des « hôpitaux de proximité » censés assurer la permanence des soins en lien avec la médecine de ville et des services d'hospitalisation (hors chirurgie). Les modalités de leur mise en place sont en cours. L'articulation entre une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et un hôpital de proximité devrait permettre le maintien d'une offre de proximité de qualité, dans un délai d'intervention rapide.

Cette organisation ne règle toutefois pas un problème majeur bien que rarement évoqué : celui de la présence des médecins acceptant de travailler dans ces établissements. Aujourd'hui, ces médecins sont effectivement rares, souvent étrangers et recrutés sous des statuts précaires.

Par conséquent, le développement d'une offre sanitaire de proximité n'est possible qu'à la condition de résoudre la question précédente, à savoir celle de la répartition des médecins sur le territoire !

Cela suppose également l'organisation d'une gradation des soins hospitaliers qui s'opère généralement sur trois niveaux :

- en proximité avec des soins de premier recours ;

⁴⁷ Au cours de ces vingt dernières années, la France a perdu près de la moitié de ses maternités (voir rubrique 6.2.1 du rapport).

- des soins dispensés dans l'hôpital pivot et pilote du groupement hospitalier de territoire (GHT) ;
- des soins de deuxième recours nécessitant une expertise spécifique (CHU).

Pour ces trois niveaux, la question du recrutement et du maintien de médecins spécialisés et expérimentés se pose. Cela suppose que chaque établissement renonce à l'ambition de vouloir pratiquer tous les actes et accepte de coopérer avec d'autres (ex : acte réalisé par un chirurgien de niveau 2 dans un bloc d'établissement de niveau 1⁴⁸).

Bien que théoriquement séduisante, cette organisation fondée sur la coopération se heurte sur le terrain à des difficultés de mise en œuvre. Dépendant de la volonté des hommes et des femmes en présence, elle s'avère souvent instable dans le temps.

Il apparaît toutefois nécessaire de s'orienter vers ce type d'organisation en s'appuyant sur des mécanismes semi-directifs / semi-incitatifs, dans l'objectif d'obtenir une relative stabilité sur une durée de 3 à 5 ans.

2.4.1 Encourager un recours raisonné à la télémédecine

L'épidémie de Covid-19 et le confinement qu'elle a occasionné au printemps 2020 ont conduit à un usage important des téléconsultations ayant accéléré le développement déjà engagé de la télé-expertise. Eu égard à la rareté de la ressource médicale, il nous semble qu'il faut plutôt s'en féliciter, notamment en ce qui concerne l'expertise. Nous appelons néanmoins à la vigilance sur les limites de la télémédecine et des contraintes que cette pratique fait peser sur les patients, notamment les plus fragiles et en besoin d'un accompagnement spécifique. La **télémédecine** ne doit pas remplacer à terme la consultation physique auprès du praticien. Elle **doit rester un complément utile et non une substitution**.

46

2.5 Pour rendre nos hôpitaux publics plus attractifs

A l'image de ce que l'on constate en médecine de ville, la pénurie de médecins frappe aussi durement les hôpitaux publics dans les zones en désertification médicale.

L'attractivité des hôpitaux publics est devenue une question majeure. Elle a au fil des ans donné lieu à de multiples rapports et amené les ministres successifs en charge de la santé à tenter de nouveaux plans s'assortissant de trains de mesures inédites pour y remédier. On constate toutefois que toutes les difficultés ne sont pas uniquement liées à la pénurie de médecins et à leur mauvaise répartition sur le territoire. Ainsi, les mesures prises en faveur des urgentistes ou la refonte partielle de la carrière des praticiens hospitaliers, par exemple, n'ont répondu que partiellement au malaise médical à l'hôpital.

On sait que les jeunes hésitent longuement avant de faire un choix définitif et qu'ils sont nombreux, parmi les médecins de ville, à privilégier des années de remplacements à une installation rapide. Depuis quelques années, la possibilité d'un post-internat⁴⁹, cofinancée par l'ARS et les hôpitaux, est proposée en Normandie et fonctionne à la satisfaction générale. Ce dispositif relève toutefois d'une enveloppe de crédits non pérennes à l'ARS (son montant

⁴⁸ L'idée repose sur le fait que le spécialiste (chirurgien par exemple) se déplace vers l'établissement qui accueille le patient, le soigne sur place ou organise son transfert temporaire pour assurer un acte technique. Cela suppose donc que les médecins et les établissements fassent équipe, au service du patient.

⁴⁹ Notamment à travers le dispositif des assistants spécialistes régionaux (ASR).

est rediscuté chaque année) dont le volume financier contraint entraîne malheureusement une limitation du nombre de jeunes médecins pouvant en bénéficier.

Face à cette situation pernicieuse, le CESER tient à formuler un certain nombre de **préconisations** qui **ne sont pas exclusives les unes des autres** mais qui **doivent** au contraire **être combinées pour obtenir un effet sensible**.

Cette question requiert un allègement des contraintes, la refonte des rémunérations et des carrières, une gouvernance mieux partagée, une tarification à l'activité corrigée de ses errements et liée à la pertinence des actes et des prises en charge.

Nous tenons à souligner enfin que la question de **l'attractivité hospitalière ne concerne malheureusement pas uniquement les médecins** mais nombre d'autres professions occupées par les personnels paramédicaux, médico-techniques, etc.

2.5.1 Attirer et maintenir les médecins au sein de nos hôpitaux

Simplifier et assouplir les procédures

La crise sanitaire liée à la covid-19 a démontré la nécessité et l'urgence de rendre le fonctionnement du système de santé plus simple et plus réactif : simplification des procédures administratives, renforcement des délégations de gestion, simplification des marchés publics dans les hôpitaux, diminution du temps consacré au codage de l'activité....

Au printemps 2020, la crise n'a pu être surmontée que parce que les acteurs du soin, et notamment ceux des hôpitaux, se sont affranchis – en tout ou partie – de certaines contraintes administratives face à l'urgence de sauver des vies.

Il est urgent de **redonner la primauté aux personnels de soin** afin d'éviter que la « machine administrative » ne prenne le pas sur l'opérationnel.

La nécessité d'une simplification des procédures administratives vaut également pour la « médecine de ville ». Il est effectivement important de pallier les réticences à l'installation d'un nombre croissant de médecins généralistes qui s'engagent tardivement. Les causes en sont essentiellement – outre l'envie de découvrir des territoires et des pratiques variés – la lourdeur administrative de la gestion d'un cabinet et plus généralement le temps passé à des tâches extra-médicales.

Renforcer les stages d'internes de médecine générale en milieu ambulatoire

Si nous encourageons vivement le développement des stages d'internes de médecine générale en milieu ambulatoire, nous souhaitons insister sur la nécessité d'éviter de dépouiller les services de médecine polyvalente des petits hôpitaux en envisageant des stages mixtes : chez le médecin généraliste de ville et en service de médecine à l'hôpital.

Renforcer le post-internat des jeunes médecins

Permettre aux jeunes de poursuivre leur carrière à l'hôpital au-delà de l'internat, en renforçant le dispositif du « post-internat » est une option qui leur offre le temps nécessaire

pour réfléchir à leur engagement futur. Il est indispensable de pérenniser cette mesure⁵⁰ en mobilisant une enveloppe de crédits reconductible et suffisamment large qui permette à un nombre élevé de jeunes médecins hospitaliers de mettre le pied à l'étrier. Il est démontré que cette mesure – dont la pertinence doit naturellement être régulièrement évaluée – a permis de maintenir des jeunes médecins dans les hôpitaux et sur le territoire régional.

Créer de nouvelles bourses en faveur des jeunes chercheurs

Nous recommandons que soit développés tous dispositifs d'aide en direction de jeunes médecins chercheurs, reconnus pour leur fort potentiel et évalués par un jury souverain sur la base de leur projet de recherche. Nous proposons qu'il leur soit versé une rémunération sur une période de deux à trois années afin de les inciter à rester dans nos établissements. Cette solution, tentée il y a quelques années en ex-Haute-Normandie, avait permis – avec un réel succès – de conserver de jeunes pousses prometteuses au CHU de Rouen.

2.5.2 Solidifier le « colosse aux pieds d'argile » qu'est l'hôpital public

Réformer le mode de financement de l'hôpital

Selon une enquête réalisée les 3 et 4 septembre 2020⁵¹, le financement de l'hôpital public est pour les Français la plus importante problématique politique publique sociale et de santé (prioritaire pour 61 % d'entre eux), devant même la lutte contre la pauvreté et la précarité (54 %) et la lutte contre les déserts médicaux (46 %).

Parmi les nombreuses critiques qui se sont multipliées ces dernières années – et bien plus encore ces derniers mois – sur la gestion des hôpitaux publics, leur sous-financement, le malaise des personnels et des médecins, les **effets du mécanisme de la tarification à l'activité (T2A)** ont souvent été considérés comme **une des principales causes des difficultés actuelles**.

Bien que ce sujet soit particulièrement technique, il nous semble important de ne pas omettre cette dimension dans ce rapport-avis⁵², compte tenu de son actualité et de sa part de responsabilité dans la situation actuelle des hôpitaux publics, en Normandie comme partout ailleurs dans l'hexagone. Les réflexions qui suivent n'ont pas pour objet de développer un énième rapport sur la meilleure méthode de financement de l'hôpital mais simplement de rappeler l'importance et l'urgence du sujet.

Au vu de la pluie de critiques s'étant abattues sur la tarification à l'activité (T2A), les ministres qui se sont succédé se sont appuyés sur la commande de rapports susceptibles de les éclairer à ce sujet. Nous disposons donc désormais de nombreuses analyses ayant pour particularité de toutes proposer des solutions convergentes et unanimes quant à la nécessité de revoir la T2A. C'est bien l'effet conjugué d'un objectif national de dépenses d'assurance-

⁵⁰ Destinée à des internes en fin de cursus, cette mesure prévoit le cofinancement ARS/hôpital de postes d'**assistants spécialistes régionaux (ASR)**.

⁵¹ Enquête Odoxa, réalisée à la demande du Cercle vulnérabilités et société, auprès d'un échantillon de 1 005 personnes représentatif de la population.

⁵² Sur la tarification à l'activité (T2A) introduite en 2003, se reporter au focus qui lui est dédié au sein de la rubrique 3.2.1 du rapport : « *L'hôpital : un colosse aux pieds d'argile dans un pays « hospitalo-centré* ».

maladie (ONDAM)⁵³ trop faible et de tarifs trop bas qui a poussé les hôpitaux à des gains de productivité trop brutaux face à une demande croissante de soins de la population.

Face à des conclusions d'expertise unanimes, seules les décisions ont manqué... et nous tenons à exprimer nos regrets face au retard pris dans la mise en œuvre de mesures pourtant nécessaires à l'évolution du financement des hôpitaux publics.

Si la T2A devait être maintenue, nous préconisons *a minima* la définition d'indicateurs permettant de la moduler ou de la remplacer par des dotations évolutives qui prennent également en compte la situation démographique des territoires et la pénurie de médecins. Il est en effet inutile d'envisager un financement à l'activité pour des établissements qui ne parviennent ni à recruter ni à fidéliser des médecins. Il est tout aussi incongru de l'envisager pour un territoire en chute démographique, dont la population a pourtant tout autant besoin qu'une autre d'accéder aux soins.

Le CESER préconise donc que la **démographie des territoires** – tant au niveau de sa population générale que de ses médecins – soit impérativement **prise en compte dans toutes mesures de réforme** à mettre en œuvre. Il propose que des expérimentations soient conduites sur des territoires plus durement touchés (dans l'Orne et dans l'Eure par exemple), avec des modalités de financement particulières liées à la situation réelle de la population. Celles-ci doivent être établies en fonction d'indicateurs simples parmi lesquels figurent notamment la démographie générale et médicale, la précarité, l'éloignement des centres urbains ou la présence de quartiers défavorisés.

Diminuer le recours à l'emploi médical temporaire

Il est important et urgent de contrer les effets d'un « mercenariat » dévastateur sur le plan de la qualité des soins et des finances hospitalières⁵⁴.

Le recours à l'intérim médical est en très forte hausse dans les hôpitaux, comme en témoignent, par exemple, les chiffres du CHU de Rouen sur la période 2017-2019 :

Année	Nombres de jours	Coût en euros
2017	83	115 000
2018	213	246 000
2019	465	543 000

La part d'emploi médical temporaire coûte 3 millions d'euros par an à l'hôpital de Cherbourg-en-Cotentin, soit un montant qui représente 20 % du déficit de l'établissement. Quant au centre hospitalier intercommunal d'Alençon-Mamers, le coût des intérimaires faisant l'objet de contrats de travail pour l'année 2019 s'élève à 4 M €.

Cette question appelle à une meilleure répartition des médecins et au développement de l'attractivité de l'hôpital public.

⁵³ A propos de l'ONDAM, lire la rubrique 2.1 du rapport qui donne quelques clefs de compréhension sur l'économie de la santé.

⁵⁴ Lire à ce sujet un autre rapport très éclairant du Dr Olivier Véran : « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte » - décembre 2013.

Imposer de nouvelles conditions contractuelles aux médecins hospitaliers

Afin de diminuer les départs de médecins vers des établissements hospitaliers privés à but lucratif, il nous paraît indispensable d'imposer un certain nombre de conditions dissuasives ayant préalablement fait l'objet d'une discussion contractuelle. Le respect d'un délai de départ, d'un éloignement géographique (afin d'éviter qu'un médecin hospitalier n'aille exercer dans la clinique voisine en emmenant sa clientèle avec lui), une durée préalable dans la carrière hospitalière sont des exemples de conditions qui pourraient être établies.

Repositionner le secteur libéral dans la permanence des soins

Il convient d'imposer au secteur libéral un engagement réel dans la permanence des soins qui permette d'équilibrer les contraintes des gardes entre médecins hospitaliers et leurs collègues de ville.

2.6 Optimiser les moyens et ressources numériques à disposition

Le numérique offre aujourd'hui un formidable « arsenal » encore très insuffisamment exploité pour faciliter le suivi des patients, pouvant à la fois bénéficier aux médecins et à leur patientèle.

La structure **Normand'e-santé**, groupement régional d'appui au développement de la e-santé, riche de 45 collaborateurs et « bras armé » de l'ARS Normandie, pourrait encore davantage être mise à contribution en vue d'améliorer et de développer les échanges numériques.

Le **développement des échanges numériques** doit viser notamment à :

- favoriser l'interopérabilité des messageries sécurisées ;
- faciliter les accès dématérialisés avec les autres professionnels, qu'ils soient médecins ou non ;
- articuler des standards de logiciels de prescription avec ceux de logiciels de dispensation ;
- simplifier les interfaces avec les partenaires que sont, par exemple, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et Maisons départementales de l'autonomie (MDA), via le remplissage automatique des zones d'identification, la suppression de questions redondantes, etc. Ce type de dossier est important voire vital pour les patients ; il doit être fluide pour le médecin.

3 Vers un nouveau modèle de notre système de santé : quelques pistes

L'organisation de notre système de santé hante le politique depuis des décennies. Complexe, assez illisible car l'objet de nombreuses stratifications et empilements, trop cloisonné, le système a effectivement de quoi effrayer les réformateurs les plus zélés. Pourtant, il est fort à parier que seule une réforme d'ampleur faisant appel à un nouveau « logiciel » pourrait venir à bout d'un système de santé à bout de souffle, victime d'une gouvernance et d'une organisation qui ne répondent plus efficacement aux besoins de santé et aux attentes des populations.

Dans ce contexte, la question de la décentralisation (partielle ou totale) de la santé qui s'est régulièrement invitée dans les débats, a toujours fait reculer les pouvoirs publics, compte tenu de la complexité de sa mise en œuvre mais aussi de l'absence de consensus politique à ce sujet.

D'un côté, on note le besoin d'un Etat qui assume ses fonctions régaliennes, en capacité d'assurer la sécurité publique sanitaire et d'imposer des mesures à la population. Ceci nécessite une autorité centrale qui délègue ses ordres à des autorités déconcentrées : c'est ce qui s'opère aujourd'hui à travers les agences régionales de santé, et en dehors du secteur de santé, à travers les préfets.

D'un autre côté, on constate des difficultés d'adaptation pour répondre aux besoins de terrain et l'incapacité à assurer efficacement – et dans de bonnes conditions – des aspects logistiques (comme l'a illustré la disponibilité et la distribution des masques au début de la pandémie de Covid-19).

Le système actuel, hyper centralisé, au sein duquel les ARS ne disposent que de très faibles marges de manœuvre permettant d'adapter les instructions normatives reçues par l'Etat central aux réalités et besoins contrastés des territoires, est particulièrement absurde et peu satisfaisant.

Dans ce contexte, il nous paraît *a minima* indispensable de **revoir le fonctionnement des ARS**. Cette révision doit passer par l'instauration d'une nouvelle relation entre les agences et le ministère de la santé, l'association obligatoire des élus, la mise en place de solutions adaptées et diversifiées sur les territoires.

Il importe de privilégier l'évaluation des objectifs à atteindre et non des moyens pour y parvenir, en acceptant l'idée que les solutions puissent être différentes d'un point à l'autre du territoire mais aussi évoluer dans le temps.

Il nous semble impératif de voir se développer des expérimentations d'ampleur directement issues des territoires. Adaptées au tissu et aux besoins d'un territoire spécifique, elles sont potentiellement porteuses d'un véritable gain en efficience et en accès aux soins des populations.

3.1 Libérer et légitimer le droit à l'expérimentation sur les territoires

L'étude des projets de santé décrits dans le rapport – déployés sur trois territoires différents – nous ont pleinement convaincus de la nécessité de construire une offre de santé et de soins globale et coordonnée, à partir des situations et des besoins spécifiques en présence.

A cet égard, l'ARS ne doit plus se contenter d'être le bras armé et le porte-parole de l'Etat mais prendre véritablement en compte cette diversité et cette singularité qui s'accommodent mal d'une modélisation aveugle.

Par-delà les projets construits de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) que nous avons analysés, on s'aperçoit que fleurissent ici et là des initiatives, à titre expérimental, qui font régulièrement la preuve de leur utilité et de leur efficacité.

Or, on constate que nombre de ces dispositifs majoritairement financés par l'ARS et les services de l'Etat⁵⁵ (et dans une moindre mesure les collectivités territoriales) ne sont pas pérennisés, même en cas d'évaluation satisfaisante, en raison de financements qui n'ont pu être reconduits, au terme d'une expérimentation.

Notons par ailleurs que ces ruptures ne sont pas sans conséquences (parfois graves) pour les personnes qui bénéficiaient d'un accompagnement et engendrent un sentiment de frustration de la part des équipes médico-sociales. Il convient de souligner également une mise en danger des structures porteuses du dispositif qui se voient parfois contraintes de procéder à des licenciements.

Nous formulons donc le souhait que des crédits soient sanctuarisés dès le lancement d'une nouvelle expérimentation afin de pouvoir pérenniser, en cas de succès, les opérations engagées.

3.2 Et si on engageait des réformes plus profondes ?

3.2.1 Laisser aux Régions plus de latitudes en matière de santé

Bien que les Régions disposent de compétences extrêmement limitées en matière de santé, il est intéressant de souligner que le **territoire régional** a été **consacré comme le cadre de référence des politiques de santé depuis 1990**, comme le démontre une série de réformes ayant contribué à une organisation de la santé à l'échelle régionale : création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (1991), des unions régionales de médecins libéraux (1993), des agences régionales de l'hospitalisation, des unions régionales des caisses d'Assurance Maladie et conférences régionales de santé (1996), des programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention (1998), des groupements et plans régionaux de santé publique (2004), des Agences régionales de santé (loi HPST 2009).

Les Régions se montrent de plus en plus désireuses et aptes à s'emparer des questions de santé. Le 28 mai 2020, une tribune publiée dans Le Monde, signée par 19 présidents de collectivités territoriales (dont 14 Régions) soulignait qu'au plus fort de la crise sanitaire, elles avaient « *démontré la force de leur agilité face à un Etat empêtré dans son centralisme et sa bureaucratie* ». Les Régions s'y disaient prêtes à piloter ou à renforcer le pilotage d'un certain nombre de politiques publiques dont la santé n'était pas exceptée :

⁵⁵ Dont les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ou encore l'Education nationale.

« Nous sommes prêts à une montée en puissance des régions dans l'organisation de notre système de santé publique, à l'image des autres pays européens, en lien avec le corps médical, les acteurs de la recherche et les autres niveaux de collectivités qui luttent contre les déserts médicaux... ».

Face aux difficultés de financement des investissements hospitaliers, que ce soit en matière de rénovation des bâtiments qu'en matière d'implantation d'équipements biomédicaux, **il conviendrait que les régions prennent une part plus active, voire majeure, dans les investissements à venir.** Cette recommandation **vaut encore davantage pour la Normandie** où il est particulièrement urgent de **combler un déficit historique** en la matière. Les régions doivent également pouvoir jouer un rôle plus important en termes d'innovation et de recherche, dans le cadre d'un engagement contractualisé pluriannuel avec les organismes concernés, les métropoles et les EPCI.

Ces engagements pourraient également inclure l'État dans le cadre d'un contrat de plan dédié à la santé.

Une question délicate se pose : qui serait appelé à être le co-contractant pour la partie hospitalière ? Afin d'éviter que chaque établissement ait à contractualiser avec la Région, nous suggérons que les CHU de Caen et de Rouen – chacun sur territoire infra régional – rassemblent et priorisent les choix des établissements hospitaliers concernés, afin d'en faire les interlocuteurs uniques de la Région. Nous préconisons que les établissements du secteur public et du secteur privé non lucratif (incluant notamment les centres anti cancéreux) puissent bénéficier de ce type de contractualisation.

3.2.2 Engager une réflexion pour une nouvelle organisation de notre système de santé

Si l'État n'a pas fait la preuve de son efficacité en termes de gestion logistique au plus fort de la crise sanitaire du printemps 2020, cette défaillance ne justifierait pas à elle seule la décision de s'engager dans un long et difficile processus de décentralisation. Rappelons que celui-ci supposerait en particulier de revoir le financement de notre système de santé par la Sécurité sociale. Or, nous tenons à faire clairement part de nos craintes quant aux risques que pourrait faire encourir toute réforme susceptible de mettre à mal une institution garante d'une prise en charge solidaire pour tous.

Toutefois, on se doit de souligner que le système de santé pyramidal de la France défie les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui estime qu'on ne peut bien gérer la santé d'une population au-delà de 6 à 8 millions d'habitants. La quasi-totalité des pays de l'OCDE ont d'ailleurs opté pour une gouvernance territoriale de la santé.

Les constats d'échecs et de réussites dans le domaine de la santé – sur lesquels la crise sanitaire du printemps 2020 a eu un saisissant effet de loupe – appellent à la nécessité de renforcer la proximité, de donner une plus large place aux collectivités territoriales qui souhaitent s'impliquer et de coordonner les différents niveaux d'acteurs.

A cette fin, on pourrait rapidement dans un premier temps s'appuyer davantage sur les conférences territoriales d'investissement en santé et renforcer la place et le rôle de la démocratie en santé via les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Il ne s'agit là que d'exemples permettant de rappeler que les instances existent déjà mais qu'elles doivent être plus décisives, actives et opérationnelles.

Les voix s'élevant contre une possible décentralisation de la santé font immédiatement part de leur crainte de voir se creuser les inégalités entre les territoires. Cette expression est légitime et même majeure ; il est évident que la question mérite la plus grande vigilance et les plus solides « garde-fous ». Pourtant, qui pourrait affirmer aujourd'hui que l'Etat ait réussi à garantir l'équité territoriale en matière de santé ? La situation sanitaire normande est hélas un exemple patent de cet échec.

La conférence de consensus

Celle-ci aurait pour objectif de faire dialoguer les experts, les professionnels et le grand public, à travers plusieurs étapes. Dans le cadre d'une conférence de consensus, des acteurs de terrain sont sollicités afin de formuler un certain nombre de questions qui sont ensuite traitées et regroupées dans un ensemble de 5 à 10 questions. Ces dernières sont ensuite soumises à des chercheurs reconnus, spécialistes de la question posée, qui y répondent lors de séances publiques durant lesquelles ils sont auditionnés par un jury composé d'acteurs de terrain. Le jury se réunit ensuite durant une journée, à huis clos, afin de formuler des recommandations qui sont ensuite largement diffusées auprès des acteurs concernés

Par conséquent, nous ne pouvons que soutenir toutes réflexions propres à réinventer un système de santé – aujourd'hui phagocyté et dispersé dans un millefeuille inopérant – qui soit plus à l'écoute du terrain, plus soucieux de proximité, plus solidaire, plus coordonné, plus souple et plus lisible. Il nous apparaît indispensable d'inciter les pouvoirs publics, tant au niveau de l'exécutif que du législatif, de travailler à des scénarios qui ne se réduisent pas à des résultats de concertations entre professionnels et experts mais qui soient au contraire soumis au débat public.

N'ayant pas vocation à aller plus loin dans les préconisations qui pourraient être formulées en direction d'un chantier d'une telle ampleur, nous suggérons toutefois l'organisation d'une conférence de consensus à ce sujet visant *a minima* à lancer les débats utiles aux éclairages de l'avenir de notre santé.

Déclarations des groupes

Déclaration de Mme Nicole GOOSSENS

Au titre de l'Union régionale CFDT de Normandie

Notre pays et notre région sont-ils à la hauteur des enjeux sanitaires ? L'avis qui nous est présenté aujourd'hui met en évidence que la pandémie du COVID est révélatrice des maux déjà existants auparavant. La CFDT s'inquiète de la situation de la Normandie qui est particulièrement mal dotée.

La première préconisation propose en toute évidence, de démultiplier les actions de prévention, la nécessaire anticipation des risques qui peuvent survenir. Passons rapidement sur la question des masques, le péché originel dans la relation de confiance. Que penser également de l'obligation du port des masques pour les enfants, elle repose sur quoi ? Rares sont les études. Quelles preuves scientifiques ? Ça fait peser une grosse responsabilité sur les épaules des enfants. Arrêtons-nous aussi sur une grosse préoccupation, la pénurie de médicaments qui s'aggrave en France, d'autant que ça concerne des médicaments « d'intérêt thérapeutique majeur » ; en 2020, 2 400 ruptures, c'est 6 fois plus qu'il y a 4 ans. Que fait, que dit l'Agence nationale de sécurité du médicament ? Au même moment, Amazon ouvre des pharmacies aux USA.

En ce qui concerne la promotion de la santé, nous évoquons évidemment la situation des soignants qui ont été présents, ont su avoir des réactions rapides pendant la crise, alors qu'ils manifestaient leurs difficultés professionnelles depuis si longtemps. Et, entre les deux vagues, le temps était suffisant pour s'approprier les enjeux d'une pandémie qui va durer. Qu'en a-t-on fait ? Comment leur témoigne-t-on le lien entre l'utilité sociale de leurs emplois, leurs salaires et leurs conditions de travail ? Cela dit tellement de notre conception des rapports sociaux. Oui, cette crise a bousculé l'hôpital et la chaîne de soin dans le sens de l'amélioration des relations entre les professionnels soignants, de l'accélération des échanges et de la coordination. Mais, dans la durée, ce sera quoi ?

Avec pertinence, l'avis recommande de placer le patient au cœur du système. Une réelle démocratie sanitaire consiste à donner véritablement aux usagers la place qui leur est due, traiter dignement les malades. Un récent rapport du CESER sur le vieillissement a dégagé des pistes. Que penser alors du sort dans les EHPAD ? A-t-on été à la hauteur de cette dignité due à chaque être humain ? Les problèmes à venir, démographiques ou sanitaires vont-ils engendrer des sous-êtres ?

Une alerte est portée sur la dégradation de la santé mentale. Une étude sur le suicide montre qu'il faut y apporter une attention indispensable car, en général, ça se passe après les crises. La souffrance psychique ne se mesure pas mais il faut rapidement y répondre. Notre région y est particulièrement vulnérable. Or, de nombreux reportages ont signalé la détresse des établissements hospitaliers tels que le Rouvray, et là encore, que s'est-il passé, que va-t-il se passer ?

Toujours dans le domaine de la protection, évoquons les vaccins. Les bases de la stratégie vaccinale sont en cours. Qui va arbitrer ? Pour plus de transparence, un Conseil de défense pourrait être couplé à un Comité de suivi citoyen. Nous devons pouvoir nous exprimer, être écoutés. Chers collègues, il n'y a pas que des imbéciles parmi les citoyens qui doutent sur la vaccination. Alors, comment les éclairer ? Où est l'altruisme ? Certains veulent éviter que les lobbies posent des ajustements. Dans notre société sous l'influence des réseaux sociaux, s'il n'y a pas de lien entre la parole publique et la réalité, cela peut déclencher la colère des hésitants ou des réfractaires. Comment rétablir la confiance alors que nous baignons sans cesse dans des controverses au sein des milieux médicaux ? « *Les scientifiques ne sont pas toujours convergents et peuvent être stressants pour l'opinion publique* » a dit le Premier ministre. Gardons-nous de l'épistocratie, cette gouvernance des sachants qui peut se substituer aux élus. Quel rapport à la science ? Gardons à l'esprit que le social va plus vite que le politique dans une société de plus en plus fragmentée. Alors, comment aller vers une nouvelle organisation de notre système de santé ? Pour la CFDT, il paraît *a minima* indispensable de revoir le fonctionnement des ARS. Le système actuel est hyper centralisé, avec des instructions normatives reçues de l'Etat central et de très faibles marges de manœuvre permettant

d'adapter les besoins aux réalités contrastées des territoires. Il nous semble impératif de voir se développer des pratiques d'ampleur directement issues des territoires avec l'association des élus qui proposent des solutions adaptées et diversifiées. Il importe également de privilégier l'évaluation des actions menées afin qu'elles puissent évoluer dans le temps.

Lors du dernier Congrès de Régions de France, la plupart des Présidents se sont fortement exprimés pour laisser plus de latitude aux Régions et plus d'expérimentation sur les territoires, notamment en matière de santé. Face aux difficultés de financement des investissements hospitaliers, que ce soit en matière de rénovation des bâtiments ou d'implantation d'équipements biomédicaux, il conviendrait que les Régions prennent une part plus active, voire majeure, dans les investissements à venir. Cette recommandation vaut encore davantage pour la Normandie où il est particulièrement urgent de combler un déficit historique en la matière. La Région devrait également pouvoir jouer un rôle plus important en termes d'innovation, dans le cadre d'un engagement contractualisé pluriannuel avec les organismes concernés, les métropoles et les EPCI. Ces engagements pourraient également inclure l'État dans le cadre d'un contrat de plan dédié à la santé.

En conclusion, outre les préconisations de l'avis que nous partageons, et que nous voterons, d'autres questions nous taraudent : quel choix de société allons-nous faire ? Comment s'émanciper du processus de normes administratives qui créent des réfractaires ou fixer des règles collectivement et démocratiquement ? Comment ne plus être infantilisé et cesser de vivre au rythme des allocutions d'un Président ou cesser les attestations si baroques avec ce qui se pratique dans le reste de l'UE ? Ce qui ramène également au problème fondamental du respect des droits, des liens entre santé et sécurité et le respect des 3 piliers de la constitution : liberté, égalité, fraternité. Mais c'est un autre sujet.

Déclaration de M. Denys DECLERCQ

Au titre du comité régional CGT de Normandie

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Conseillers,

Le groupe CGT salue la qualité de cette étude, tant au niveau du rapport que celui de l'avis.

Pour autant, le groupe CGT rappelle ses positions contre les effets négatifs des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) mis en place par la loi Santé de 2016. Ce dispositif de coopération territoriale devait participer à la lutte contre le travail précaire, à l'amélioration des conditions de travail et à l'accès aux soins pour les usagers.

À la lecture de l'avis rédigé par nos collègues de la commission n° 2, on ne peut que constater l'échec de ces objectifs.

Force est de constater que, des éléments que la CGT dénonçait, d'autres en ont fait des priorités.

Point 1 : l'économie budgétaire, avec le regroupement de services « supports » comme les services de blanchisserie, ceux des achats, ou encore l'imagerie médicale, l'informatique et la formation professionnelle ;

Point 2 : l'économie liée aux coûts du personnel, puisqu'on observe la forte augmentation de salariés contractuels sous-rémunérés dans toutes les structures de la santé, du social et du médico-social.

Ces mesures ont été mises en place sous le dictat des impératifs libéraux de réduction des dépenses publiques. Elles font fi de l'intérêt de la proximité de ces services – augmentant de fait les délais de consultations – de l'investissement des agents pour leur établissement. Rappelons que les outils pour mettre en œuvre ces GHT prévoyaient 16 000 suppressions de lits et 22 000 suppressions de postes. À plus ou moins long terme, il s'agit bien de privatisation.

La CGT relève également les problèmes de démocratie au sein des GHT : le décret a instauré des instances de dialogue pour les élus, les usagers et les personnels. Mais ceux-ci sont seulement « informés » des décisions prises par les Agences Régionales de Santé et les directions des GHT.

L'avis évoquant des pistes pour un nouveau modèle de notre système de santé, et notamment de revoir le fonctionnement des ARS, préconisant des idées novatrices et ambitieuses, la CGT votera favorablement l'avis.

Déclaration de Mme Caroline VOLLE

Au titre de la Confédération des Petites et Moyennes Entreprises de Normandie (CPME)

La CPME, Confédération des Petites et Moyennes Entreprises de Normandie, se félicite que soit mentionnée dans cet avis la question de la santé des dirigeants. Elle mérite comme bien d'autres sujets dans cet avis d'être développée.

Cette question de la santé des dirigeants, et plus largement de tous les travailleurs non-salariés, intéresse étonnamment très peu les différents services. Nous savons que lorsqu'un dirigeant connaît un ennui de santé, c'est possiblement son entreprise qui chancelle.

Que sait-on au juste de l'impact sur l'organisme humain de l'acte de diriger une PME ou une TPE ?

Le stress, l'incertitude du carnet de commandes, de la trésorerie, la solitude éprouvée, sont-ils sans effet sur la santé physique et mentale du dirigeant ?

Les chefs d'entreprise, souvent pressés, ont-ils le temps de prendre soin d'eux-mêmes ?

Quel est le rôle des questionnaires de santé dans l'octroi de crédits bancaires ?

Existe-t-il un burn-out entrepreneurial et comment le repérer pour le prévenir ?

Faut-il créer des services de santé pour les Chefs d'entreprise ?

Toutes ces questions cruciales pour la pérennité de notre tissu entrepreneurial méritent des réponses précises et rigoureuses. C'est pour y contribuer que la CPME Normandie a créé une commission de travail spécifique en y invitant l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie, certaines Mutuelles, des enseignants chercheurs du CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers) et une participation ponctuelle d'Olivier TORRES, chercheur spécialiste de la question et créateur de l'observatoire AMAROK.

La commission « Santé du Dirigeant » de la CPME Normandie travaille depuis 5 ans autour de trois missions :

1. informer et prévenir en apportant régulièrement à ses adhérents toute information utile pour régulièrement les sensibiliser sur la question de leur santé ;
2. accompagner nos adhérents et leur proposer des actions concrètes afin de les aider à prendre soin de leur santé (gestion du stress, bien dormir, bien se nourrir, faire de l'activité physique, mise en place de référents territoriaux « sentinelle », création d'un Groupe d'Aide lorsqu'ils sont en difficulté) ;
3. participer aux travaux de recherche du CNAM.

Avec cette commission, nous nous interrogeons sur la singularité ou non de la santé du dirigeant et nous réjouissons de ces récentes avancées constatant notamment que certains médecins du travail sont prêts à recevoir des chefs d'entreprise en consultation.

Espérons ensemble que ce ne soit que le début d'une prise en compte plus globale et surtout plus régulière.

Déclaration de Mme Valérie RUBA COUTHIER

Au titre du Groupe CFTC

Parce qu'il est vital et urgent que l'accès aux soins soit enfin une priorité en Normandie.

Parce que la pandémie que nous vivons depuis plusieurs mois a mis à mal notre système de santé et a révélé un peu plus ses failles.

Parce que depuis plus de 20 ans, la fermeture de lits hospitaliers est constante tout comme la diminution des moyens des établissements de santé.

Pour toutes ces raisons et bien d'autres encore, la CFTC remercie le groupe de travail d'avoir œuvré dans des conditions inédites.

Le groupe CFTC salue aussi chacun des membres de la commission 2 du CESER de Normandie d'avoir pu produire une étude fouillée avec un regard inattendu et original sur deux problématiques en particulier :

La question de la santé au travail au féminin avec le croisement des indicateurs sexués ;

La santé des cadres et dirigeants dont les souffrances au travail sont bien souvent sous- estimées.

Nul besoin de rappeler que la situation sanitaire liée au COVID a mis en évidence la nécessité de relocaliser les décisions, de revoir le fonctionnement des ARS. Les élus locaux doivent pouvoir prendre leur place entre les agences régionales et le ministère de la santé. Les élus locaux doivent pouvoir faire émerger des solutions adaptées à chaque configuration territoriale, bien loin de l'uniformité jusqu'alors privilégiée sans pour autant s'affranchir d'une régulation nationale.

Comme il est dit dans cet avis : « *La forme importe peu, le projet seul est essentiel* » et je rajouterai pour conclure : seuls les résultats comptent !

Déclaration de Mme Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Au titre de la Fédération Hospitalière de France

Je serai très brève parce que tout a été dit et puis que nous avons travaillé dans le bonheur et la richesse commune au sein de la commission du comité d'étude. Je voudrais simplement souligner trois points pour marquer, j'allais dire, à la fois l'état actuel de la situation sanitaire de la région, l'urgence d'agir, comme on vient de le dire sur le rapport précédent, et puis, comment amener avec nous la population sur ces sujets-là ?

La situation est mauvaise, cela a été dit, je voudrais insister. Les indicateurs de surmortalité en Normandie sont extrêmement importants, avec une persistance historique et une dégradation permanente sur laquelle, finalement, personne ne s'interroge jamais, à part nous. Je trouve que c'est une situation sur laquelle il faut que nous fassions là aussi notre devoir d'alerte.

Deuxièmement, l'urgence d'agir. Il y a toute une série de préconisations qui ont été énumérées et je n'y reviendrai pas mais je voudrais dire un mot sur les déserts médicaux. C'est une énorme préoccupation dans la population. C'est une préoccupation relayée par des élus locaux de tous bords et de tous niveaux. C'est une préoccupation pour nos concitoyens qui sont de plus en plus inquiets. Ils ont d'ailleurs raison de l'être, car quasiment toute la Région est en situation difficile d'accès aux médecins et à d'autres professionnels de santé, mais surtout aux médecins, qu'il s'agisse des médecins hospitaliers à l'hôpital ou des médecins en première ligne, les médecins généralistes que nous connaissons les uns et les autres. Il n'y en a plus dans un certain nombre de territoires et il n'y en aura plus dans un très grand nombre de territoires dans les dix ans qui viennent, alors que la population vieillit. D'ailleurs, nous l'avons entendu au moment du grand débat, dans les débats auxquels nous avons participé les uns et les autres. Ce n'était pas du tout une thématique que le président de la République et le gouvernement avaient prévu dans le cadre du grand débat national et c'est une thématique qui a surgi, alimentée pas que par ça, mais aussi beaucoup par cette inquiétude. Donc, si nous n'arrivons pas rapidement, notamment par une meilleure répartition des médecins sur le territoire, à remédier à cet état de fait, la situation d'accès aux soins et même de prévention et de dépistage va se dégrader de plus en plus. Et comme nous partons d'une situation déjà extrêmement dégradée en région, ça ne fera que s'accélérer. C'est le deuxième point que je voulais souligner.

Le dernier, c'est de dire que ce rapport ne veut pas s'adresser exclusivement à la Région ; même si nous avons un message au Conseil régional, il doit s'adresser à l'État, puisque c'est une compétence de l'État. Ce que je voudrais dire, c'est qu'il faut que nous emmenions avec nous l'ensemble de la population normande sur ces sujets-là. Moi, j'aimerais que le Président, dans un rôle un peu innovant du CESER, nous dise oui à des débats publics pour diffuser et débattre avec nos concitoyens des constats et des propositions que nous faisons dans ce rapport.

Déclaration de M. Jean-Claude SOUBRANE

Au titre de la Fédération des Unions régionales des professionnels de santé / URML

Je profite d'avoir le micro pour remercier la présidente de la commission, qui a été merveilleuse puisqu'elle a pris le travail en cours, elle s'est adaptée très, très vite, et c'est vrai que l'ensemble de la commission a très bien travaillé. Je ne me suis disputé qu'une seule fois, j'ai été assez en colère une seule fois, mais rapidement, la présidente a compris la situation, m'a laissé parler. Je reviens sur ce qui a été dit en commentaire de cette présentation. Je reviens sur l'infantilisation. Ce mot a été prononcé par Nicole GOOSSENS et c'est vraiment un problème d'infantilisation, je pense. Je crois que la société dans laquelle nous sommes est une société dépendante des sachants ou des faux sachants. À partir de là, il faut entendre ce que je veux dire ; dans ce rapport, il y a : « être acteur de sa santé ». On ne l'a pas dit assez, mais la grande idée de ce rapport, c'est de dire aux uns et aux autres : « profitez de vous, éduquez-vous, allez à l'école, apprenez des autres, faites attention, ayez l'esprit critique ».

Je reviens dans cette discussion qui est « si on veut progresser, il faut vraiment être dans la prévention éducation ». Ça, c'est très important. Il faut insister là-dessus. Je reviens sur les propos d'Emmanuèle, qui a dit que nous sommes dans une région où les indicateurs de santé sont les plus mauvais. Alors, il se trouve que je suis un des plus âgés ici. Vous avez bien compris que j'étais médecin. Vous avez compris que si j'étais là, c'est parce que je me suis engagé. Il y a 30 ou ans ou 40 ans, je pouvais le faire à titre individuel, j'allais voir le directeur d'une direction régionale d'action sanitaire et sociale et « j'inscrivais », avec l'accord du directeur de quelques personnes qu'on sollicitait et on pouvait mettre les mélanomes en priorité régionale, alors que ce n'était pas une priorité nationale. En Haute-Normandie, il n'y avait plus de mélanomes qu'à Paris, que sur la Côte d'Azur. Donc, nous avons fait en Haute-Normandie des choses à titre individuel et à l'époque, on a constaté qu'il y avait des indicateurs de santé qui étaient très mauvais. Emmanuèle a fait partie de ces gens. Donc il y a vingt ans, on a dénoncé tout cela. On a dit il y a moins de médecins, il y a moins de professeurs de médecine il y a moins de lits d'hospitalisation, etc. À Montpellier, il y avait sept fois plus de professeurs de médecine qu'à Rouen.

On a dit ça il y a 20 ans et je constate aujourd'hui que nous sommes toujours avec les plus mauvais indicateurs, alors il y a un problème de gouvernance. La conclusion c'est : « problème de gouvernance ». Moi, je n'ai pas la solution, c'est vrai, mais à une certaine époque, la régionalisation, les relations qu'on avait avec l'Allemagne faisaient qu'on pouvait espérer quelque chose de mieux. Et c'est vrai qu'on piétine. Alors je prends la parole. Je ne suis pas en colère, mais presque parce que j'ai le sentiment que notre action à nous tous maintenant, autant j'étais tout seul au début, autant j'ai espéré que les autres avec moi auraient pu porter le discours. Ils l'ont porté, mais nous n'avons pas la réponse. Je voulais dire l'ARS, ce n'est qu'un décor, ce n'est qu'un décor. C'est pour ça que lors de la dernière réunion de la commission, j'ai dit qu'il fallait porter la parole à la CRSA, parce que la CRSA c'est un début de Parlement, donc c'est une prise de conscience. Donc être acteur de sa santé, ça, c'est la réponse qu'on peut avoir à titre individuel. Donc, je vous invite tous au travers des modes de vie. On a parlé des modes de vie et je crois qu'on peut, effectivement, au travers d'un exercice personnel, on peut effectivement modifier et puis faire en sorte que les uns et les autres se portent mieux.

Déclaration d M. Jean-Pierre GIROD

Personnalité qualifiée au titre de l'environnement

Tout d'abord, je voudrais remercier effectivement les rapporteurs et le groupe d'étude pour ce travail et vous avez pu noter le nombre d'auditions et d'autre part, la qualité du rendu. Je vais être relativement bref, mais je voulais rebondir par rapport aux propos de Caroline. S'il y a peu de prévention pour les chefs d'entreprises, je signale que pour les agents de l'Éducation nationale, il n'y a ni prévention ni suivi, zéro. Donc, l'État pourrait aussi faire des efforts. Je serai bref.

Vous avez noté en page 12 de l'avis : « mieux vaut prévenir que guérir » et vous avez même rajouté quelque chose qui me paraît important, c'est de promouvoir la santé durable. Je pense qu'il aurait été souhaitable d'appuyer plus fortement que la présence de la nature, le contact avec celle-ci permet d'améliorer notre bien-être et, c'est bien prouvé par des études, de favoriser nos défenses immunitaires, donc de préserver une santé plus durable pour chacun. Je crois que c'est important de le signaler parce que toutes les expériences menées avec les jeunes, y compris avec ce qu'on appelle entre guillemets les « Nounous Nature », permettent ce contact dès le plus jeune âge et on s'aperçoit d'améliorations assez exceptionnelles. Et quand on voit le coût de notre santé et le peu de satisfaction qu'on peut avoir, on peut se demander si des innovations ne sont pas à mener.

Rapport

Sommaire du rapport

Avant-propos	71
Introduction	73
Chapitre 1 - La santé publique : une notion paradoxale et plurielle	75
1.1 Un peu d'histoire : évolution de la notion de santé publique	76
1.2 Les déterminants de la santé	77
1.3 L'individu : l'hérédité et le comportement	78
1.3.1 Les milieux de vie	78
1.3.2 L'environnement global	79
1.4 La promotion de la santé : en faveur du bien-être et de la qualité de vie	79
1.4.1 L'alimentation	80
1.4.2 L'activité physique.....	81
1.5 La prévention : « Mieux vaut prévenir que guérir »	83
1.5.1 Le dépistage	85
1.5.2 Les addictions	86
1.6 Des enjeux majeurs de santé publique	89
1.6.1 La médecine scolaire en situation critique.....	89
1.6.2 La santé au travail : une gouvernance plurielle et complexe	91
1.6.3 Les maladies chroniques et affections de longue durée (ALD)	94
1.6.4 La santé mentale : près d'un Français sur cinq souffre de troubles mentaux.....	95
1.6.5 Le handicap : environ 12 millions de Français touchés	96
1.6.6 La perte d'autonomie dans un contexte de vieillissement important de la population	98
1.6.7 La prévention et la gestion des risques industriels	100
Chapitre 2 - L'organisation du système de santé en France	103
2.1 L'économie de la santé : quelques clés de compréhension	103
2.1.1 La construction d'un système de santé socialisé	107
2.1.2 Le financement de la dépense de santé.....	108
2.1.3 Les assurances complémentaires de santé	109
2.1.4 Des nouveaux médicaments de plus en plus onéreux	110
2.2 Un système de santé ultra-centralisé mais converti en millefeuille	111
2.2.1 Une succession de plans stratégiques et de lois en matière de santé	112
2.2.2 Les Agences Régionales de Santé (ARS)	117
2.2.3 Les compétences et champs d'action des collectivités territoriales en matière de santé.....	120
2.2.4 Le secteur médico-social	125
Chapitre 3 - L'accès aux soins : un univers d'inégalités	127
3.1 L'offre de soins	129
3.1.1 Les professionnels de la santé.....	129
3.1.2 Les équipements de santé.....	131
3.1.3 Des inégalités territoriales criantes.....	132
3.2 Médecine hospitalière vs médecine de ville ?	133
3.2.1 L'hôpital : un colosse aux pieds d'argile dans un pays « hospitalo-centré ».....	135
3.2.2 L'embolie des services d'urgences	140

3.2.3	Le cas très critique de la psychiatrie	141
3.2.4	Une médecine libérale en forte mutation et très inégalement répartie sur les territoires	143
3.2.5	La place croissante des pôles et maisons de santé	145
3.3	Des enjeux et des défis majeurs.....	146
3.3.1	La coordination des soins	146
3.3.2	Le virage ambulatoire.....	147
3.3.3	Le virage numérique.....	150
3.3.4	Vers un équilibre entre le « cure » et le « care » ?.....	154
3.3.5	Passer d'un système réactif à un système proactif : le cas de l'Espagne	156
Chapitre 4 -	<i>L'état de santé des Français</i>	159
4.1	L'espérance de vie : un indicateur qui cache de fortes disparités.....	159
4.1.1	Une population vieillissante	161
4.2	Les principales causes de mortalité en France	163
4.3	L'état de santé des 15-25 ans : une tranche d'âge assez peu observée.....	164
Chapitre 5 -	<i>La Normandie : région de contrastes et d'inégalités marquées.....</i>	167
5.1	Des disparités territoriales marquées	168
5.2	Des inégalités socio-économiques non moins marquées	168
5.2.1	Le secteur de la santé en Normandie : industrie, recherche et formation	170
5.3	L'état de santé de la population normande.....	174
5.3.1	Des indicateurs de santé défavorables	176
5.3.2	Une population normande particulièrement vieillissante	179
Chapitre 6 -	<i>L'accès à la santé et aux soins en Normandie.....</i>	181
6.1	Organisation de la santé : le projet régional de santé (PRS) en Normandie	182
6.1.1	Le cadre d'orientation stratégique (COS) : il vise un horizon à dix ans	183
6.1.2	Le schéma régional de santé (SRS) : établi pour 5 ans	184
6.1.3	Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)	184
6.1.4	La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)	184
6.1.5	Le Plan régional Santé-Environnement (PRSE).....	185
6.2	L'offre de soins en Normandie.....	186
6.2.1	L'offre hospitalière et médico-sociale.....	187
6.2.2	Les professionnels de santé	190
6.3	Une organisation territoriale de santé complexe et en pleine évolution.....	194
6.3.1	Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	194
6.3.2	Les conseils territoriaux de santé (CTS).....	196
6.3.3	Les groupements hospitaliers de territoire (GHT).....	196
6.3.4	Les plateformes territoriales d'appui (PTA)	198
6.4	La démocratie sanitaire (représentation des usagers)	198
6.5	L'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de précarité	204
6.6	L'intervention de la Région Normandie en matière de santé	208
6.6.1	Offre de formation et attractivité des métiers de la santé	208
6.6.2	Diversification de l'offre de soins sur les territoires.....	215

6.6.3	Actions de prévention et de promotion de la santé	216
Chapitre 7 -	<i>Des projets spécifiques adaptés aux territoires</i>	219
7.1	Trois projets de santé exemplaires	219
7.1.1	Le projet sud-Manche Santé	220
7.1.2	Le projet de santé du Pays de Bray et de la Vallée de Bresle Normandie (Neufchâtel-en-Bray) ..	223
7.1.3	Le projet de santé de l'Orne Est (territoire de Mortagne-au-Perche).....	228

Avant-propos

Afin de lever toute ambiguïté et même de prévenir toute récrimination qu'une absence d'explications pourrait légitimement soulever, il convient d'être très clair sur l'objet de cette étude axée sur l'accès à la santé et aux soins en Normandie : **celle-ci ne vise en aucun cas l'exhaustivité.**

La commission « *Développement humain et qualité de vie* » du CESER et le comité d'étude *ad hoc* constitué pour les besoins de l'étude l'eussent-ils souhaité qu'ils se seraient de toute façon heurtés à un exercice impossible, tant le spectre du champ de la santé est large. Celui-ci croise en effet les questions de l'environnement, l'habitat, l'économie, l'emploi, la démographie, l'aménagement du territoire, l'éducation/formation, la recherche, le sport, etc.

Conscient de l'importance et de l'urgence de traiter la question de l'accès aux soins qui fait légitimement débat dans l'hexagone, et envisageant de ce fait d'y apporter son éclairage, *a fortiori* dans une région présentant une situation sanitaire plus préoccupante que celle de la moyenne nationale – qui plus est dans un contexte de faible démographie médicale, avec des inégalités sociales et territoriales de santé marquées – **le CESER n'a toutefois pas souhaité se limiter à cette problématique jugée trop restrictive.**

En effet, face au déséquilibre entre l'offre de soins et les dispositifs de prévention et d'éducation, le CESER a souhaité **proposer un angle d'étude plus large** qui inclue également **la question de l'accès à la santé.**

71

Face à un champ d'étude aussi vaste, complexe, pluriel et symbolique que la santé qui ne peut nullement prétendre, dans le cas présent, à des travaux fouillés et exhaustifs, les travaux du CESER visent par conséquent un objectif nécessairement plus réaliste et modeste : celui d'**éclairer** et de **mettre en relief un certain nombre d'éléments liés à l'accès à la santé et aux soins en Normandie**, en regard de la situation nationale, voire internationale.

A cette fin, le CESER s'est assigné trois principaux objectifs :

- Apporter des **éléments de compréhension et d'information sur les questions d'accès à la santé et aux soins en Normandie**, en regard de ce qui est observé à l'échelle nationale et, dans une moindre mesure, à l'échelle internationale ;
- **éclairer un certain nombre de champs ou d'expériences**, à partir des données collectées au fil des travaux conduits ; il n'est pas exclu que certains éléments puissent ouvrir des pistes donnant lieu à la réalisation de travaux spécifiques ultérieurs ;
- formuler un certain nombre de **préconisations pour la Normandie.**

Il convient de souligner que la présente étude s'adresse à l'ensemble des acteurs publics (Etat, collectivités, établissements de santé et médico-sociaux, caisses d'Assurance maladie...) et privés (organismes et associations) concernés par le secteur de la santé, ce dernier relevant essentiellement des prérogatives de l'Etat mais aussi, dans une bien

moindre mesure des collectivités, et ceci de manière souvent indirecte. Enfin, ces travaux s'adressent à toutes personnes que les questions de santé intéressent, de près ou de loin.

Le secteur de la santé fait l'objet d'un corpus très abondant de textes législatifs, de normes, de schémas et de conventions, et nourrit de manière générale un foisonnement littéraire et médiatique sous toutes ses formes (articles, essais, rapports, expertises, avis...).

Est-il besoin de préciser que la conduite de cette étude aura véritablement été placée sous le signe d'une actualité brûlante ? En pleine crise hospitalière, de situation explosive des urgences, sur fond de débats suscités par la nouvelle réforme d'Etat – cristallisée par la loi « Ma santé 2022 » – nul n'aurait pu imaginer qu'une vague gigantesque s'apprêtait à toucher le monde entier. L'onde de choc créée par la pandémie de la Covid-19 aura placé, comme jamais auparavant dans l'histoire de l'humanité, la question de la santé au cœur même de la vie politique, sociale et économique. Jamais le champ de la santé n'aura été aussi commenté, débattu, mis au grand jour. Ainsi, la question de la prévention, quasiment marginalisée en France par le discours et les moyens discrets qu'elle mobilise, aura été pour la première fois aux yeux de tous, le principal enjeu vital.

Face à ce bouleversement aussi radical qu'inattendu, il a été décidé de ne pas réorienter les travaux en cours mais au contraire de maintenir le cap initial, dans la mesure où le contexte et les effets de ce raz-de-marée ne faisaient que rendre plus visibles et confirmer nombre de points que le CESER avait observés et souhaitait mettre en exergue.

Il convient enfin de souligner que le contexte de crise, qui a fortement mobilisé les professionnels de santé et plus largement les acteurs et organismes en charge de la santé, a toutefois eu hélas pour effet de rendre encore plus difficile l'accès aux données régionales de santé. Le mode de collecte des données de santé, particulièrement fragmenté, souvent incomplet et insuffisamment mis à jour, souffre clairement d'un manque de coordination. L'étude en a clairement pâti et présente quelques insuffisances en la matière.

Introduction

Il existe de multiples définitions de la santé même si son concept se définit souvent par l'absence de maladie ou de douleur. Tandis que le Petit Robert évoque « *le fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme* », le Littré pointe « *l'exercice permanent et facile de toutes les fonctions de l'organisme* ». L'Organisation mondiale de la santé (OMS) va plus loin en définissant la santé comme « **un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ».

Le philosophe Emmanuel Kant précisait qu'on peut se sentir bien portant sans jamais pouvoir savoir si on l'est vraiment. Plus malicieusement, l'écrivain James Joyce disait que la santé se définissait par son absence.

Le **droit à la santé** est un **principe à valeur constitutionnelle**. Le Préambule de la Constitution de 1946 proclame que la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ». L'article introductif du code de la santé publique mentionne quant à lui la **protection de la santé** comme **droit fondamental** et **garantit l'égal accès à tous aux soins** nécessités par son état de santé.

L'appréhension de la santé est double :

- ✓ Une **conception statistique, atomistique et biologique** (philosophie naturaliste de l'américain Christopher Boorse, par exemple) ;
- ✓ Une **conception holistique ou humaniste centrée sur la personne**, elle-même ancrée dans le monde et les relations sociales (philosophie du soin de Georges Canguilhem).

La santé est un sujet d'inquiétude majeur pour les Français, comme a pu le révéler le Grand Débat national¹ organisé à l'occasion du mouvement des Gilets jaunes, alors qu'il n'avait pas été identifié par l'Etat et donc retenu parmi les quatre grandes thématiques soumises au débat public. Dans ce cadre, la consultation réalisée par la Fédération hospitalière de France (FHF) et l'entreprise de sondages Ipsos révélait que **l'accès à de bons établissements de santé** était pour les Français le **second critère le plus important pour assurer à chaque individu une égalité des chances dans la vie**, juste derrière l'accès à de bons établissements scolaires.

En outre, le secteur de la santé est un créateur d'emploi important puisqu'il mobilise – avec 7,2 % de l'emploi total en France² – autant que celui du secteur de l'enseignement ou encore celui de l'hébergement médico-social / action sociale. Il produit plus de valeur ajoutée que celui du BTP ou de l'hôtellerie-restauration et contribue par ailleurs fortement au développement de la recherche.

Nous avons pris le soin de souligner dans l'avant-propos combien la notion même de santé était ample et complexe. Réaliser une étude sur l'accès à la santé et aux soins sur un

¹ Lancé le 15 janvier 2019.

² Chiffres Insee 2018.

territoire donné peut aussi bien renvoyer à la question de la transition sanitaire dans ses dimensions ambulatoire, numérique, écologique, etc., qu'à celle de la transition démographique, sociale, économique... Cette vaste superposition, qui démultiplie les champs possibles d'étude, explique les publications à la fois pléthoriques autour de la santé mais aussi la quasi-absence d'ouvrages qui se donneraient pour objectif d'embrasser cette dernière dans son ensemble.

Dans ce contexte, le présent rapport tente, de manière très synthétique, de décrire un certain nombre d'éléments, de communiquer quelques données et clés de compréhension portant sur :

- La **santé publique** (son histoire, ses caractéristiques, ses enjeux) ;
- l'organisation du **système de santé**, l'**accès aux soins** en France ; l'**état de santé des Français** ;
- la **situation de la Normandie** en matière de santé, à travers un certain nombre d'indicateurs et le constat d'inégalités marquées ;
- l'**accès à la santé et aux soins en Normandie**, dans une approche à la fois organisationnelle et d'offre de soins ; les politiques mises en place par la collectivité régionale qui ne dispose pourtant que de compétences très limitées en matière de santé ;
- des **projets spécifiques de santé** déployés sur trois différents territoires de la région.

Souffrant d'une situation sanitaire dégradée, de disparités territoriales de santé et d'inégalités sociales de santé marquées dans un contexte démographique et socio-économique très contrasté, nous verrons que la Normandie présente globalement, hélas, un bilan peu favorable de l'état de santé de sa population, même si elle se distingue par ailleurs par des atouts très solides et des initiatives absolument exemplaires à différents endroits, au service de la santé.

Chapitre 1 - La santé publique : une notion paradoxale et plurielle

- ☒ Un peu d'histoire
- ☒ Les déterminants de la santé
- ☒ La promotion de la santé
- ☒ La prévention
- ☒ Des enjeux majeurs de santé publique

La notion de « santé publique » ne va pas de soi dans la mesure où la santé renvoie *de facto* à l'individu, au domaine privé et même à l'intime. Dès lors, penser la santé d'une collectivité humaine recèle une forme de contradiction. Le philosophe Georges Canguilhem le relevait avec justesse : « *Santé publique est une appellation contestable. Salubrité conviendrait mieux* ».

L'OMS définit la santé publique comme « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif* ». Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.

La santé publique étudie ainsi les déterminants physiques, psycho-sociaux et socio-culturels de la santé de la population et des actions en vue d'améliorer cette dernière. Elle désigne donc à la fois l'état sanitaire d'une population, apprécié *via* des indicateurs de santé et l'ensemble des moyens collectifs susceptibles de soigner, promouvoir la santé et améliorer les conditions de vie.

La santé publique est au cœur de ce que Michel Foucault a appelé la « biopolitique », elle-même constitutive du « biopouvoir », en tant que type de pouvoir moderne qui s'exerce sur la vie des corps et celle de la population. En effet, jusqu'à l'âge classique, le pouvoir politique avait le droit de prélever, de punir et au final de faire mourir. Les choses ont commencé à évoluer à la fin du XVII^e siècle quand, peu à peu, la plus haute fonction n'était plus de tuer mais d'investir la vie. « *De maître de la mort, le pouvoir politique est devenu administrateur de la vie*³ ».

³ Lire *La santé publique* d'Aquilino Morelle et Didier Tabuteau (Ed. PUF 2010, collection Que sais-je ?). Par ailleurs, on a intérêt à découvrir le livre saisissant de Daniel Defoe relatant l'épisode de peste qui s'est abattue sur Londres en 1665 (*Journal de l'année de la peste*, publié en 1822), tant pour la prise de conscience politique en matière de santé publique que pour de nombreux éléments décrits qui résonnent, de manière assez troublante, avec la situation de pandémie liée au coronavirus, 350 ans plus tard.

1.1 Un peu d'histoire : évolution de la notion de santé publique

Il fut un temps où, à une menace de lèpre, le pouvoir traditionnel réagissait par l'exclusion.

Avec la peste noire qui s'est abattue sur l'Europe à partir de la moitié du XIV^e siècle⁴, le pouvoir a dû changer de registre en s'affranchissant du rituel religieux pour adopter une politique plus rationnelle. D'une politique d'exclusion, d'élimination et de purification, on est passé peu à peu à une politique de surveillance, de recensement, d'examen et de respect d'une norme de santé. L'objectif premier n'était plus de se séparer d'individus jugés maléfiques mais de préserver la santé de la population.

Venise, qui a institué le principe de la quarantaine dès 1377, a développé une politique coercitive pionnière et une organisation sanitaire d'avant-garde dont le modèle finira progressivement par s'imposer dans le reste de l'Europe.

On considère que la santé publique – qui connaît différentes appellations à travers les époques et les pays – naît véritablement en Europe durant la période 1720-1800 laquelle marque la congruence de trois grands mouvements historiques : une évolution démographique inédite, la révolution industrielle et la concentration du prolétariat dans les villes.

Au siècle des Lumières, l'essor de la médecine sociale est advenu en France sous un axe de médecine urbaine (contrairement à l'Angleterre qui a plutôt développé, à cette même période, une médecine de la force du travail, en tant qu'enjeu économique) : emplacement des cimetières ; localisation des abattoirs, évacuation des eaux usées, qualité de l'air, habitat...

76

Ce n'est qu'au XIX^e siècle que l'on connaîtra toutefois l'apogée de l'hygiène publique, à la faveur d'une prise de conscience collective des ravages sanitaires dus à la pauvreté, elle-même encouragée par l'épidémie de choléra qui frappe l'Europe en 1832. Dès 1820, se constitue en France un premier mouvement hygiéniste précurseur en Europe, rayonnant sur tout le continent pendant la première partie du XIX^e siècle.

L'histoire de la santé publique en France est celle d'une dichotomie entre de grands précurseurs – dont la prééminence sera incarnée par Louis Pasteur – qui ont ouvert la voie et un monde politique ayant tardé à doter l'Etat des structures administratives appropriées. De ce point de vue, son histoire fait contraste avec l'épanouissement de la santé publique au Royaume-Uni.

Quoi qu'il en soit, l'avènement de la santé publique rendra caduque la distinction entre le social et le médical. Ce mouvement sera appelé à évoluer après la Seconde Guerre mondiale, au gré des progrès considérables de la médecine et du rythme soutenu des découvertes (une centaine de médicaments chaque année par l'industrie pharmaceutique, dans les années 1960). En l'espace de trente ans, la médecine faisait plus de progrès que depuis la préhistoire. Cette révolution thérapeutique a bouleversé les mentalités au point de nourrir

⁴ Près de 40 % de la population européenne disparaît ; la France comptait à elle seule 6 millions de morts sur une population totale de 15 millions. Sa croissance démographique sera nulle pendant les quatre siècles qui ont suivi.

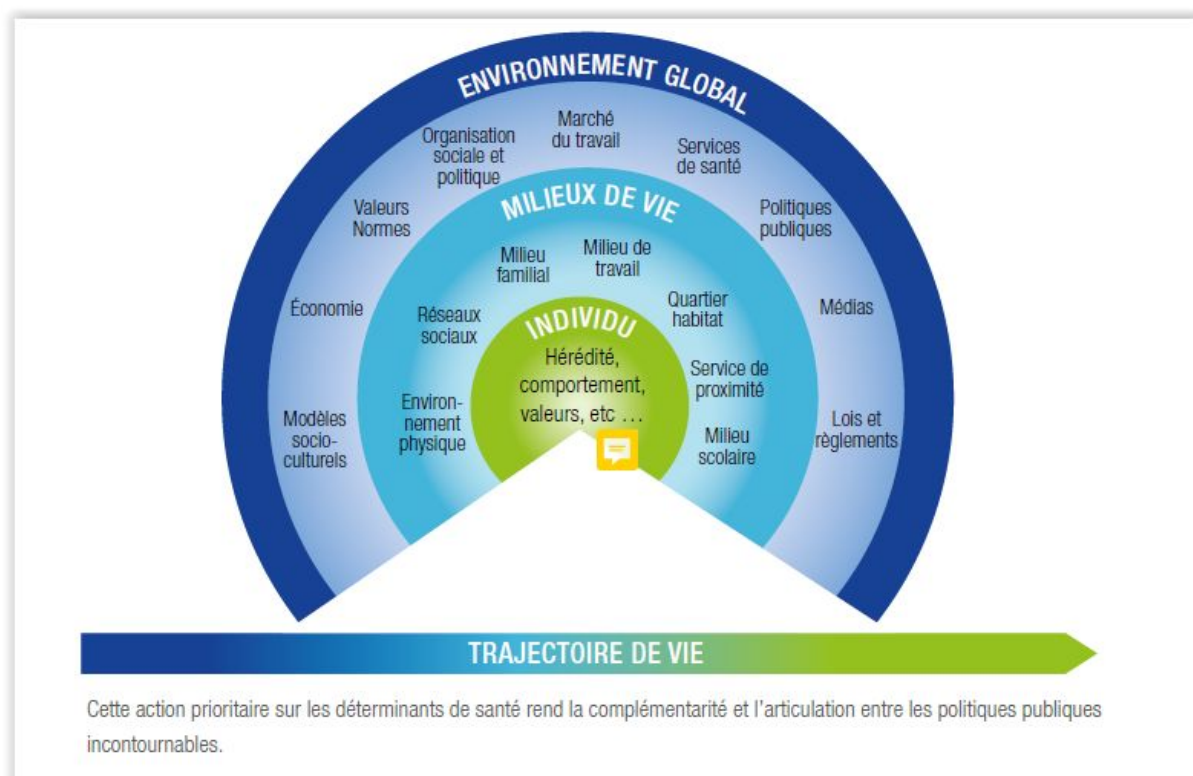
l'illusion d'une toute-puissance curative et de provoquer un désintérêt croissant pour la santé publique : à quoi bon prévenir si l'on peut tout guérir ?

Les problématiques de santé publique ont néanmoins fait leur retour dans les années 1980, à l'occasion de la pandémie du VIH (SIDA) qui a privé les sociétés industrialisées du rêve qu'elles se faisaient d'un monde à jamais débarrassé d'épidémies sévères. Cette désillusion, à la hauteur des espérances placées dans les progrès fulgurants de la médecine, s'est doublée en France d'un séisme politique et sanitaire lié au sang contaminé, dont les terribles effets étaient révélés au début des années 1990. En réaction, les pouvoirs publics ont instauré une politique de sécurité sanitaire s'appuyant sur des créations successives d'agences diverses.

Sans un dispositif et une culture de santé publique suffisamment forts, aucun pays ne peut, quelle que soit la qualité de son système de soins, faire durablement face aux périls sanitaires. La crise sanitaire de l'été caniculaire de 2003, avec ses 15 000 victimes, ainsi que l'épisode très récent – et toujours en cours au moment où l'on écrit ces lignes – d'épidémie de Covid-19 – rappellent toute la pertinence de ce principe.

1.2 Les déterminants de la santé

Pendant longtemps, la question des déterminants de santé était orientée en France uniquement sur les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin.



A travers un grand nombre d'études conduites à l'échelle internationale sur le sujet, la définition d'une approche intersectorielle de la santé, mettant en évidence des déterminants extérieurs au système de soins et de santé, s'est fait jour. Ces déterminants

incluent des dimensions aussi diverses que le travail, l'habitat, l'éducation, les revenus, les conditions de vie, l'environnement, etc.

L'entremêlement des facteurs implique beaucoup de complexité dans l'examen des déterminants de la santé. Considérer l'enchaînement des facteurs de risque tout au long de la vie constitue néanmoins l'ambition de ce que l'on appelle « l'épidémiologie biographique » (de l'anglais « *life-course epidemiology* »), pouvant être définie comme l'étude des mécanismes biologiques, comportementaux et psychosociaux à l'œuvre.

On sait que les inégalités sociales de santé sont loin d'être spécifiques à la France mais qu'elles sont en revanche particulièrement marquées dans notre pays. Il est d'autant plus important de pointer ces inégalités que des mesures prises dans d'autres pays démontrent qu'elles ne constituent pas une fatalité⁵.

1.3 L'individu : l'hérédité et le comportement

Les déterminants liés aux comportements sont parfois qualifiés de « proximaux », dans la mesure où ils ont une influence immédiate ou apparente sur la santé des individus.

Il convient toutefois d'aborder avec prudence cette notion qui pourrait donner à penser que des comportements à risques seraient l'unique expression de la responsabilité individuelle. Dans la réalité, des conditionnements sociaux, des problèmes d'information et des difficultés à se projeter dans l'avenir entravent le libre arbitre des personnes.

On voit clairement, par exemple, les limites de la mise en cause de la responsabilité individuelle dans les inégalités sociales de santé qui affectent les enfants – c'est particulièrement frappant dans les cas d'obésité – et qui font le lit des inégalités sociales de santé des décennies à venir.

Enfin, alors que la distance géographique est présentée dans les médias comme la raison essentielle des problèmes d'accessibilité à la santé et aux soins, on aurait tort de sous-estimer les effets de la « distance sociale » à l'égard des institutions de soins. Il existe aussi des phénomènes de dissuasion symbolique qui éloignent des personnes d'un certain nombre de structures. Cette barrière symbolique s'observe également parmi des personnes très favorisées qui fréquenteront peu, par exemple, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

1.3.1 Les milieux de vie

Les comportements individuels sont eux-mêmes liés aux déterminants « distaux » comme l'environnement physique, économique et social dans lequel évolue l'individu. Ainsi, le fait qu'une personne exerce une activité physique a de fortes répercussions sur sa santé, mais cette pratique est peut-être liée à l'aménagement urbain qui l'entoure, qui favorise les mobilités actives par exemple.

⁵ Lire le rapport du Haut Conseil de la santé publique paru en décembre 2009 : « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité ». Une décennie plus tard, la situation n'a guère évolué.

Or, on sait que les déterminants sociaux ont un poids capital dans la prévalence des maladies et qu'il existe une relation croissante et continue entre l'échelle socio-professionnelle et l'état de santé. Ainsi, toute personne naissant dans de bonnes conditions, ayant accès à l'éducation, disposant de liens familiaux et sociaux solides et d'un contrôle sur sa vie, vivant dans un environnement social et physique sain, travaillant dans de bonnes conditions, ayant un accès des soins de qualité, etc. multipliera ses chances de rester en bonne santé.

Il convient de souligner la prise en compte récente de l'environnement comme un déterminant de santé prépondérant permettant d'expliquer et prévenir plusieurs problématiques de santé publique d'actualité. La pollution aiguë ou chronique, qu'elle soit biologique, chimique, due aux radiations ionisantes, sonores ou lumineuses, est également une source importante de maladies⁶. Nous verrons plus loin qu'il subsiste des écarts tout à fait considérables en matière d'espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles.

1.3.2 L'environnement global

Le caractère très vaste des déterminants de la santé implique de raisonner, nous l'avons vu, selon une approche nécessairement intersectorielle. Penser la santé en dehors de l'ensemble des champs socio-économiques est inopérant, les inégalités sociales étant le reflet des inégalités économiques découlant de choix et politiques publiques.

Le cas du Royaume-Uni est à cet égard assez édifiant. Une étude⁷ conduite par l'épidémiologiste de renom Michael Marmot montre que pour la première fois en un siècle, l'espérance de vie plafonne dans le pays. Elle a même reculé pour les femmes des milieux les plus défavorisés (notamment ceux du nord-est de l'Angleterre). Le rapport Marmot pointe une dégradation des déterminants de la santé dont une pauvreté infantile très inquiétante (atteignant 30 % en Angleterre), dans un contexte de baisses drastiques des fonds alloués aux autorités locales pour les services à l'enfance et à l'adolescence, pour le logement, et de coupes dans les dotations à l'éducation.

1.4 La promotion de la santé : en faveur du bien-être et de la qualité de vie

Notion pivot de la santé publique, la promotion de la santé englobe l'ensemble des interventions et comportements qui peuvent contribuer à « maximiser » l'état de santé de chaque personne. Elle a été consacrée par la charte d'Ottawa de novembre 1986, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La notion de promotion de la santé est importante dans la mesure où elle a contribué à faire évoluer celle de la santé publique, en intégrant peu à peu

⁶ L'étude des CESER de l'Atlantique rendue en octobre 2020 (« Une nouvelle dynamique de développement de la façade atlantique. Vers un renforcement des coopérations et des synergies interrégionales ») pointe la nécessité de poursuivre et d'approfondir les recherches sur les liens existant entre la santé et l'environnement, que la crise sanitaire du coronavirus a encore un peu plus mis en lumière.

⁷ Sir Michael Marmot est professeur à University College London (UCL). L'étude « Health Equity in England » est parue le 25 février 2020.

d'autres facteurs (sociologiques, environnementaux...) pour étudier la santé d'une population.

La France se situe historiquement derrière les autres pays d'Europe occidentale en matière d'investissement dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il en résulte une faible culture de santé publique au sein de la population qui se traduit par une remise en cause de la légitimité de la vaccination⁸, de mauvais résultats sur la consommation de tabac et d'alcool, une mortalité prématurée importante.

On estime qu'un tiers de l'ensemble des décès en 2017 peut être imputé à des facteurs de risques liés au comportement (tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation et insuffisance d'activité physique). Des études démontrent que l'espérance de vie peut valablement être augmentée de 14 ans en cas d'absence de tabac, d'une consommation d'alcool égale ou inférieure à un demi-verre par jour, une consommation de cinq fruits et légumes par jour et un exercice physique d'une demi-heure par jour.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), en tant que mode de participation et de contrôle plus actif du patient sur sa santé, est une résultante concrète des principes de promotion de la santé. S'adressant prioritairement aux patients atteints de maladies chroniques, la notion de patient acteur de sa santé (au lieu de la subir) gagne peu à peu du terrain. Elle suppose toutefois un changement radical de paradigme dans lequel la prévention et la promotion de la santé deviennent un fer de lance du système de santé.

1.4.1 L'alimentation

80 En France, **près de la moitié des adultes et 17 % des enfants sont en surpoids ou obèses**, avec des inégalités sociales encore très marquées puisque dès l'âge de six ans, les enfants d'ouvriers sont 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres⁹.

17 % de la population adulte est obèse¹⁰, ce qui représente plus de 8 millions de personnes. Des indicateurs tels que la croissance de prévalence du diabète de type 2 – hyperglycémie chronique touchant prioritairement les personnes obèses ou en surpoids – n'évoluent pas favorablement.

Un document publié par Statista¹¹ révèle que **les femmes de la région Normandie sont les plus touchées en France par l'obésité, après les Hauts-de-France et le Grand Est.**

⁸ Voir en annexe le graphique sur les taux de recours à la vaccination en Europe.

⁹ 16 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 6 % sont obèses contre respectivement 7 % et 1 % chez les enfants de cadres.

¹⁰ Le taux d'obésité, passé de 9 % en 2000 à 17 % en 2019 s'est stabilisé ces dix dernières années en France.

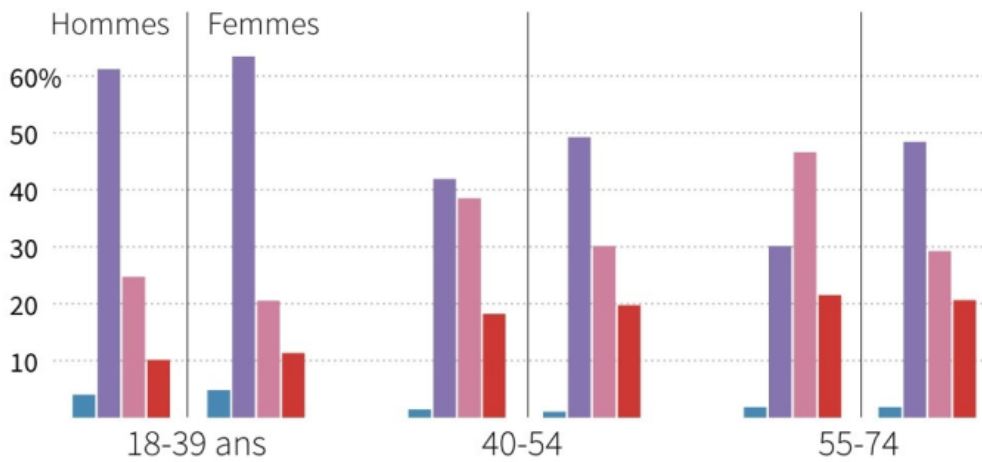
¹¹ <https://fr.statista.com/statistiques/1037097/femmes-francaises-obeses-france-region/>

Surpoids et obésité en France

L'obésité est restée stable ces dix dernières années mais près d'un adulte sur deux est en surpoids



■ maigreur ■ normal ■ surpoids ■ obésité



IMC : poids/taille²

IMC moyen en 2015 : **25,8**

Surpoids : IMC entre 25 et 30

Obésité : >30

Source : Rapport Esteban 2015

© AFP

Face aux conséquences multiples et potentiellement désastreuses du surpoids et plus généralement d'une mauvaise alimentation, les politiques publiques tentent de convaincre de la nécessité de manger sainement pour préserver son capital santé.

A titre d'exemple, s'appuyant sur les expertises de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et du Haut Conseil de Santé Publique, Santé Publique France a créé en 2017 le logo Nutri-Score. Désormais clairement affiché sur nombre d'emballages de produits alimentaires, il renseigne le consommateur sur la qualité nutritionnelle des produits, permettant à ce dernier de n'être pas uniquement guidé par son goût. Apposer ce logo n'est pas obligatoire dans le secteur agroalimentaire mais le sera sur l'ensemble des catégories de produits mis sur le marché par les exploitants volontaires.



1.4.2 L'activité physique

Alors que l'activité physique et sportive est reconnue comme un déterminant de santé à la fois physique et mentale, on constate que la pratique d'activité physique tend à décroître, particulièrement chez les femmes et les enfants, et qu'elle demeure très insuffisante. Le cas des adolescentes est particulièrement préoccupant puisque seules 6 % d'entre elles déclarent exercer une activité physique modérée, ce qui représente une proportion plus de deux fois inférieure à celle des garçons du même âge.

La tertiarisation des emplois, l'essor du numérique et l'augmentation des déplacements motorisés sont les principaux facteurs de cette sédentarité.

Le phénomène est d'autant plus inquiétant qu'il représente, comme on sait, un risque majeur pour les pathologies les plus fréquentes que sont les maladies cardio-vasculaires ou le diabète de type 2 et que l'on constate une augmentation de la proportion des personnes évoluant vers une obésité très sévère (plus de 500 000 adultes en 2016). Notons que parmi les 147 000 personnes qui décèdent chaque année en France d'une maladie cardio-vasculaire, plus de 54 % sont des femmes.

L'activité physique est heureusement de plus en plus plébiscitée dans l'univers du travail, que ce soit dans le secteur privé ou public, tant il est désormais prouvé qu'elle contribue au bien-être, et donc à une plus grande efficacité et à une réduction de l'absentéisme.

La facilitation et la promotion de ce qui est communément appelé les **transports doux** (marche, vélo, trottinette...) pour couvrir des distances relativement courtes, notamment entre le domicile et le travail, sont de véritables enjeux de santé publique en favorisant la réduction de la pollution de l'air et le maintien d'une bonne santé physique.

Dans un souci d'éco-mobilité, les collectivités territoriales sont de plus en plus nombreuses à engager un Plan de Déplacement Urbain (PDU) adapté. Les transports doux peuvent également être organisés collectivement à travers, par exemple, des « lignes de ramassage scolaire pédestres » proposées par des parents d'élèves pour emmener les enfants à l'école.

S'agissant des déplacements à vélo, seuls le développement conséquent de pistes cyclables sécurisées et bien entretenues, une grande attention à la discontinuité des parcours à vélo, le déploiement de l'intermodalité (consistant notamment à la possibilité de prendre le train avec son vélo pour compléter un parcours) et l'installation généralisée de parcs de stationnement adaptés permettront véritablement d'accroître le nombre d'adeptes prêts à délaisser l'usage de la voiture au bénéfice d'une activité favorable à leur santé. A travers cet exemple, on mesure une fois de plus le rôle très important que peuvent jouer les collectivités territoriales, aux côtés de l'Etat, en matière de santé publique.

Le sport sur ordonnance

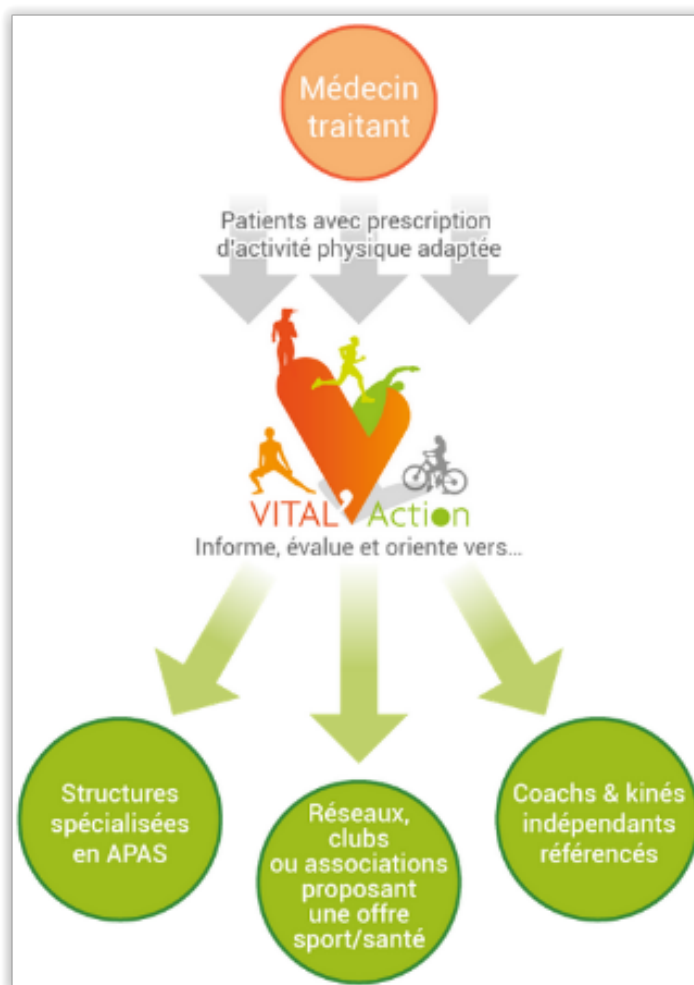
Publiée en février 2020, une étude réalisée par l'Association Nationale des Elus en charge du Sport (ANDES) avait pour principal objectif de fournir un éclairage, à travers le choix de cinq villes en Europe¹², sur les dispositifs de sport sur ordonnance, dans lesquels sont déjà engagées 70 collectivités en France. Cette étude nous apprend, par exemple, que les infirmiers scolaires d'Umeå (Suède) ont la possibilité de prescrire de l'activité physique aux enfants ou que les pharmaciens bénéficient également de cette prérogative auprès de leurs clients. L'ANDES note dans tous les cas une constante : « *Les collectivités sont les chevilles ouvrières des dispositifs [...] elles impulsent une dynamique, coordonnent les acteurs* ».

Depuis l'application du décret au 1^{er} mars 2017, le médecin traitant a la possibilité de prescrire de l'**Activité Physique Adaptée** (APA) à son patient atteint d'une affection de longue durée.

¹² Benicarlo (Espagne, 27 000 habitants), Tampere (Finlande, 230 000 hab.), Liverpool (Royaume-Uni, 470 000 hab.), Umeå (Suède, 110 000 hab.) et Chaudfontaine (Belgique, 20 000 hab.). Lire la synthèse de l'étude sur : <http://www.andes.fr/wp-content/uploads/2020/02/synth%C3%A8se-andes-alternative-1.pdf>

En Normandie, l'association Vital'Action offre aux habitants de la Métropole Rouen Normandie une plateforme de coordination du sport sur ordonnance. Labellisé « **Maison Sport Santé** » par le Ministère des sports et celui de la santé, le projet reçoit divers soutiens dont celui de l'ARS, la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la métropole. Le dispositif permet au patient de s'inscrire dans une pratique physique durable dont les vertus thérapeutiques s'ajoutent à celles des traitements classiques.

En juin 2020, il existait **138 structures labellisées Maisons Sport Santé en France** (sur les 500 espérées par l'Etat dans l'hexagone à l'horizon 2022) **dont 7 en Normandie**¹³ (aucune dans l'Orne).



1.5 La prévention : « Mieux vaut prévenir que guérir »

Dans la mythologie grecque, Asclépios, fils d'Apollon et dieu de la médecine, avait deux filles : Hygie, personnification de la médecine, et Panacée, déesse de la guérison universelle. Cette parenté rappelle que toute médecine vise à la fois à soigner et, chaque fois que c'est possible, à guérir, mais aussi à prévenir et à prendre soin de la santé. Tout système de santé est ainsi construit sur deux piliers : celui du **système de soins** (hôpitaux, personnels et plateaux techniques, corps médical et paramédical) et celui de la **prévention**.

Il existe plusieurs formes de prévention parmi lesquelles figurent :

- La **prévention primaire**, ayant pour objectif d'empêcher l'apparition d'une maladie (ex : lutte contre le tabagisme) ;
- La **prévention secondaire**, visant à diminuer les risques de gravité chez les patients par le dépistage (ex : mammographie) ;

¹³ 14 : Caen et Hérouville-Saint-Clair ; 27 : Saint-Sébastien-de-Morsent ; 50 : Coutances ; 76 : Bois-Guillaume, Rouen et Saint-Romain-de-Colbosq.

- La **prévention tertiaire**, visant à empêcher les complications ou les rechutes et diminuer les risques de récives, à diminuer les déficiences ou handicaps (ex : action en faveur de la réinsertion professionnelle ou sociale).

Les politiques de prévention sont délicates dans la mesure où elles reposent sur des arbitrages entre les libertés individuelles et la nécessité de protection collective, entre des solutions faisant appel à la contrainte et d'autres recourant plutôt à l'incitation et à la persuasion.

Située à l'intersection de la médecine clinique et de la démographie, l'épidémiologie – qui étudie les facteurs influant sur la santé et les maladies des populations humaines – a ouvert la voie à la prévention, instrument privilégié de toute politique de santé publique.

Si la **France est en bonne position en matière de mortalité évitable grâce aux traitements** (en 3^{ème} position dans l'UE, après l'Islande et la Norvège), elle est **en moins bonne position en ce qui concerne la mortalité évitable grâce à la prévention**¹⁴ (en 7^{ème} position).

Dans un système de santé demeurant particulièrement « médico-centré », les politiques de prévention ont traditionnellement été négligées en France. Les dépenses consacrées à la prévention représenteraient moins de 2 %¹⁵ de l'ensemble des dépenses de santé, soit une part inférieure aux 3,1 % de moyenne dans l'UE.

En 2011, la Cour des comptes pointait déjà qu'il « *n'existait pas de vision globale des moyens consacrés à la prévention* ». Il convient de préciser que les comptes nationaux de la santé séparent des dépenses de prévention en deux « secteurs » :

84

- ✓ une prévention dite « **institutionnelle** » : financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux, elle inclut la médecine du travail, les actions de la PMI, les campagnes de dépistage, les actions d'information, de promotion et d'éducation à la santé, la sécurité sanitaire de l'alimentation, etc. Le budget dédié à la prévention institutionnelle s'élevait à 5,8 milliards d'euros en 2016, soit environ 87 euros par habitant
- ✓ et une prévention « **non institutionnelle** » : elle concerne d'autres actes de prévention sanitaire comme ceux posés par les médecins traitants lors de consultations médicales et certaines prescriptions médicamenteuses. La prévention non institutionnelle est évaluée ponctuellement ; on sait qu'elle représentait 9,1 milliards d'euros en 2016 (contre 9,8 milliards en 2012) et qu'elle est constituée à 45 % de dépenses liées à la consommation de médicaments à titre préventif (vaccins, antihypertenseurs, contraceptifs hormonaux, etc.).

Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2018 précise que la médecine du travail représente environ 55 % de ces dépenses de prévention institutionnelle primaire individuelle. Les difficultés de lisibilité comptable des dépenses de prévention sont telles qu'elles figurent textuellement dans l'annexe 7 du PLFSS.

¹⁴ Les premières causes de la mortalité évitable grâce à la prévention sont le cancer du poumon, les accidents (de la route et autres), une consommation abusive d'alcool et le suicide.

¹⁵ En comptant cependant uniquement les dépenses dédiées à des programmes de prévention.

Les stratégies de prévention se heurtent à une problématique de remontée insuffisante de données à l'échelle des territoires sur les besoins en santé des populations. L'éparpillement des acteurs de promotion et de prévention ainsi que des systèmes de veille épidémiologique et sanitaire contribue à ces difficultés.

Dans ce contexte, la Stratégie nationale de santé 2018-2022 – dont la promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe¹⁶ – a prévu un budget de 400 millions d'euros sur 5 ans afin de soutenir des programmes de prévention concernant tous les âges. Même si ce sera probablement très insuffisant au regard de l'enjeu à relever, cette inscription n'en demeure pas moins un signal favorable.

S'agissant de la **vaccination, geste de prévention par excellence**, rappelons qu'elle a été rendue obligatoire dès 1902 (en premier lieu contre la variole) et que l'obligation vaccinale pour les 0-2 ans a été étendue au 1^{er} janvier 2018, en passant de 3 à 11 maladies. Il s'agit là d'un enjeu important, à l'heure où prospèrent des discours antivaccinaux ayant conduit à une défiance croissante dans la population¹⁷, dans un contexte plus général de scandales sanitaires qui se sont succédé (sang contaminé, procès du Médiateur, etc.).

Enfin, notons que des mesures de prévention drastiques doivent être observées à l'hôpital pour combattre encore plus efficacement les maladies nosocomiales. D'après une étude de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) datant de 2012, un patient sur vingt contracte une infection au cours d'une hospitalisation¹⁸. Une question à livrer aux sciences humaines et sociales invitées à investir plus largement l'univers hospitalier, en vue d'une modification des comportements.

1.5.1 Le dépistage

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Le **dépistage** est donc une **démarche de prévention secondaire** ayant pour caractéristiques de ne pas répondre à une demande explicite des populations (c'est le médecin qui prend l'initiative de l'examen, clinique ou biologique, de personnes *a priori* en bonne santé car ne présentant pas de signes de la maladie) et de n'être qu'une étape avant le diagnostic de certitude.

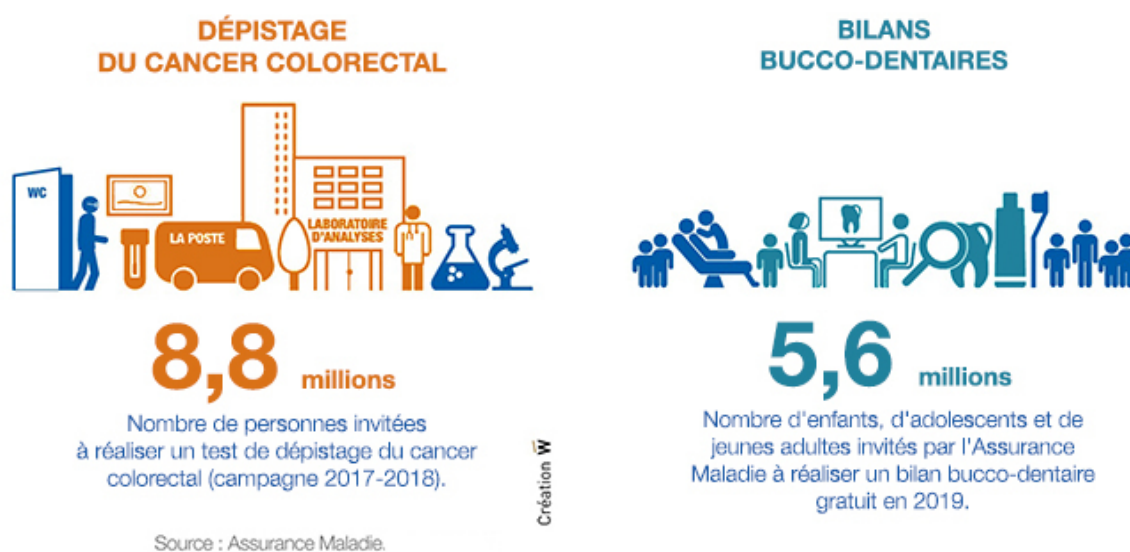
Il existe divers types de dépistage : systématique, individuel, population générale ou ciblée, opportuniste ou organisé. A titre d'exemple, le type de dépistage organisé est offert pour déceler un

¹⁶ Pour une information plus complète, consulter le document *Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie (2018-2019)* sur le lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque_psnpp.pdf

¹⁷ Voir en annexe le sondage réalisé auprès de populations de différents pays portant sur le taux d'acceptation d'un futur vaccin contre le coronavirus.

¹⁸ Trois bactéries sont à l'origine de plus de la moitié des cas d'infections nosocomiales : l'*Escherichia coli*, le *Pseudomonas* et le staphylocoque doré.

cancer du sein¹⁹ ou un cancer colorectal. Sur les années 2016-2017, le taux de participation des femmes âgées de 50 à 74 ans (cible du dépistage du cancer du sein, proposé tous les deux ans) a été de 56,6 % en France.



Le dépistage de pathologies, handicaps ou troubles de l'apprentissage qui incombe à la médecine scolaire, souffre d'un manque de moyens préjudiciable à la santé des populations. Il en va de même avec l'abandon progressif des visites médicales obligatoires au travail.

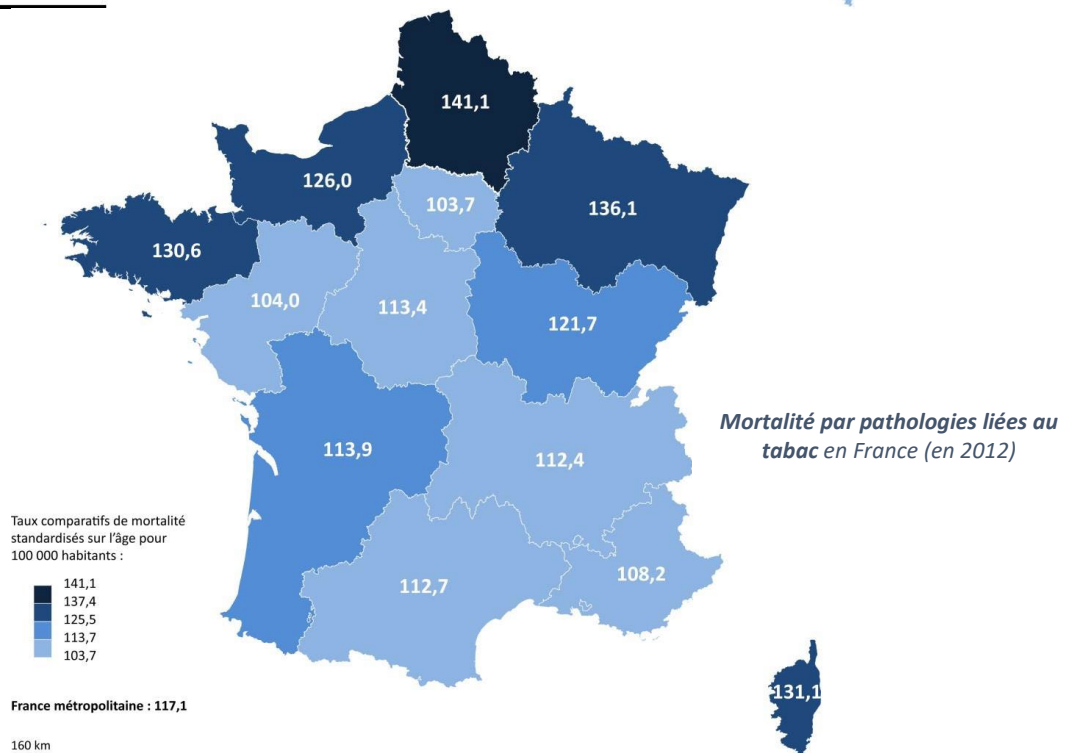
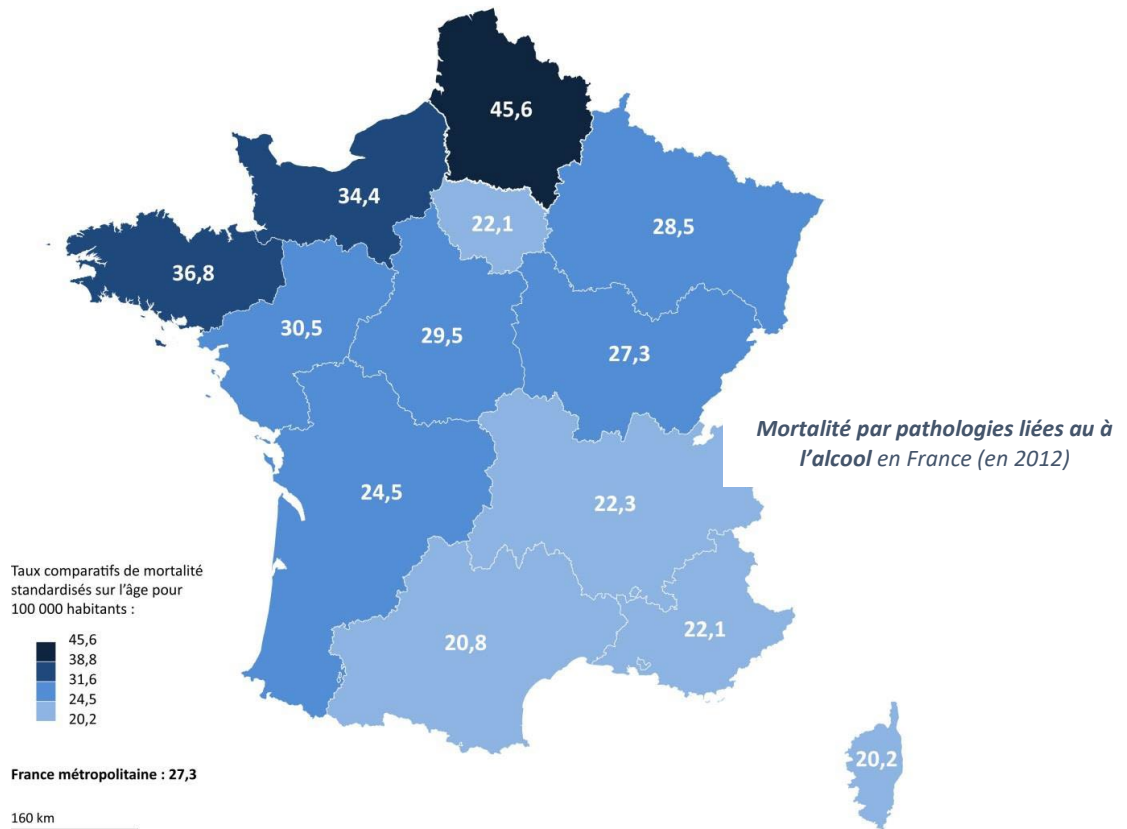
1.5.2 Les addictions

Les **conduites addictives** interviennent en France dans **environ 30 % des décès avant 65 ans** (cas de surmortalité prématurée).

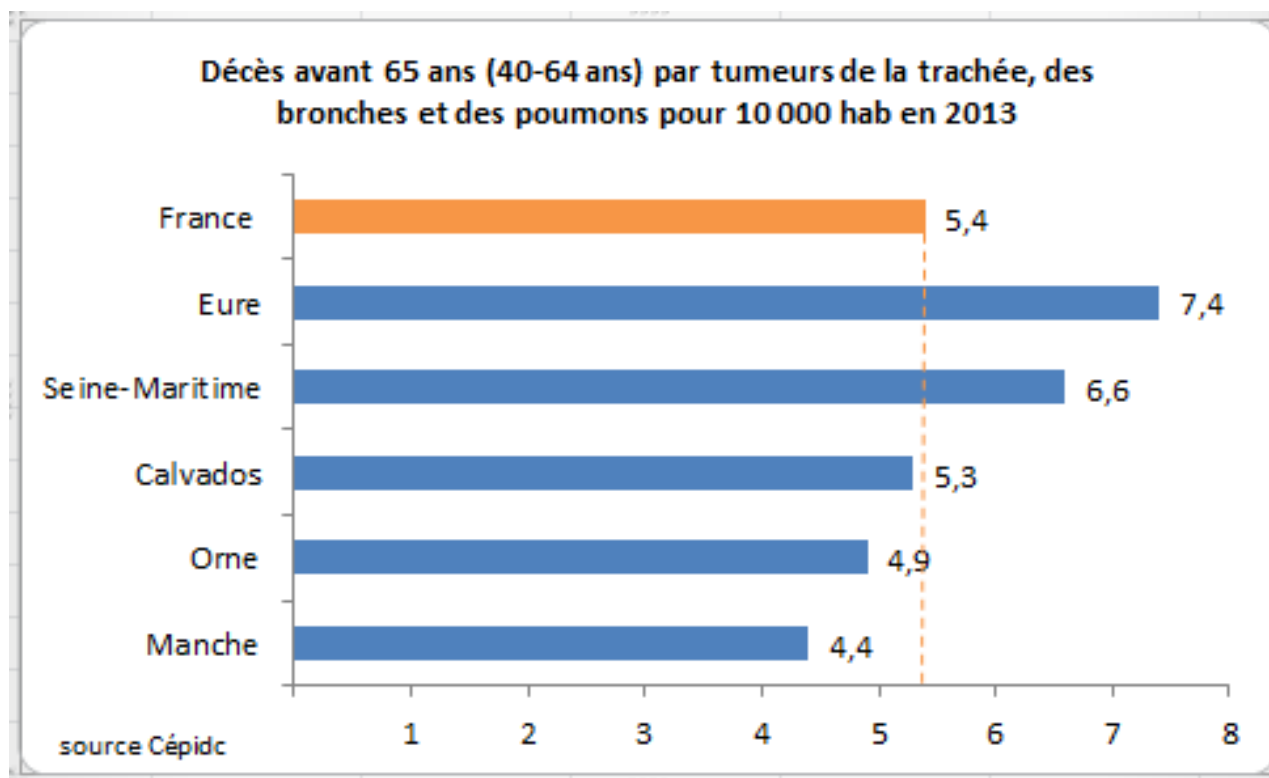
La **consommation d'alcool**²⁰ est responsable à elle seule de **près d'un quart des hospitalisations**. Avec une consommation de 11,7 litres par habitant de plus de 15 ans, l'alcool reste, en dépit d'une diminution régulière au cours des cinquante dernières années, à un **niveau élevé en France** puisque **près de 20 % supérieure à la moyenne de l'UE**. Le phénomène est d'autant plus prégnant en **Normandie** où la **morbidity et la mortalité induites par l'alcool sont d'environ 20 % supérieures à celles des autres régions françaises**.

¹⁹ Avec 54 000 nouveaux cas et 12 000 décès par an, le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer en France.

²⁰ Voir en annexe le graphique sur la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool en France, entre 1992 et 2014.



Le lobby de l'alcool est tellement puissant en France qu'il a réussi à faire plier tous les gouvernements qui se sont succédé. Il n'a eu de cesse de déconstruire la loi Evin, la seule ayant prévu de contraindre la publicité en faveur de l'alcool. La promotion du vin, en tant que culture, patrimoine immatériel et par conséquent vecteur touristique très important en France, contribue à diffuser un message biaisé et rassurant selon lequel le vin ne serait pas véritablement de l'alcool et n'aurait aucun effet nocif sur la santé. Pourtant, l'impact



ARS - Diagnostic territorial 2016

88

sanitaire et social de l'alcool est tout à fait considérable puisqu'il était en 2015 à l'origine de **41 000 décès par an**, ce qui fait de lui le **deuxième facteur de mortalité précoce évitable en France après le tabac**.

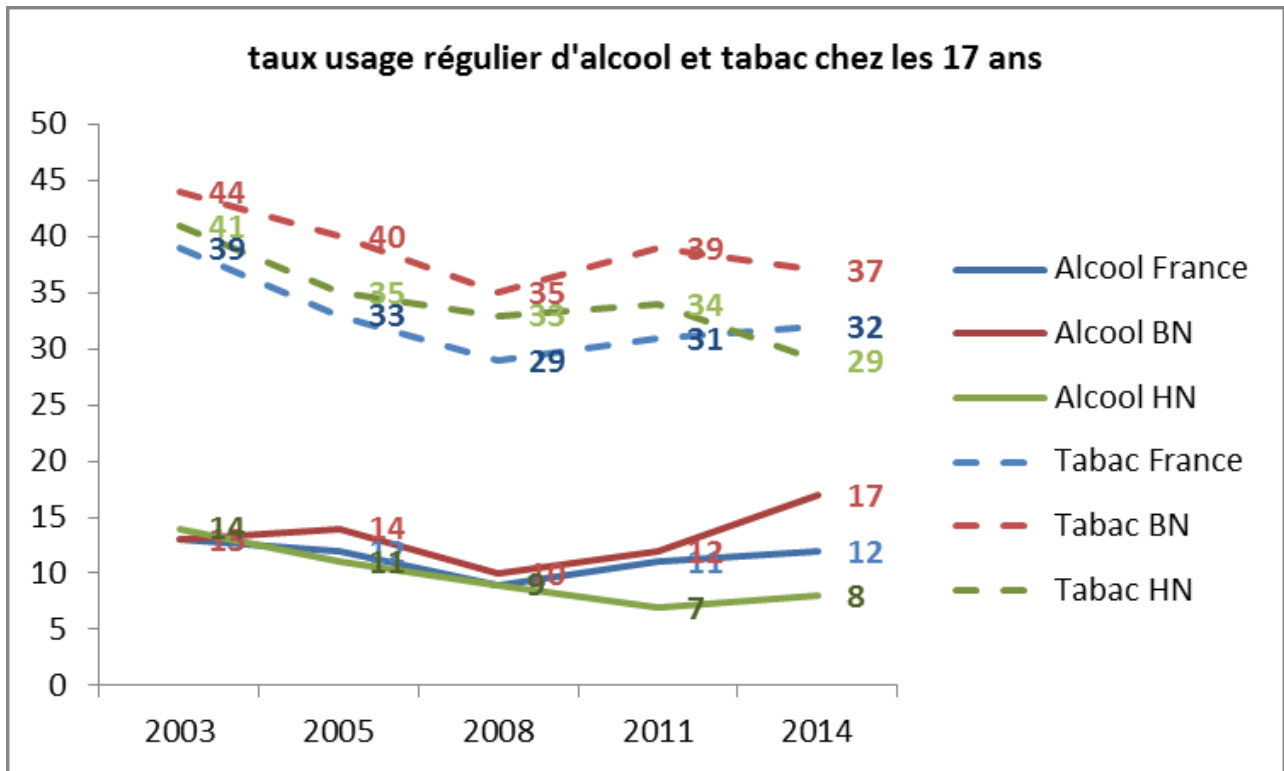
S'agissant du tabac²¹, bien que la proportion de fumeurs adultes ait diminué au cours des 20 dernières années – passant de 30 % en 2000 à 25 % en 2018 – celle-ci reste plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE. **78 000 décès par an sont attribuables au tabac, principalement par cancers** (47 000 dont 60 % du poumon).

En **Normandie orientale**, la **mortalité liée au tabac est supérieure à la moyenne en France** et fait apparaître un clivage avec la **partie occidentale** où la **mortalité liée au tabac est inférieure à celle de la moyenne nationale** (voir figure ci-contre).

La **consommation régulière de cannabis** – en hausse – concerne environ **3 % de la population** française (5 % d'hommes et 2 % de femmes) tandis que la consommation régulière autre que le cannabis concernerait environ 280 000 usagers.

L'enquête « ESCAPAD » menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ont mis en évidence des comportements à risque plus marqués en Normandie chez les jeunes âgés de 17 ans ainsi que des disparités territoriales nettes entre l'ex-Basse-Normandie et l'ex-Haute-Normandie (la première étant plus touchée par le phénomène d'addiction à l'alcool et au tabac).

²¹ Voir en annexe le graphique sur la prévalence de fumeurs en France entre 1974 et 2004.



Source : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

1.6 Des enjeux majeurs de santé publique

1.6.1 La médecine scolaire en situation critique

Placée sous l'égide du Ministère de l'éducation nationale à partir de 1991²², la médecine scolaire a vu le jour en France en 1945 avec la mise en place d'un service d'hygiène scolaire prévoyant un examen médical d'entrée à 6 ans ainsi que des examens de santé réguliers.



Schéma d'un parcours éducatif de santé

En 2019, près de 500 postes de médecins scolaires sont vacants dans l'hexagone (soit un tiers des effectifs), faute d'attractivité de la spécialité. Les 12,5 millions d'élèves français doivent « se partager » moins de 1 000 médecins à temps plein, contre 1 400 au milieu des années 2000. La moyenne d'âge de ces praticiens est aujourd'hui de 54,8 ans et seule une trentaine de nouveaux médecins sont formés chaque année. La situation est telle que les syndicats de médecins scolaires parlent « d'extinction programmée » de leur corps.

²² En 1991, la médecine scolaire prend le nom de « service de promotion de la santé en faveur des élèves. »

La situation diffère en matière d'effectifs infirmiers²³ qui ont crû de 40 % en vingt ans alors que les effectifs d'élèves restaient stables. Depuis 2013, les effectifs infirmiers ont augmenté de 4 % tandis que le nombre de médecins scolaires chutait de 15 % sur la même période.

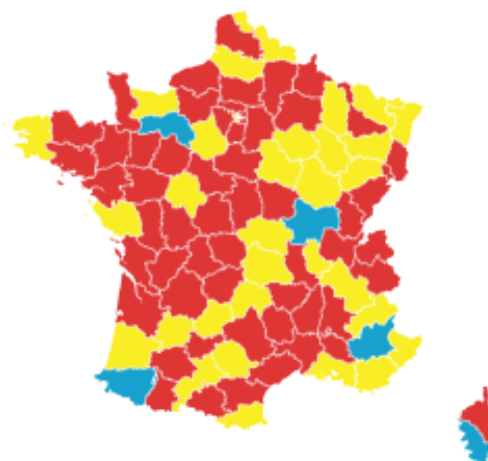
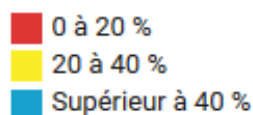
Le sentiment de mise en échec est ressenti d'autant plus douloureusement dans un contexte où le manque de médecins se double d'une augmentation des missions qui leur sont confiées : **l'instauration du « parcours éducatif de santé » en 2016** par l'Education nationale, relève d'une conception faisant évoluer la médecine scolaire au profit de la santé scolaire. Si l'on ne peut que saluer cette initiative incluant l'éducation pour la santé – si importante pour l'instauration d'une prévention précoce – on ne peut que constater l'absence de moyens en présence pour en atteindre les objectifs. Dans son rapport d'avril 2020 sur les médecins et les personnels de santé scolaire, la Cour des comptes pointe des failles d'organisation, un « *défait de pilotage* », une « *opacité de l'exercice des activités et le cloisonnement des personnels* ». Elle souligne que la mise en œuvre de la loi Peillon de 2013²⁴ a débouché sur des résultats inverses de ceux qui étaient escomptés. Un arrêté du 3 novembre 2015 rendant les médecins seuls responsables de la visite de 6^e année semble avoir donné un coup d'arrêt à la collaboration qui commençait à s'engager entre médecins et infirmiers, avec pour effet une dégradation du service public rendu.

Cette carence est d'autant plus redoutable qu'elle menace la qualité et l'égalité du dépistage précoce et de la prévention, à commencer par les principaux problèmes rencontrés au plus jeune âge et *a fortiori* à l'adolescence : obésité, addictions, troubles neuropsychiques.

Une enquête menée auprès d'élèves de sixième dans l'académie de Rouen en 2017-2018²⁵ révélait par exemple que 25 % d'entre eux avaient déjà consommé de l'alcool et que 60 %

90

En 2018-2019, l'Orne comptait parmi les 5 départements en France à afficher un taux de réalisation supérieur à 40 % pour la visite médicale de la 6^e année.



Paris : non applicable - Guadeloupe : 29,8 % - Guyane : 41,5 % - La Réunion : 35,1 % - Martinique : 43,0 %

Carte: Vie-publique.fr / DILA • Source: Calcul Cour des comptes d'après données des académies et du MENJ (DEPP)

Taux de réalisation de la visite médicale de la 6^e année par les médecins de l'éducation nationale (secteurs public et privé) en 2018-2019.

²³ 8 000 infirmiers scolaires, représentant un taux d'encadrement de 1 300 élèves par personnel infirmier à la fin 2018.

²⁴ Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

²⁵ EnJEU Santé est un dispositif de recueil pérenne de données mis en place en Normandie, à la demande de l'ARS, en lien avec les académies de Caen et de Rouen.

avaient une estime de soi faible ou très faible.

Plus généralement, il convient également d'avoir à l'esprit qu'avec 14 % de la population française vivant au-dessous du seuil de pauvreté, il est estimé que **1,2 millions d'enfants vivent dans une très grande précarité**²⁶. A la lecture de de ces chiffres, on mesure d'autant plus l'urgence de la priorité à donner aux politiques de santé à l'école.

Il est intéressant de noter que l'accompagnement des élèves en situation de handicap a fait l'objet d'une convention spécifique dans quatre régions en France, dont la Normandie. A ce titre, une convention cadre « relative au développement des actions de santé publique en milieu scolaire et à l'organisation des parcours scolaires des élèves en situation de handicap » a été signée entre l'ARS Normandie et les académies de Caen et Rouen pour la période 2018-2023.

Enfin, il est à signaler que dans une circulaire du 15 janvier 2020, l'ex-Premier ministre Edouard Philippe invitait les préfets de région à inscrire dans la concertation sur la répartition des compétences des collectivités territoriales le transfert des personnels de santé de l'éducation nationale aux départements.

1.6.2 La santé au travail : une gouvernance plurielle et complexe

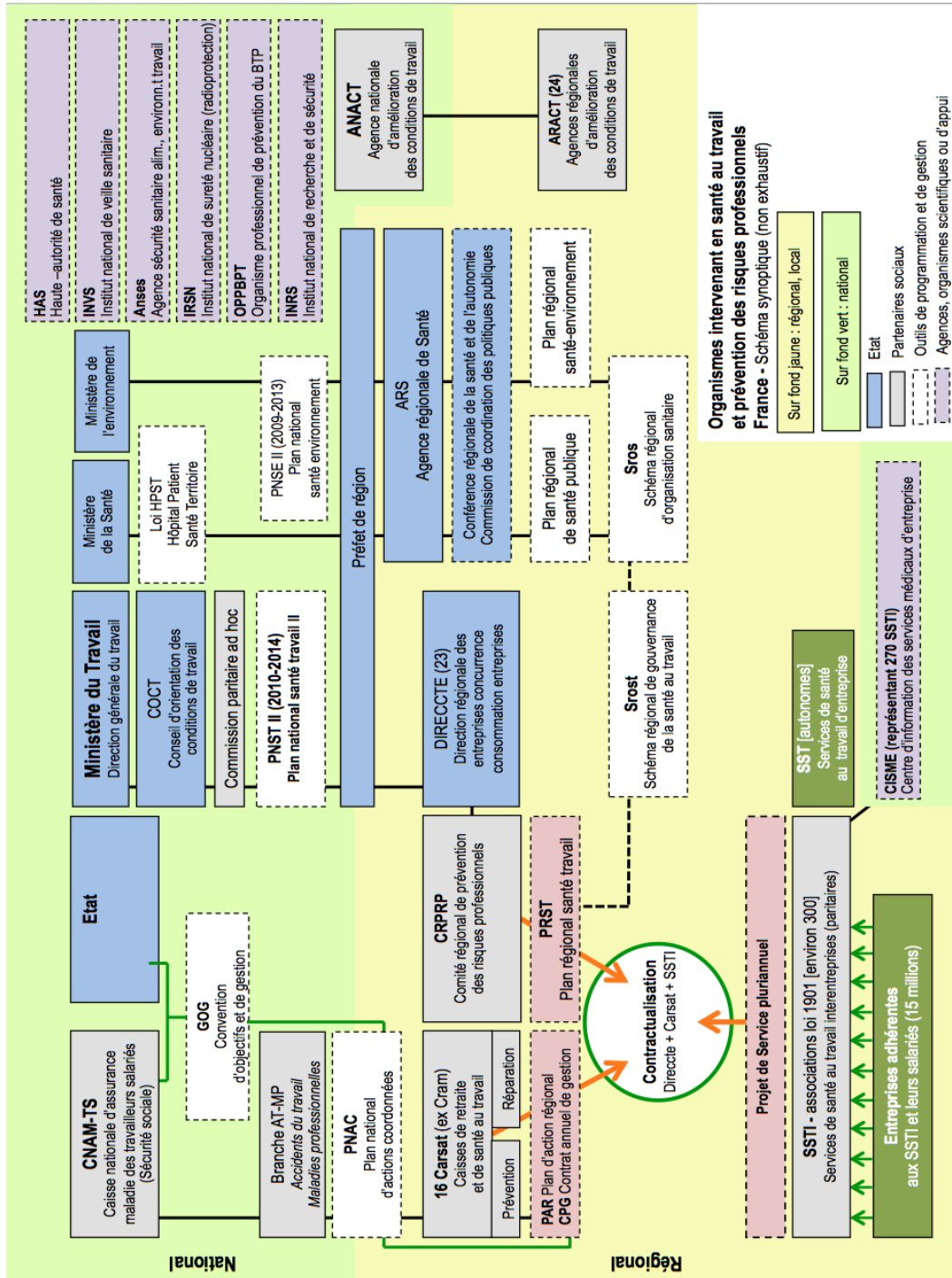
La loi du 11 octobre 1946 a rendu la Médecine du Travail obligatoire en France pour toutes les entreprises privées, puis pour les autres types d'activités.

La médecine du travail, placée sous le signe de la surveillance, a été remplacée dans les années 1980 par le concept plus général de la **santé au travail** plus axé sur la prévention, rejoignant lui-même le principe de promotion de la santé apparu dans les années 1990. Des lois promulguées en 2011 et en 2016 réforment à nouveau ce secteur avec l'apparition d'équipes pluridisciplinaires, l'intervention d'infirmiers et l'espace de visites périodiques. Le second rapport « Lecoq » de fin 2019 fait état du problème important que pose le **manque de médecins du travail dans la fonction publique**, laquelle **compte deux fois plus d'absentéisme que dans le secteur privé**. Le secteur de la fonction publique hospitalière est fortement touché par cette pénurie, accentuée par une réglementation aussi précise que complexe pour les médecins.

Seize millions de salariés sont surveillés en France, dont 93 % par des Services de Santé au Travail interentreprises (SSTi), soit 15 millions d'entre eux par 5 300 médecins du travail. Le rapport Lecoq préconise, entre autres, le regroupement des SSTi, incité par de fortes injonctions, ainsi que la mutualisation entre les services destinés aux secteurs privé et public. La perte de proximité entre les services de santé et les travailleurs pourrait contribuer à la baisse de la qualité de leur suivi et à l'aggravation générale de leur santé.

Le schéma synoptique (non exhaustif) qui suit rend compte des différents organismes intervenant en santé au travail et prévention des risques professionnels en France, ainsi que de la complexité du système :

²⁶ Lire le rapport de Jean-Paul Delahaye : « Grande pauvreté et réussite scolaire » (Inspection générale de l'Education nationale, mai 2015).



Source : Wikipédia, 2013

Les risques psychosociaux au travail

L'exposition à certaines situations de travail (intensité, complexité du travail, faible autonomie, conflits de valeur, rapports sociaux dégradés) peut avoir des conséquences sur la santé des salariés, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques, de troubles anxio-dépressifs, de souffrance physique ou mentale pouvant dans le pire des cas mener au suicide.

En France, le coût social du stress au travail est évalué entre 1,9 et 3 milliards d'euros. Cette estimation comprend le coût des soins et la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation prématurée d'activité et de décès prématuré²⁷.



²⁷ Institut national de recherche et de sécurité, étude réalisée en 2010 basée sur des chiffres de 2007 (site ameli.fr).

Poser au féminin la question de la santé au travail

La question de la santé au travail a été durablement posée au masculin neutre, en faisant l'impasse du genre. On sait pourtant que les différences homme-femme ne se posent pas uniquement en termes biologiques mais qu'elles sont aussi le résultat d'une construction sociale. Cette dernière est marquée par des rapports asymétriques et par le rôle central du travail.

Interroger la santé dans une perspective de genre passe par la construction d'un point de vue critique sur ses propres stéréotypes, que l'on soit indifféremment un homme ou une femme.

Les femmes au travail développent davantage de troubles musculo-squelettiques dans la mesure où elles sont plus souvent assignées à des travaux répétitifs. De leur côté, les hommes sont beaucoup plus nombreux à exercer des métiers communément appelés « manuels » qui sollicitent de la force. Par ailleurs, tandis que les hommes sont encore aujourd'hui plus nombreux à exercer des fonctions faisant appel à des habilités jugées plus masculines (autorité, pouvoir de décision), les femmes occupent davantage des métiers relevant du « care », pour lesquels la capacité relationnelle est mise en avant comme une qualité plus spécifiquement féminine. Si toutes et tous sont soumis à de la pénibilité, celle des femmes est souvent moins reconnue, le travail répétitif et/ou effectué debout étant moins visible que l'exécution de charges lourdes.

Les postes de travail étant le plus souvent initialement conçus pour des hommes, une analyse genrée des risques permettrait d'améliorer les dispositifs de prévention au travail.

94

1.6.3 Les maladies chroniques et affections de longue durée (ALD)

10,7 millions de personnes sont actuellement **prises en charge en France pour une maladie au titre du dispositif des affections de longue durée (ALD)²⁸** mais on estime à **20 millions** le **nombre de personnes ayant recours à des soins liés à une pathologie chronique**. Le traitement des maladies chroniques engendre un coût annuel de 84 milliards d'euros, soit **60 % du total des dépenses de santé**.

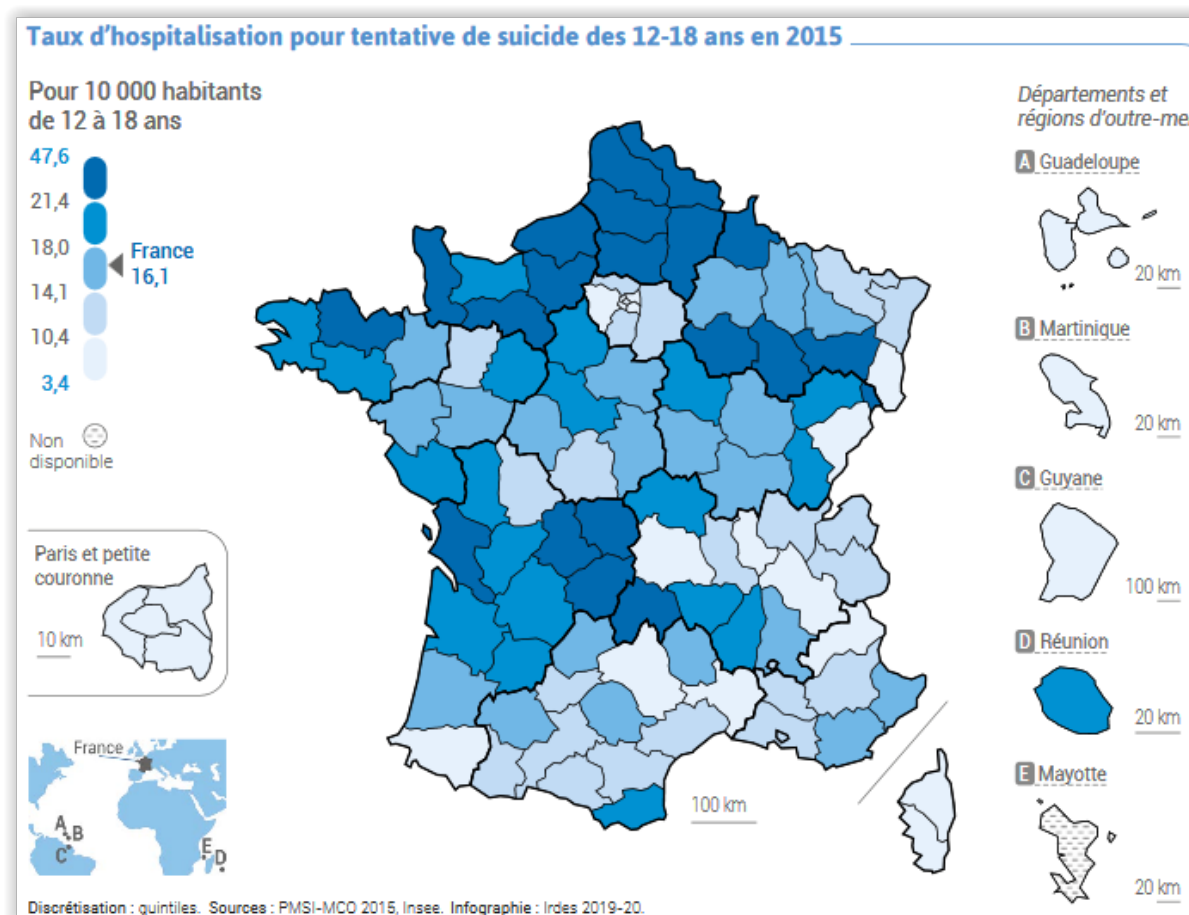
La prévalence des maladies chroniques augmente très sensiblement²⁹. Selon l'Assurance Maladie, ce sont chaque année 3 % de personnes de plus qui sont traitées pour diabète, 4 % de plus pour insuffisance rénale chronique terminale et 5 % de plus pour maladies inflammatoires chroniques.

Bien qu'une très grande part de cette augmentation soit liée à l'accroissement de l'espérance de vie, des facteurs négatifs tels que l'augmentation de la sédentarité et de l'inactivité physique, le surpoids et l'obésité, le tabagisme et des éléments environnementaux sont à l'œuvre.

²⁸ Les patients souffrant d'une ALD bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

²⁹ Voir graphique en annexe sur la répartition des personnes déclarant une maladie chronique.

En France, près de **350 000 enfants de moins de 15 ans** sont concernés par une **pathologie chronique reconnue en affection de longue durée**. Dans une tribune adressée au Monde en novembre 2019³⁰, un collectif de pédiatres mettait en garde les pouvoirs publics contre la forte carence des ressources de la santé publique allouées aux enfants en matière de pathologies chroniques.



1.6.4 La santé mentale : près d'un Français sur cinq souffre de troubles mentaux

La santé mentale est conçue comme un des fondements de la santé humaine dans la mesure où elle vise la promotion du bien-être psychique d'un individu³¹. Si les maladies mentales touchent prioritairement les personnes en situation de précarité sociale et de grande précarité (les plus concernés étant les SDF, migrants et détenus), elles n'épargnent aucune catégorie sociale. S'agissant de la population carcérale, Adeline Hazan, contrôleur générale des lieux de privation de liberté, estime que huit détenus sur dix souffrent au moins d'un trouble psychiatrique³².

³⁰ Voir tribune publiée le 19 novembre 2019 : « Les soins hospitaliers pédiatriques sont en totale déshérence ».

³¹ La santé mentale est à différencier de la psychiatrie qui est une discipline médicale. En étant intégrée au cadre conceptuel de la santé mentale, la psychiatrie peine à définir clairement ses missions.

³² Ces chiffres sont d'autant plus préoccupants qu'en l'absence d'un accompagnement médical *ad hoc*, on sait que les détenus atteints de troubles mentaux seront appelés à réitérer les actes qui les ont conduits devant la justice.

La **dépression**, qui touche entre 7 et 10 % de la population, constitue la **pathologie principale**, devant les troubles bipolaires, la schizophrénie et les troubles du spectre de l'autisme. Elle représente à elle seule un enjeu sociétal majeur dans la mesure où elle est la **deuxième cause d'arrêt maladie** et la **première cause d'invalidité en France**.

La majorité de ces maladies, qui font leur apparition entre 15 et 25 ans, sont insuffisamment dépistées et traitées. On estime que **moins de 10 % des patients déprimés reçoivent un traitement adapté à leurs troubles**.

Le suicide

Plus de 90 % des personnes qui attendent à leur vie souffrent de problèmes psychiatriques et on estime qu'entre 40 et 80 % des tentatives de suicide sont directement liées à un épisode dépressif.

Il convient de noter que le suicide est multiplié par cinq chez les enfants et adolescents présentant une pathologie mentale et qu'il est la **deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans**³³, après les accidents de la route. En France, il représente 16 % des décès chez les 15-24 ans et 20 % chez les 25-34 ans. Et si ces chiffres élevés ont tendance à diminuer depuis plusieurs années, les tentatives de suicide et les idées suicidaires progressent.³⁴ Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de février 2019 notait que plus d'un jeune sur dix avait déclaré avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois.

Le retard ou l'absence de diagnostic de pathologies mentales a des conséquences dramatiques puisqu'ils diminuent de dix à vingt ans l'espérance de vie, notamment du fait des suicides entraînant la **mort d'environ 9 000 personnes par an** en France. Avec environ **200 000 tentatives de suicide** recensées annuellement, la France affiche des chiffres bien au-dessus de la moyenne européenne et se positionne tristement en 10^{ème} place parmi les pays de l'OCDE³⁵.

Ces chiffres sont d'autant plus alarmants lorsque l'on sait que 40 % des personnes ayant fait une tentative de suicide récidivent et que près de 15 % d'entre eux meurent pas suicide dans les cinq ans qui suivent le premier geste, la première année étant celle où le risque est le plus élevé.

La **Normandie** est la **deuxième région** (après la Bretagne) **la plus exposée au suicide**, avec un taux de décès par suicide supérieur de 22,9 % à la moyenne nationale.

1.6.5 Le handicap : environ 12 millions de Français touchés

Selon l'article 14 de la loi du 11 février 2005, « *constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou*

³³ En France, comme à l'international, précise l'OMS.

³⁴ Une enquête sur la santé et les consommations, pilotée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies montre que 2,9 % des jeunes de 17 ans – soit 250 000 jeunes – ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation.

³⁵ Voir le Panorama de la santé 2019 : 13,1 suicides en France pour 100 000 habitants, ce qui est au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (avec 11,6 suicides pour 100 000 habitants).

plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Une classification des handicaps est établie à l'aide de 5 grandes catégories : le handicap moteur ; le handicap sensoriel (visuel, auditif) ; le handicap psychique (pathologies perturbant la personnalité) ; le handicap mental (déficiences intellectuelles) et les maladies invalidantes.

Sur les quelque **12 millions de Français touchés par un handicap**, 1,5 million sont atteints d'une déficience visuelle et 850 000 ont une mobilité réduite. 80 % souffrent d'un handicap non visible.



2,7 millions de personnes en âge de travailler sont bénéficiaires d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie³⁶. 938 000 personnes handicapées sont bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap et occupent un emploi, ce qui représente un taux d'emploi de 35 %.

S'agissant des plus jeunes, 361 000 enfants et adolescents en situation de handicap étaient scolarisés à la rentrée 2019 : 80 % d'entre eux dans un établissement scolaire, 20 % en établissement hospitalier ou médico-social.

La lecture froide des « chiffres » du handicap laisse percevoir à elle seule l'ampleur des **inégalités d'accès à l'éducation, à l'emploi, à la mobilité, à des conditions de vie acceptables** pour les personnes concernées, déjà lésées par le handicap subi. L'accès aux soins et à la santé se pose pour elles de manière accrue. Le rapport de Pascal Jacob³⁷ *Sur l'accès aux soins et à la Santé des Personnes handicapées* établi en avril 2013, demeure une référence en la matière. Il mettait judicieusement en lumière la préparation insuffisante des

³⁶ Enquête emploi 2015 ; INSEE, traitement DARES - Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018, CNSA.

³⁷ En mission auprès de Marie-Arlette Carlotti et de Marisol Touraine, alors respectivement ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion et ministre des Affaires sociales et de la Santé.

professionnels de santé, dans leurs spécificités, à l'accueil et à la prise en charge des personnes handicapées, ce qui renvoie avant toutes choses à des enjeux de formation.

Le 11 février 2020, à l'occasion de la cinquième Conférence nationale du handicap, le président Emmanuel Macron a annoncé les principales mesures d'un nouveau plan dédié au handicap, en soulignant sa « *philosophie radicalement nouvelle* ». Le projet gouvernemental vise trois priorités : l'école, les places en structures et l'amélioration dans l'accès aux aides. Arnaud de Broca, président du collectif Handicaps – regroupant une cinquantaine d'associations liées au handicap – a jugé les paroles du président « *mobilisatrices* » et « *les objectifs forts* », tout en précisant qu'il attendait désormais que les annonces soient « *suivies de moyens adéquats* ».

1.6.6 La perte d'autonomie dans un contexte de vieillissement important de la population

La perte d'autonomie concerne 1,5 million de retraités : 800 000 personnes accompagnées par des services à domicile et 700 000 personnes résidant en maison de retraite. Ce nombre devrait augmenter de 600 000 d'ici à 2040.

La France compte **10 000 établissements pour accueillir les personnes dépendantes** : la moitié sont des structures relevant du secteur public, un tiers sont des associations et une sur cinq sont des entreprises. Les résidents et leurs familles doivent s'acquitter en moyenne d'un **reste à charge mensuel de 2 000 euros en maison de retraite**, les moyens alloués par les pouvoirs publics – essentiellement la Sécurité sociale et les départements – ne prenant en couvrant que 40 % des coûts occasionnés³⁸. Cette donnée est importante lorsque l'on sait que le montant moyen des retraites s'élève à 1 400 euros par mois.

Le secteur emploie **400 000 salariés**, soit **6 professionnels pour 10 résidents**, ce qui est inférieur à ce que l'on observe dans d'autres pays européens³⁹ et aux recommandations de l'Association des directeurs au service des Personnes Agées (AD-PA) qui prévoient au moins huit salariés pour dix résidents.

Ces recommandations se heurtent aux grandes difficultés de recrutement dans un secteur qui attire peu car offrant des salaires faibles (autour du SMIC) et de nombreux emplois à temps partiel.

La délicate question des « aidants »

En 2008, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) enregistrait 8,3 millions d'aidants. Ce nombre, non remis à jour depuis, est aujourd'hui

³⁸ La tarification des EHPAD est ternaire : l'hébergement est pris en charge par les résidents ou l'aide sociale en dessous d'un certain seuil, le soin par l'Assurance Maladie et la dépendance par les départements.

³⁹ Belgique et Allemagne : 8 professionnels pour 10 résidents ; Danemark : 10 pour 10 ; Norvège : 12 pour 10.

estimé à 11 millions. Parmi eux, ils seraient entre 500 000 et 1 500 000 à être âgés de moins de 25 ans⁴⁰.

Laure Grinsinger, dramaturge trentenaire, dénonce « *l'utilisation de l'amour des aidants comme variable d'ajustement économique* ». Ayant eu très jeune la responsabilité de prendre en charge sa mère très souffrante, elle s'est exprimée douloureusement à ce sujet⁴¹ : « *Nous étions dérangeantes parce que trop jeunes, renvoyant le système de santé face à ses défaillances. [...] On nous considère comme trop jeunes pour entendre le diagnostic ou émettre un avis quant au protocole à mettre en place, mais tout à coup nous ne sommes plus jeunes quand il s'agit de venir nourrir nos parents à l'hôpital parce qu'ils ne peuvent plus le faire seul. Et le jour où il n'y a plus rien à faire, c'est à nous qu'on vient demander : « Avez-vous réfléchi au projet de vie de votre maman ? Vous la récupérez quand ? ».*

Le professeur Saul Becker qualifie de « *labor of love* » la contribution invisible de ces jeunes qui, si elle devait être remboursée, « *coûterait des milliards à l'Europe* », sans compter « *le coût pour les jeunes eux-mêmes* ».

En octobre 2019, l'Etat a annoncé un plan d'accompagnement des aidants comprenant 17 mesures, dont la mise en œuvre est prévue à partir de 2020. Ces mesures se resserrent autour de 6 priorités :

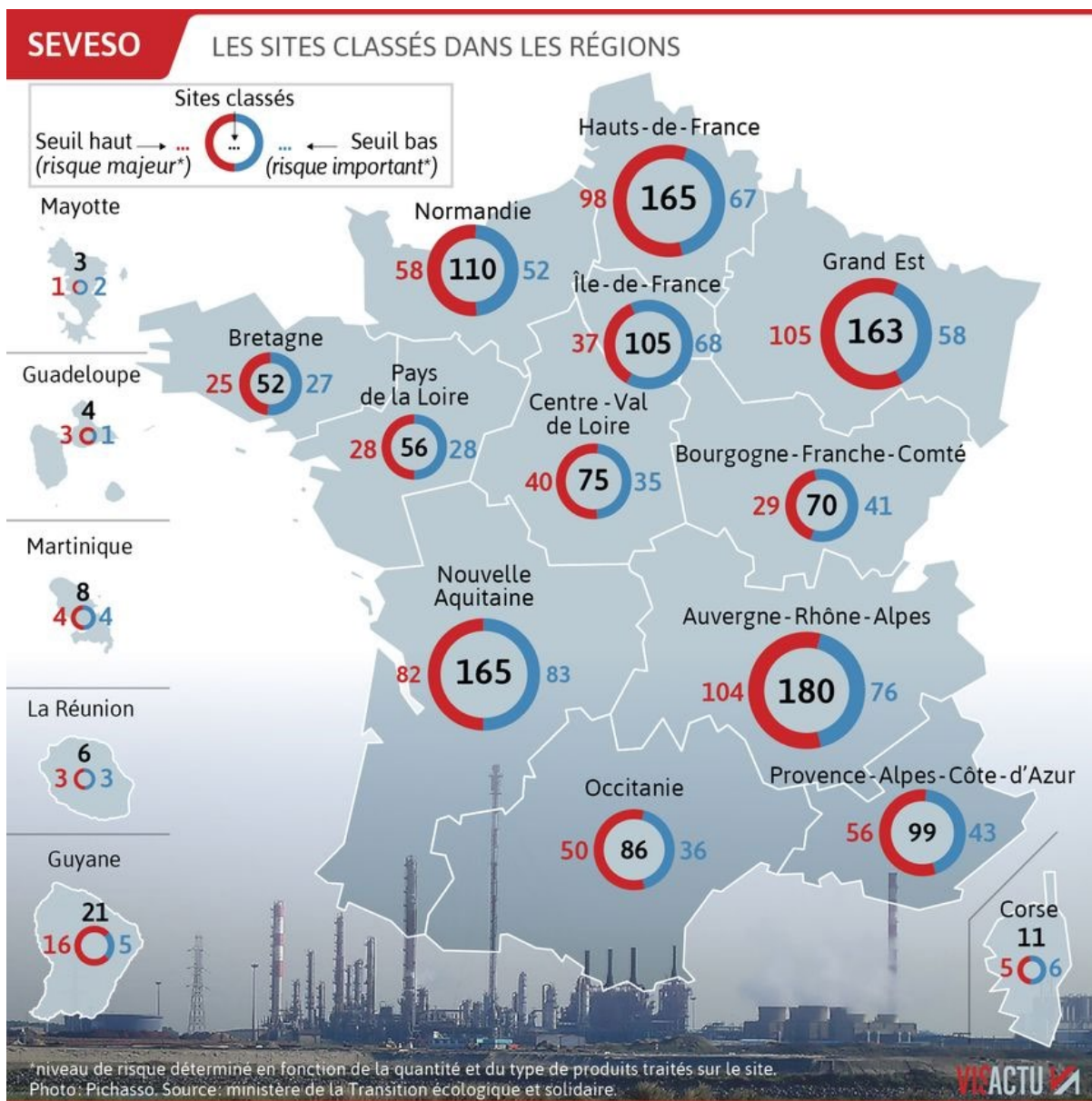
- Rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien dans leur rôle ;
- Ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives ;
- Permettre aux aidants de concilier vie personnelle et vie professionnelle ;
- Accroître et diversifier les solutions de répit ;
- Agir pour la santé des proches aidants ;
- Epauler les jeunes aidants.

Quand on sait que 44 % des aidants rencontrent des difficultés à concilier leur rôle avec leur vie professionnelle et que 31 % d'entre eux délaissent leur propre santé, il apparaît nécessaire d'intervenir.

⁴⁰ L'association nationale Jeunes aidants ensemble (Jade) déclare que 70 % des jeunes aidants rapportent des troubles anxio-dépressifs.

⁴¹ Lire article paru dans Le Monde du 16 octobre 2019 : « *Invisibles soutiens* ».

1.6.7 La prévention et la gestion des risques industriels



100

Source : Ministère de la transition écologique et solidaire

Les risques industriels sont des risques technologiques dont les effets peuvent être toxiques, thermiques ou de surpression (explosion). Ils ne sont pas anodins dans une région telle que la **Normandie, classée 5^{ème} dans le nombre de sites classés SEVESO**, y compris dans ceux classés « seuil haut » (soumis aux règles les plus drastiques). Depuis Rouen jusqu'au Havre, **la vallée de la Seine regroupe à elle seule une grande majorité des 58 sites industriels Seveso classés « seuil haut » de Normandie**. En 2018, la DREAL avait recensé une soixantaine d'incidents ou accidents dans les sites Seveso normands, allant du simple dysfonctionnement technique au drame mortel survenu à Dieppe, lors de l'explosion dans l'usine d'extraction d'huile Saipol, en février 2018.

Rappelons par ailleurs que la Normandie compte des installations industrielles nucléaires majeures dont trois sites de production : Paluel, Penly en Seine-Maritime et Flamanville (Manche), qui comprend également le futur premier EPR français, un site de traitement-recyclage des combustibles unique au monde à La Hague (Manche), une usine de construction de sous-marins nucléaires à Cherbourg-en-Cotentin et le centre de stockage de la Manche. Ces différents sites font de la Normandie l'une des régions les plus nucléarisées au monde.

La maîtrise des risques industriels regroupe des outils visant à éviter la survenue et les conséquences d'un accident : maîtrise du risque à sa source, de l'urbanisation, organisation des secours et information du public. Ils ont été sensiblement renforcés par la directive Seveso – initialement adoptée en 1982 – et la loi "Risques" de 2003.

Les plans de prévention des risques technologiques (PPRT) ont été créés, par la loi du 30 juillet 2003 (dite "loi Bachelot") autour des établissements Seveso seuil haut. Instaurés suite à l'accident de l'usine AZF en 2001, ils visent à traiter les situations d'urbanisation futures et celles héritées du passé autour des sites Seveso. Ils sont élaborés par le préfet, en lien avec les collectivités locales et leurs établissements publics, les industriels et les riverains. La loi Bachelot a notamment renforcé les missions des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

L'incendie de l'usine de l'entreprise Lubrizol à Rouen, dans la nuit du 25 septembre 2019, a relancé le débat sur la prévention des risques technologiques et industriels majeurs.

Face à l'accumulation des dangers sanitaires, un collectif de 200 chercheurs attirait l'attention du gouvernement, à l'automne 2019, sur la nécessité d'expertises transparentes et solides.

Dans son rapport du 4 juin 2020, la commission d'enquête⁴² du Sénat sur l'incendie de Lubrizol a mis en exergue des « *manquements graves qui nuisent à l'efficacité des mécanismes de prévention des accidents industriels* » et dénoncé « *des angles morts inacceptables* » en la matière. Les rapporteurs ont pointé qu'en l'absence d'informations essentielles sur la nature des produits brûlés, l'ARS n'avait pu exercer sa mission dans les meilleures conditions possibles et que « *l'appréhension de l'urgence sanitaire par l'unique prisme quantitatif du nombre de morts ou blessés* » était inacceptable et **qu'elle sous-estimait largement les risques chroniques** : « *Le principe de précaution aurait dû prévaloir. [...] C'est ce même principe qui doit guider le suivi sanitaire des populations à long terme : confiée à Santé Publique France, la mise en œuvre de l'enquête de santé a été retardée ; elle devra nécessairement s'accompagner de la mise en place de registres de morbidité* ».

⁴² Présidée par le sénateur de l'Eure Hervé Maurey, par ailleurs co-rapporteur du rapport d'information rendu en janvier 2020 sur les déserts médicaux.

Chapitre 2 - L'organisation du système de santé en France

- ☒ L'économie de la santé
- ☒ Un système de santé ultra-centralisé, converti en millefeuilles

Il est important de rappeler d'emblée que **l'Etat a compétence intégrale sur le champ de la santé** : il est **historiquement garant et gestionnaire de la santé des Français**.

Le système de santé pyramidal de la France défie les recommandations de l'OMS qui considère qu'on ne peut bien gérer la santé d'une population au-delà de 6 à 8 millions d'habitants. Une gouvernance territoriale est pourtant effectivement possible, à l'instar des choix faits par la quasi-totalité des pays de l'OCDE, pour lesquels il n'est de bonne organisation du système de santé que celle pensée et gouvernée directement par les territoires.

En France, la **gouvernance du système de santé est éclatée entre plusieurs acteurs** au niveau de l'Etat central : la direction générale de la santé (DGS, traitant de la santé dans sa globalité), la direction générale de l'offre de soins (DGOS, traitant de l'organisation des soins au sein de l'hôpital, la clinique et la médecine de ville), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS, traitant du versant médico-social), la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), le Secrétariat général des ministères sociaux (visant à assurer une cohérence d'ensemble), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), etc.

103

L'action de l'Etat est toutefois essentiellement portée par le **ministère en charge de la santé au niveau national** et par les **Agences Régionales de Santé au niveau régional**. Ces dernières se sont substituées aux anciennes Directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS) puis aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et se sont vu en outre attribuer des compétences en matière de pilotage organisationnel et financier sur les cliniques privées et d'offre de soins libérale (auparavant gérées par les Caisses d'Assurance Maladie), pour faire d'elles une autorité détentrice de tous les leviers sur l'offre de soins.

Il convient également de souligner que l'Assurance Maladie est sous la tutelle de l'Etat, tant à travers la caisse nationale que les caisses primaires (locales)⁴³.

2.1 L'économie de la santé : quelques clés de compréhension

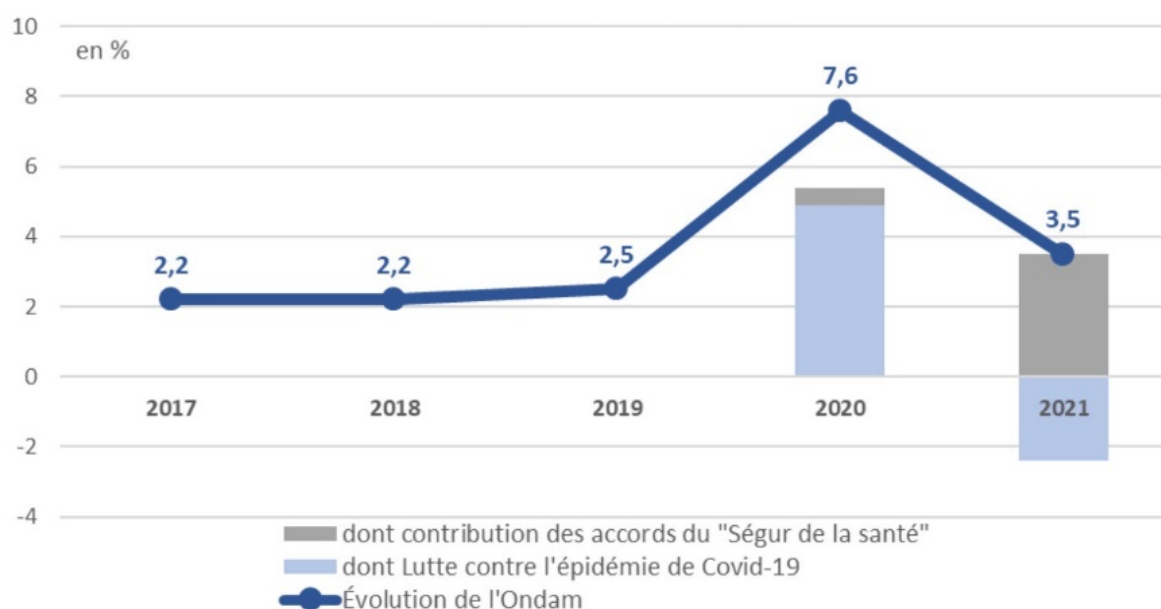
Dans les pays industrialisés, la protection sociale s'est globalement bâtie en Europe autour de deux conceptions : une **logique bismarkienne** (plus ancienne) qui s'appuie sur le contrat de travail et instaure une protection sociale pour l'ensemble des salariés financée par les cotisations sociales ; une **logique beveridgienne** (plus récente) qui promeut une protection sociale basée sur l'impôt et la fiscalité et dont la gestion est assurée par l'Etat.

⁴³ Pour plus de précisions sur la dyarchie entre le ministère de la santé et l'Assurance Maladie, lire la section 2.2.2 concernant les agences régionales de santé.

En France, c'est le modèle bismarkien qui s'est imposé avant d'être peu à peu amendé par une logique beveridgienne, au gré du remplacement progressif des cotisations sociales par l'impôt (généraliste ou affecté).

Les systèmes de santé peuvent être classés selon trois types :

- Les **systèmes nationaux** assurant un accès quasi gratuit et visant à garantir l'universalité de l'accès aux soins (Grande-Bretagne, Italie, Espagne, Suède, Norvège...);
- les **systèmes d'assurance maladie** où l'offre de soins est pour partie privée et pour autre partie publique (France, Allemagne);
- les **systèmes libéraux de santé**, où seule une catégorie de la population bénéficie du recours de la sphère publique, les autres devant recourir au financement privé (Etats-Unis).



Source : ministère de la santé et des solidarités

Chaque année en France, le **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale** (PLFSS) traduit dans la législation la politique de santé souhaitée par le gouvernement. La Sécurité sociale n'est pas gérée d'un bloc mais subdivisée en différents régimes et différentes branches⁴⁴ dont la « branche maladie » gérée par l'Assurance maladie.

Depuis 1996, l'instauration de la **loi de financement de la Sécurité sociale** (LFSS)⁴⁵ vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Parmi les éléments clés qui y figurent dans une LFSS, il convient de citer l'**objectif national de dépenses d'assurance-maladie** (ONDAM) en

⁴⁴ Voir schéma de la Sécurité sociale en annexe.

⁴⁵ Le 7 août 2020, guidé par la récente crise sanitaire ayant mis en lumière les limites du mode de financement de notre système de santé, le député Jean-Carles Grelier (apparenté LR, Sarthe) a déposé (avec quinze autres députés) une **proposition de loi organique** visant à rendre autonome et solidaire le financement de la santé. Celle-ci vise "à retirer du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale le vote du budget consacré à la santé afin de le réintégrer dans le budget de l'État". Les parlementaires précisent que "de manière strictement transitoire et pour une durée de cinq ans, cette loi organise un financement qui fait appel à la solidarité de toutes les politiques publiques intérieures du budget de l'État".

matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les établissements médico-sociaux.

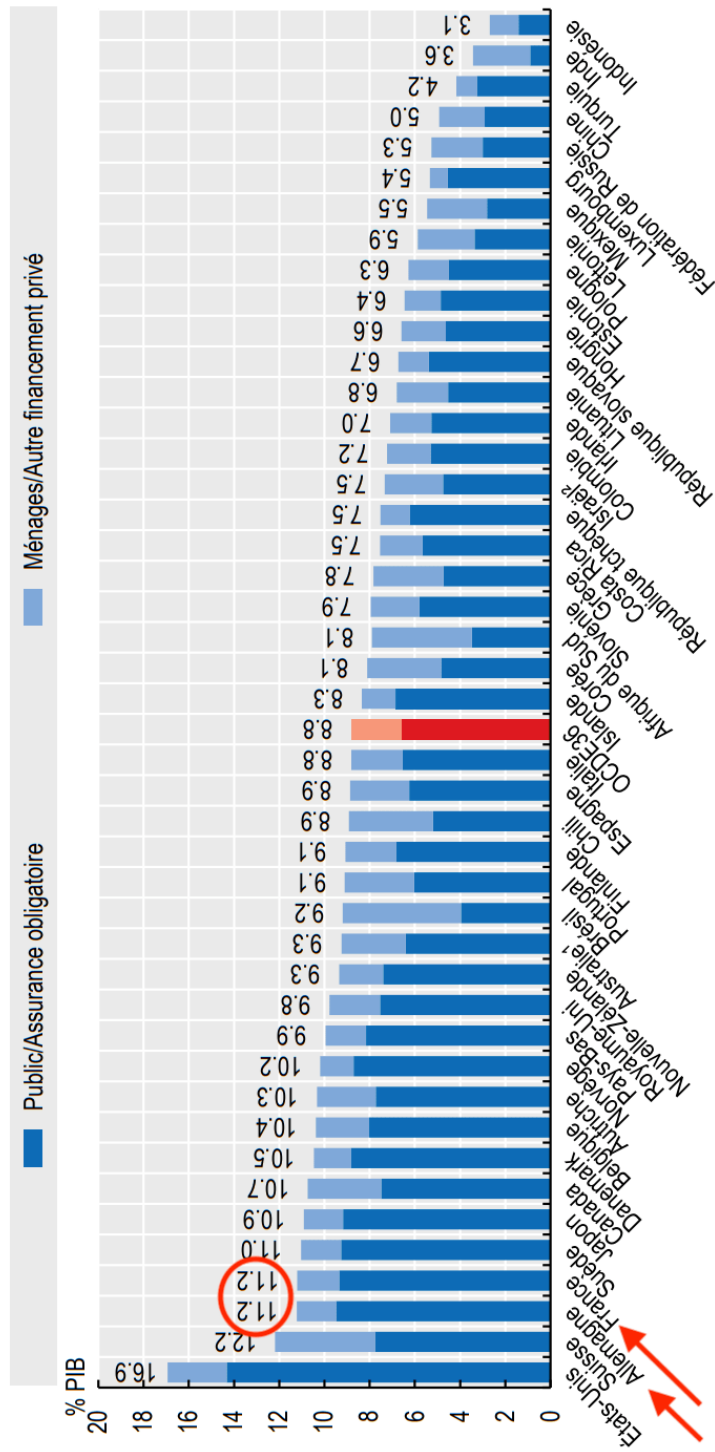
En tant qu'objectif, l'ONDAM est un indicateur et non un plafond puisqu'il ne peut en aucun cas limiter les dépenses de santé, ce qui impliquerait de cesser les remboursements aux patients une fois le plafond atteint. En 2019, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) fixait l'ONDAM à **200,3 milliards d'euros** (soit un taux de progression de 2,5 % par rapport à 2018). Le graphique ci-contre prévoit un taux de progression de l'ONDAM à hauteur de 3,5 % dans le PLFSS 2021, ce qui est très en-deçà du pic estimé⁴⁶ à 7,6 % en 2020, en raison de la crise sanitaire.

Parmi les pays de l'OCDE, la France est proportionnellement au PIB le 3^{ème} pays le plus "dépendant", avec 11,2% de la richesse nationale consacrée à la santé, à égalité avec l'Allemagne et derrière les États-Unis et la Suisse. Mais lorsque le montant est calculé par habitant⁴⁷, la France descend à la 12^{ème} place, bien derrière l'Allemagne qui dépense 20% de plus.

⁴⁶ Estimation datant de septembre 2020.

⁴⁷ En 2017, les dépenses s'élèvent à 3 626 euros par habitant.

Graphique 7.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2018 (ou année la plus proche)



Note : les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.
2. Inclut les investissements.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

Les trois auteurs du livre *Economie de la santé*, paru en 2018⁴⁸, soulignent que « *le secteur de la santé offre un nouveau vecteur de croissance au capitalisme à la recherche de nouveaux débouchés. On ne peut pas comprendre l'évolution du secteur sans référence aux grandes tendances du capitalisme contemporain : les logiques de financiarisation (pour l'industrie pharmaceutique), de privatisation ou de marchandisation (pour l'assurance santé), de nouveau management public (pour l'hôpital) ou de bien public mondial et de « bonne » gouvernance (pour l'accès à la santé dans les pays en développement) ».*

On a coutume de dire que la santé n'a pas de prix mais qu'elle a un coût. En réalité, un système de santé pleinement efficace rapporterait plus qu'il ne coûte. Pour illustrer ce propos, signalons par exemple l'espérance de vie sans incapacité des hommes français (62,6 ans) qui n'évolue pas depuis dix ans, en dépit de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance de 2,5 ans sur la période. Cet état de fait est très coûteux pour la société, y compris au niveau humain.

2.1.1 La construction d'un système de santé socialisé

La construction du système de santé est le résultat d'une histoire conflictuelle mais néanmoins marquée au lendemain de la seconde Guerre mondiale par l'émergence d'un discours favorable au développement d'un système de protection sociale. On a compris peu à peu que ce dernier contribuait pleinement à la régulation économique en assurant la croissance des modes de production et en facilitant la solvabilisation des ménages.

Par ordonnance du 4 octobre 1945, naissait à la Libération le système de Sécurité sociale, un des principaux objectifs du Conseil national de la Résistance. Si la loi du 22 mars 1946 définissait le régime général comme intéressant l'ensemble des salariés, il n'en excluait pas moins les exploitants agricoles, les commerçants et les artisans.

Depuis les années 1980, a émergé cependant un discours plus critique sur la santé et une volonté marquée de réduction des dépenses qui se sont traduits dans les faits par une première série de réformes : la réduction du remboursement de certains médicaments et la création du forfait journalier hospitalier (1982-83), le Plan Seguin (1986) et le plan Veil (1993) qui ont augmenté la part des dépenses restant à la charge des ménages, l'instauration de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 1996 et la loi du 13 août 2004 favorisant une maîtrise accrue des dépenses de santé.

Le système d'assurance maladie français couvre pratiquement toute la population par l'intermédiaire de différents régimes obligatoires. La **Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)** qui en constitue le fonds principal **couvre 92 % de la population** tandis que le fonds d'assurance maladie des exploitants agricoles (Mutuelle Sociale Agricole) couvre 7 % de la population. Le 1 % restant est couvert par différents petits fonds.

⁴⁸ Paru aux éditions Armand Colin ; les trois auteurs du livre sont Philippe Batifoulier, Nicolas Da Silva et Jean-Paul Domin, économistes.

2.1.2 Le financement de la dépense de santé

On distingue 3 agrégats pour mesurer la dépense de santé (*l'ensemble des chiffres donnés dans cette section 2.2.2 concerne l'année 2015*) :

- La **consommation des soins et de biens médicaux (CSBM)** qui est la valeur totale des biens et services de santé (soins hospitaliers, soins ambulatoires, transports sanitaires, médicaments et autres biens médicaux comme l'optique, les prothèses, le petit matériel et les pansements) recouvrant uniquement les dépenses liées au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ; la CSBM s'élève à 194,6 milliards d'euros, soit 8,9 % du PIB et 2 930 euros par personne ;
- La **dépense courante de santé (DCS)** qui comprend la CSBM, les soins de longue durée (EHPAD, EHPA, SSIAD⁴⁹), y compris aux personnes handicapées (établissements et services médico-sociaux), les indemnités journalières, la prévention institutionnelle, les dépenses en faveur du système de soins (recherche, formation des professionnels de santé) et les coûts de gestion du système. Cette dépense est dite courante dans la mesure où elle n'intègre pas les dépenses de formation brute de capital fixe (investissements) des établissements de santé et des professionnels libéraux ; elle s'élève à 262 milliards d'euros⁵⁰, soit 12 % du PIB ;
- La **dépense courante de santé au sens international (DSCi)** : développée par le System of Health Accounts (SHA) et pilotée par l'OCDE et Eurostat, elle permet notamment d'effectuer des comparaisons à l'échelle internationale. Elle correspond à la DCS à laquelle on défalque les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire des médicaments), les coûts liés à la formation médicale et recherche, à laquelle on ajoute la prise en charge du handicap et de la dépendance.

108

Le financement de la dépense de santé s'appuie sur 4 entités qui alimentent la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) ;

- La **Sécurité sociale** : elle-même financée par les cotisations sociales et par l'impôt, elle rembourse massivement les **soins hospitaliers (91,3 %)** et quasiment **deux tiers des soins de ville (64,7 %)** ;
- **L'Etat** : il participe à hauteur de 1,4 %⁵¹ au financement de la CSBM dont 0,4 % au titre de l'Aide médicale de l'Etat (AME) versée aux invalides de guerre et aux personnes en situation irrégulière ayant besoin de soins urgents ; il prend en charge de plus en plus de risques lourds (tandis que les OCAM se spécialisent sur les risques plus légers) ;

⁴⁹ Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, Établissements d'hébergement de personnes âgées et Services de soins infirmiers à domicile).

⁵⁰ A noter que les soins de longue durée (vieillesse de la population) et les indemnités journalières (facteurs épidémiologiques) augmentent plus vite que la CSBM.

⁵¹ Il est intéressant de noter que cette part s'élevait à 12 % en 1950 et qu'elle s'est stabilisée autour de 1 % à partir de 1990.

- Les **organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM)** : ils contribuent à hauteur de 13,3 % de la CSBM ; ils remboursent 21,7 % des soins de ville, 40,3 % des soins dentaires et 32,7 % des autres biens médicaux (notamment l'optique) ;
- **Les ménages** : ils dépensent en moyenne 1,21 % de leur revenu brut disponible pour le reste à charge (à savoir le montant de la dépense de santé restant à acquitter après intervention de la Sécurité sociale et des organismes complémentaires).

2.1.3 Les assurances complémentaires de santé

A partir des années 1980, le désengagement progressif de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) accélère les transformations des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) et leur confère un rôle nouveau dans le système de santé. Le **poids de l'Assurance Maladie complémentaire s'accroît** et représente un « marché » qui a atteint les 33,9 milliards d'euros en 2015, soit 1,5 % de PIB. Ces chiffres sont prévisibles dans un modèle de santé qui transfère de plus en plus de charges de la Sécurité sociale (pour les soins courants, la prise en charge publique des dépenses ne dépasse pas 55 %) vers l'Assurance Maladie complémentaire (AMC).

Le **marché de l'Assurance Maladie complémentaire** s'appuie sur 3 entités : les **mutuelles**, les **institutions de prévoyance**⁵² et les **sociétés d'assurance**. En 2015, les mutuelles dominaient encore le marché de la complémentaire santé (53 % des parts de marché en termes de poids des cotisations perçues) mais elles perdent chaque année du terrain au bénéfice des compagnies d'assurance (diminution de 7 points de parts de marché entre 2001 et 2015).

La **quasi-totalité de la population** (96 %) **souscrit** donc une **assurance maladie complémentaire** –obligatoire ou volontaire – essentiellement pour couvrir les restes à charge des prestations de santé, des produits pharmaceutiques, des lunettes et des soins dentaires. Il convient de pointer dans ce contexte la **part des dépassements d'honoraires**⁵³ qui s'est largement développée pour la médecine de spécialité et qui s'est quasiment généralisée pour les chirurgiens (85 % de ces derniers sont en secteur 2). En 1985, un patient devait déboursier en moyenne 23 % de plus que le tarif opposable de la Sécurité sociale ; en 2010, ce pourcentage avait atteint 54 %.

Entre 4 et 5 % des Français ne disposent pas d'une complémentaire de santé

53 % d'entre eux déclarent qu'ils n'en ont pas les moyens

La majorité d'entre eux sont retraités

Plus d'un quart d'entre eux sont des chômeurs ou des inactifs n'ayant jamais travaillé

Les personnes ayant des revenus inférieurs à 1 007 € par mois peuvent bénéficier de la Protection Universelle Maladie (PUMA, ex-CMU) et de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Au début des années 1970, le médecin anglais Julian Tudor Hart a développé la « loi de l'accès inversé » (*inverse care law*⁵⁴) qui démontre que ceux qui ont le plus besoin d'une

⁵² Elles se différencient des mutuelles et des sociétés d'assurance par leur gestion paritaire (membres adhérents et participants).

⁵³ Le conventionnement à honoraires libres (appelé secteur 2) a été créé en 1980.

⁵⁴ Jeu de mot avec « inverse square law » ou « loi en carré inverse » utilisée en physique.

couverture de qualité, parce qu'ils sont potentiellement plus exposés à la maladie, ont les plus grandes difficultés à se la payer.

Introduit en novembre 2019, un nouveau régime d'assurance maladie complémentaire (AMC) a vocation à permettre à 11 millions de Français disposant d'un revenu mensuel inférieur à 991 euros de souscrire une assurance maladie complémentaire pour moins de 30 euros par mois, indépendamment de l'âge.

Le système à deux étages que constituent l'Assurance-maladie et les assurances complémentaires de santé ne fait pas l'unanimité. Il est même jugé complexe et inique par un certain nombre d'économistes et experts de la santé⁵⁵ qui plaident par conséquent pour leur fusion. En effet, alors que l'Assurance Maladie couvre aujourd'hui près de 77 % des dépenses de soins (prises en charge à 100 % pour les ALD, une grande partie des soins hospitaliers et certaines catégories de maladies comme les accidents de travail, par exemple), elle couvre beaucoup moins les dépenses de médecine de ville où le taux de remboursement est inférieur à 50 %.

Cette complexité a un coût : quand **l'Assurance Maladie dépense 6,5 milliards d'euros en gestion** (soit 4 % de ses coûts) **pour rembourser 150 milliards par an**, les assurances complémentaires dépensent presque la même somme en coûts de gestion (6 milliards) pour couvrir 32 milliards de dépenses maladie (soit 19 %), avec des pourcentages variant fortement d'un organisme à l'autre.

Les adeptes d'une « sécurité sociale intégrale » y voient également des simplifications en chaîne : à travers des dispositifs spécifiques rendus obsolètes, ils estiment qu'il y aurait plus de moyens à consacrer aux soins et moins aux procédures administratives.

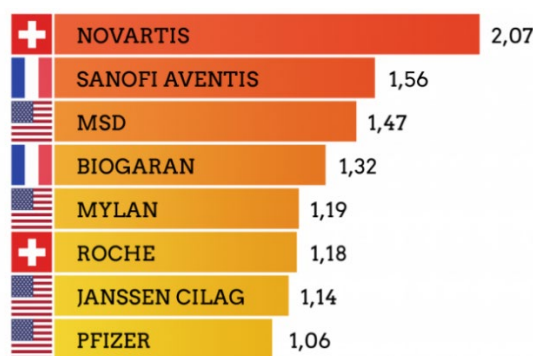
Les pourfendeurs de cette proposition dénoncent un projet utopiste, budgétairement non soutenable et donnant encore plus de pouvoir à l'Etat, déjà omniprésent en matière de santé.

2.1.4 Des nouveaux médicaments de plus en plus onéreux

Sur les plus de 7 000 médicaments vendus en pharmacie et remboursés par la Sécurité sociale, une petite partie capte une importante part des remboursements : les dix médicaments les plus onéreux ont coûté 3,3 milliards d'euros à la Sécurité sociale, soit 12 % des dépenses totales (25,5 milliards d'euros en 2018). Dans ce contexte, des alertes sont régulièrement lancées sur le coût exorbitant de certains médicaments. En janvier 2019, l'OMS a sonné l'alerte sur les dépenses mondiales liées aux anticancéreux⁵⁶, qui ont augmenté en moyenne de 7,9 % par an alors que le nombre de cancers diagnostiqués progressait « seulement » de 2,6 % à 2,8 % en fonction des pays. Le rapport de l'organisation pointe que le prix moyen revendiqué par les industriels pour un médicament anticancéreux « *n'a peu ou aucun rapport* » avec les coûts de R&D engagés.

⁵⁵ Parmi eux figurent : Martin Hirsch, directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po à Paris, ou encore Philippe Batifoulier, Nicolas Da Silva et Jean-Paul Domin, économistes atterrés et co-auteurs de *Economie de la santé*, Ed. Armand Colin, 2018.

⁵⁶ 133 milliards de dollars en 2017, contre 90,9 milliards en 2012.



Remboursements de la sécurité sociale en 2018 (en milliards d'€)

Laboratoires pharmaceutiques ayant touché plus d'un milliard d'euros par la Sécurité sociale en 2018 (Source : Bastamag)

Une course folle vers des médicaments innovants mais souvent extrêmement coûteux se poursuit en France, au point de constituer un éventuel **péril pour notre système d'assurance maladie**. Le record va au Zolgensma, médicament destiné aux enfants atteints d'amyotrophie spinale, vendu par le laboratoire suisse Novartis au prix de 2 millions d'euros pour une injection et pose de redoutables questions éthiques quant à ceux qui pourraient en bénéficier.

2.2 Un système de santé ultra-centralisé mais converti en millefeuille

Les différentes études comparatives conduites au niveau international font unanimement état d'une offre de soins de grande qualité en France, en pointant toutefois deux principaux défis à relever : le **besoin d'un renforcement des actions de prévention** et la poursuite de la **transformation de son système de santé**. La France est à raison unanimement perçue comme un pays qui a toujours été plus tourné vers le curatif que vers le préventif.

Le dernier panorama de la santé de l'OCDE⁵⁷ réalisé en 2019 fait apparaître la France en 9^{ème} position⁵⁸ parmi les 36 pays « auscultés » sur la qualité de leurs systèmes de santé respectifs. Celui de la France est qualifié de « *relativement performant* ». Il s'agit d'un résultat plus modeste que celui qu'elle avait obtenu en 2000, où elle occupait le haut du podium.

Cette étude comparative internationale a par ailleurs le mérite de pointer la menace que constitue la crise de la psychiatrie sur notre système de santé. Elle n'hésite pas à qualifier de « *catastrophique* » la prise en charge des patients dans ce domaine.

Focus sur le système de santé allemand

Lors du pic épidémique de la Covid-19, les médias ne se sont guère privés pour comparer les performances sanitaires de la France à celles de l'Allemagne qui semblait mieux armée pour endiguer la crise sanitaire.

⁵⁷ Tous les deux ans, les systèmes de santé y sont passés au crible à travers 20 indicateurs communs ; la France obtient des résultats supérieurs à la moyenne pour 16 d'entre eux.

⁵⁸ Devant la France figurent par ordre de classement : la Suède, la Norvège, la Suisse, l'Islande, le Japon, l'Australie, le Danemark et le Canada.

Quelques chiffres-clés :

- ☒ Les **dépenses de santé rapportées au PIB** sont **égales dans les deux pays**
- ☒ **4,3 médecins pour 1 000 habitants** en Allemagne contre **3,4 en France**
- ☒ **8,2 lits pour 1 000 habitants** en Allemagne contre **6 en France**
- ☒ **28 000 lits de réanimation** en Allemagne contre **5 000 en France**
- ☒ **Rémunérations hospitalières** (salaire de droit privé en Allemagne, régime de 40 heures par semaine) en moyenne **20 % supérieures** à celles de la France
- ☒ **3 fois moins de passages aux urgences** par habitant en Allemagne

Alors que le ministère fédéral allemand est chargé des règles générales régissant l'assurance maladie et les grandes orientations de santé publique, c'est au niveau local que se prennent les décisions concrètes d'investissement et d'allocations des moyens. Les médecins libéraux outre-Rhin sont également des acteurs à part entière des politiques de santé. Il semble que la densité médicale plus élevée en Allemagne permette de soigner davantage en ville et de réduire le recours aux urgences hospitalières.

En se livrant à une comparaison des systèmes de santé français et allemand⁵⁹, Michel Drouet – ancien directeur régional d'hospitalisation (ARH) et ancien administrateur de l'Insee – estime que « *les solutions sont connues mais insuffisamment appliquées : développer la prévention ; mettre en place une médecine de premier niveau de qualité, et bien rémunéré à base de maisons médicales et de généralistes ; décentraliser massivement en donnant de l'autonomie aux acteurs ; faciliter la prise d'initiatives au niveau local pour soigner au plus près la population* ».

112

2.2.1 Une succession de plans stratégiques et de lois en matière de santé

« On ne résout pas les problèmes avec les modes de pensée qui les ont engendrés » (Albert Einstein)

« Les textes de loi sans relief et les réformes parcellaires s'enchaînent comme autant de rustines posées sur un système prenant l'eau de toute part »⁶⁰.

Notre système de santé semble essoufflé et en difficulté pour faire face aux **enjeux d'avenir** que sont le **choc démographique**, la **chronicisation de nombreuses pathologies**, la **révolution numérique**, les **épidémies**, etc. Depuis des décennies, il n'a pourtant cessé d'être interrogé, réinterrogé, amendé, transformé.

Bien que ce présent rapport n'ait naturellement pas vocation à retracer l'ensemble des plans stratégiques successifs et lois de santé mis en place par l'Etat (il conviendrait pour cela d'écrire un très long catalogue dont la lecture serait fastidieuse et dont on tirerait finalement un enseignement limité), il nous a paru en revanche utile d'éclairer un certain nombre d'étapes et éléments ayant émaillé l'univers législatif de la santé au cours de cette dernière décennie.

⁵⁹ Lire la tribune publiée dans Les Echos du 23 juillet 2020 : « Pour sauver l'hôpital, il faut soigner ailleurs ».

⁶⁰ Propos de Frédéric Arcos, expert en santé dans une tribune publiée dans L'Opinion le 28 août 2018.

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) 2009

La loi HPST de 2009 a constitué la première étape d'une refonte de l'organisation territoriale des soins par la **création des Agences régionales de santé (ARS)**, chargées de rationaliser et de moderniser l'offre régionale de soins, notamment par l'établissement d'un plan régional de santé (PRS). Les ARS – succédant aux Agences régionales de l'hospitalisation⁶¹ (ARH) – visaient à faciliter le décloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital, en permettant l'établissement de nouveaux schémas d'organisation de l'offre de soins dans les territoires.

Cette loi fait l'objet de critiques régulières, notamment en raison de sa volonté affichée de rapprocher la gestion des hôpitaux publics de celle du secteur privé, dans l'idée que la performance serait l'apanage de ce dernier.

Un élément important mérite d'être souligné dans le cadre de cette loi, d'autant plus qu'il a été jusqu'alors très peu suivi d'effets : il s'agit de l'obligation pour les médecins résidant dans des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé de signer un contrat « santé solidarité » les engageant à « *contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits* ».

Loi de modernisation de notre système de santé 2016

La **loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016** visait à refonder le système public hospitalier suite à la loi HPST de 2009 qui prévoyait un découpage en 14 missions de service public (dont les urgences).

L'article 107 crée les **groupements hospitaliers de territoire (GHT)** – venant en remplacement des communautés hospitalières de territoire – au sein desquels l'ensemble des établissements publics de santé a obligation de coopérer.

Par ailleurs, la loi a permis la création en droit national d'un régime général définissant les **pratiques avancées**, permettant à des professionnels paramédicaux d'exercer des missions et compétences plus étendues – jusque-là dévolues aux seuls médecins – à travers un nouveau statut intermédiaire entre le paramédical et le médical. Ce régime général a été décliné aux infirmiers de pratiques avancées (IPA) dont les premiers contingents ont terminé en juin 2019 leur cycle de formation de deux ans.

Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022

La stratégie nationale de santé 2018-2022 constitue le cadre de la politique de santé en France et a été adoptée par le gouvernement fin décembre 2017, à la suite d'un large processus de consultation avec les acteurs de la santé et les autres ministères concernés (agriculture et alimentation, éducation...).

Réaffirmant le principe porté par l'OMS selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées dans le monde, elle suppose la participation des usagers pour améliorer la qualité des parcours de soins et du système de santé dans son ensemble.

⁶¹ Les ARH avaient été créées par ordonnance du 24 avril 1996 (relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins) ; elles avaient pour objectif de piloter la politique hospitalière à l'échelle d'un territoire.

Fondée sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population et ses principaux déterminants, la SNS 2018-2022 constitue un cadre d'action visant à améliorer la santé publique et le système de santé. Elle s'articule autour de quatre grandes priorités :

- Accorder une **plus grande attention aux politiques de promotion de la santé et de prévention** tout au long de la vie et dans tous les groupes socioéconomiques ;
- **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales, d'accès aux soins ;**
- Garantir la **qualité, la sécurité et la pertinence des soins ;**
- **Innover pour transformer le système de santé en réaffirmant le rôle de ses usagers.**

Ma santé 2022

Le plan de transformation du système de santé Ma santé 2022 s'appuie sur la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019, reposant elle-même sur 3 grands axes :

- Préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé de demain ;
- Créer, dans tous les territoires, un collectif de soins au service des patients ;
- Faire du numérique un atout pour le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques.

Le plan annoncé par le président de la République en septembre 2018 comme une **étape décisive de la lutte contre les déserts médicaux** s'inscrit globalement dans la continuité des réformes antérieures et est jugé par nombre d'experts trop peu ambitieux pour relever ce défi de taille. On doit également souligner l'absence surprenante de la prévention parmi les mesures du plan 2022 alors que le Ministère des Solidarités et de la Santé avait produit en mars 2018 un dossier intitulé « *Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie* ».

Comportant **54 mesures**, le plan **Ma santé 2022** s'articule autour de **9 « chantiers » prioritaires** :

1. La **lutte contre les déserts médicaux** ;
2. La création de **financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques** (dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur partie hospitalière), l'enjeu étant d'aboutir à une meilleure coordination ville-hôpital ;
2. Le **déploiement de 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** d'ici 2022 ;
3. Le **soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux** dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins ;
4. La **labellisation** dès 2020 des premiers « **Hôpitaux de proximité** » appelés à assurer des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux

personnes âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées... ;

5. La **réforme du régime des autorisations des activités de soins**, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence ;
6. La **création d'un statut unique de praticien hospitalier** (associé à la suppression du concours) pour faciliter l'entrée dans la carrière, diversifier les parcours professionnels ;
7. Le **management et l'organisation des activités de soins** : favoriser la reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié à l'amélioration de la qualité de service ; prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux ;
8. Le **renforcement de la participation des médecins au pilotage des hôpitaux** avec l'élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME) ;
9. La **suppression du *numerus clausus*** et la **refonte des premiers cycles des études en santé**.

NB : s'agissant de la mesure de suppression du ***numerus clausus***, particulièrement relayée par les médias et parfois considérée comme la réponse la plus pertinente à la désertification médicale, il convient de souligner son caractère malheureusement incomplet : une dizaine d'années sont nécessaires à la formation d'un médecin (ce qui diffère d'emblée la réponse à l'urgence que l'on souhaite apporter), les universités auront des difficultés à ouvrir le nombre de places nécessaires en médecine (en raison notamment du manque d'enseignants), la sélection perdurera de fait et la question essentielle de la répartition des nouveaux contingents de médecins formés reste pendante.

Le 19 novembre 2019, lors du coup d'envoi des « travaux », **5 actions prioritaires** ont-elles-mêmes été définies en termes de calendrier. Il s'agit de :

- La mise en place des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, ayant pour principal objectif d'assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels de santé ; il est prévu qu'elles couvrent l'ensemble du territoire au 1^{er} juillet 2021 ;
- Le **déploiement de 400 médecins généralistes salariés dans les territoires prioritaires** avec des premiers recrutements en juin/novembre 2019 ;
- La **création de postes d'assistants médicaux** débutant à l'été 2019 et visant 4 000 assistants médicaux en activité en 2022 ;
- La **labellisation des hôpitaux de proximité** en 2020, visant entre 500 et 600 hôpitaux de proximité d'ici 2022 ;
- La **réforme des 1^{er} et 2^{ème} cycles des études médicales** avec une intégration du nouveau dispositif dans Parcoursup (octobre 2019) et une mise en place de la réforme en septembre 2020.

La mise en œuvre du plan Ma santé 2022 devrait être renforcée et accélérée suite au Ségur de la santé dont les conclusions ont été annoncées en juillet 2020.

SÉGUR DE LA SANTÉ : un programme décliné en 4 piliers et 33 mesures

Avec plus de 50 jours de travaux⁶², le Ségur de la santé s'était fixé comme ambition de « *tirer collectivement les leçons de l'épreuve traversée et de faire le lien avec les orientations de Ma Santé 2022, pour bâtir les fondations d'un système de santé encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires* »⁶³.

Après le protocole d'accord du 13 juillet 2020 sur les rémunérations, carrières et créations de postes, le ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran a présenté le 21 juillet le second volet du Ségur de la santé consacré aux réformes structurelles.

Il convient de retenir que le programme annoncé, s'élevant à 28 milliards d'euros et appelé à contribuer à l'accélération des transformations engagées par Ma Santé 2022, sera globalement réparti de la manière suivante :

- ✓ **19 milliards** consacrés à l'**investissement**, dont la reprise précédemment annoncée des **13 milliards d'euros de la dette hospitalière** et un **nouveau plan de 6 milliards sur cinq ans** pour le **secteur hospitalier et le secteur médicosocial** : transformation, rénovation et équipement des établissements médicosociaux (2,1 milliard dont 0,6 milliard pour le numérique), projets hospitaliers prioritaires et investissements ville-hôpital (2,5 milliards) et rattrapage du retard sur le numérique en santé (1,4 milliard sur trois ans) ;
- ✓ **9,1 milliards** pour le **fonctionnement** dont 8,3 milliards pour les rémunérations, les carrières et la création de 15 000 postes.

Les **4 piliers du programme** sont les suivants :

- Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins ;
- Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé pour qu'elles se consacrent en priorité à leurs patients ;
- Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

Parmi les **33 mesures figurant au programme**, on note une gestion plus déconcentrée des investissements, une réduction de la part de la tarification à l'activité (aujourd'hui la principale modalité de financement des établissements de santé), l'ouverture de 4 000 lits « à la demande », une possible adaptation locale des règles du code de la santé publique, une simplification des procédures, le développement des délégations départementales des ARS, une meilleure association des élus, des organisations mixtes ville-hôpital, le

⁶² Le Ségur de la santé a été ouvert le 25 mai 2020.

⁶³ Lire le dossier de presse des conclusions du Ségur de la santé :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

développement fort de la télésanté, la fin du mercenariat de l'intérim médical à l'hôpital public, etc.

Les associations et organisations représentant les collectivités et différents secteurs de la santé ont pour la plupart assez bien accueilli le plan annoncé à l'issue de ce Ségur de la santé. Il n'en demeure pas moins que la perception aura été essentiellement celle d'un « Ségur des établissements », pour ne pas dire un « Ségur des hôpitaux ».

Principale organisation du secteur sanitaire et social, l'Uniopss⁶⁴ se réjouit d'une prise en compte positive de tous les acteurs du système de santé : la satisfaction porte notamment sur les revalorisations salariales des personnels concernés mais aussi sur l'investissement et la prise en compte des inégalités de santé. Elle estime, en revanche que la prévention et la promotion de la santé restent relativement absentes du Ségur.

France Assos Santé, fédération de la voix des usagers, se félicite des annonces du Ségur tout en faisant part de l'attention qu'elle portera à leur mise en application effective : « *Nous serons vigilants à ce que ce panel de 33 annonces du Ségur ne finisse pas comme les 54 mesures de la réforme Ma santé 2022 : sous la pile réglementaire !* ».

2.2.2 Les Agences Régionales de Santé (ARS)⁶⁵

Le nom d' « agence », suggérant une certaine autonomie d'action, peut être trompeur puisque les ARS fonctionnent en réalité comme des administrations déconcentrées. Même si elles travaillent en coordination avec les préfetures de région, elles **ne sont pas directement placées sous l'autorité du préfet mais sous la tutelle du Ministre de la Santé**. En ce sens, elles détiennent, comme établissements publics dotés de l'autonomie administrative et financière, un pouvoir de décision prépondérant pour l'aménagement de la santé sur le territoire.

117

Le mode de gouvernance des ARS est loin de faire l'unanimité. De manière générale, il est constaté que ce n'est pas un pilotage régional qui a été mis en œuvre mais plutôt une régulation publique centralisée (et autoritaire, n'hésitent pas certains à ajouter). Pensées à l'origine comme des outils d'adaptation de la politique de santé sur les territoires, de rapprochement des centres de décisions, elles sont régulièrement jugées être devenues, à quelques exceptions près, des organes de renforcement du pilotage national.

Au début des années 1980, les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (bien connues sous l'acronyme DDASS) étaient encore de très gros services de l'Etat, avant le premier grand mouvement de décentralisation qui conduirait à l'éclatement des DDASS – à partir de 1983, les départements prennent la compétence de l'aide sociale à l'enfance et de la PMI – et qui ferait progressivement émerger l'échelon régional.

Alors que l'on assistait à une montée progressive du niveau régional, un cloisonnement important s'est fait jour entre les échelles départementale et régionale, le niveau régional s'occupant notamment de planification et le niveau départemental de tutelle des établissements sanitaires et sociaux. Ces deux niveaux représentant l'Etat, sous l'autorité

⁶⁴ Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux.

⁶⁵ Nous tenons à remercier particulièrement Emmanuèle Jeandet-Mengual pour son rappel historique très éclairant de la création des ARS.

des préfets mais sans lien hiérarchique entre eux, avaient souvent beaucoup de mal à parler d'une seule voix, et l'on souffrait véritablement d'un manque de cohérence dans les choix politiques et techniques.

Pour des raisons historiques, depuis sa création en 1945, l'Assurance Maladie a toujours été distincte des services de l'Etat. Elle a progressivement gagné en puissance, en autorité et légitimité, notamment sur les conventions de la médecine libérale et partant des cliniques privées.

Il existe **une scission et un cloisonnement fort entre l'Assurance Maladie et l'Etat**, ce dernier ayant la main sur le secteur hospitalier public.

Dans les années 2000, le besoin de régulation se faisant clairement ressentir, ce système a véritablement éclaté. Lors de la réforme dite « Juppé » de l'Assurance Maladie par l'ordonnance du 24 avril 1996, ont été créées – à une période où le phénomène « d'agencification » était particulièrement fort en France – les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Il s'agissait d'autorités publiques qui n'étaient plus directement placées sous l'autorité du préfet mais sous l'autorité directe du ministre de tutelle.

Pour la première fois, l'ARH offrait une autorité unique sur les hôpitaux publics et les cliniques privées, rassemblant la compétence régionale de planification et celle de l'ex-DDASS de tutelle sur les établissements (hors médecine libérale et médico-social), et a assez bien réussi à assurer la cohérence d'ensemble attendue. Pour la première fois également, on touchait à « l'empire » de l'Assurance Maladie. On assistait dans le même temps à un **effacement du niveau départemental** et à une **confirmation du niveau régional**.

118

Ce système a prévalu une dizaine d'années jusqu'à ce que s'impose le souhait de le voir encore s'élargir à l'ensemble de l'organisation des soins, ce qui supposait d'y inclure la médecine libérale et plus largement l'organisation des soins ambulatoires, la prévention, les questions environnementales, la sécurité sanitaire, etc.

C'est ainsi qu'ont été créées, le 1^{er} avril 2010, les Agences Régionales de Santé (ARS) censées « digérer » en quelque sorte l'ensemble du dispositif de santé de l'Etat. Néanmoins, il a été convenu que l'Assurance Maladie, au niveau national, garderait la main sur la convention de la médecine libérale, une dualité qui fait encore débat aujourd'hui.

Un autre débat s'est invité au fil du temps : ne faudrait-il pas décentraliser tout ou partie des politiques de santé ? A l'instar des Rectorats et des services des finances publiques, on a vu que les ARS ne sont pas placées sous l'autorité des préfets, ce que ces derniers ont particulièrement mal vécu. Si les préfets président les conseils d'administration des ARS, ils n'ont toutefois pas de pouvoir sur la définition stratégique de la politique de santé au niveau régional, ni sur son contrôle lequel est opéré exclusivement par le ministère de la santé qui pilote les ARS de manière très dirigiste. Ainsi, à l'instar des préfets et des recteurs, les directeurs généraux des ARS sont nommés par décret du président de la République.

On constate des difficultés dans les relations qu'entretiennent les ARS avec les élus, les préfets et plus globalement les acteurs du terrain (y compris les représentants d'usagers et les organisations syndicales), ce qui constitue une réelle déception eu égard au potentiel considérable que ces agences comportaient à leur création. S'appuyant sur une batterie

d'indicateurs, le niveau régional des ARS est en réalité resté très théorique et planificateur, au détriment de la proximité et du travail de terrain. Force est de constater que les ARS ne disposent pas de réelles marges de négociation et d'organisation aux niveaux régional et local.

Alors que l'on assistait à une montée progressive de la parole des usagers (introduction de la démocratie sanitaire *via* la Loi Kouchner 2002), les ARS n'ont quant à elles pas su ou pas pu prendre leur place dans le lien et la négociation avec tous les acteurs en jeu. Au sein des ARS, il y a certes une organisation propre dite de « démocratie sanitaire », la **conférence régionale de santé et de l'autonomie** (CRSA) et des **commissions spécialisées** : organisation des soins, médico-social, prévention et usagers... mais cette organisation institutionnelle est très encadrée sur le plan administratif et laisse peu de place à de véritables négociations et échanges.

Les débats de fond y sont absents et les avis des commissions spécialisées sont uniquement consultatifs. On note toutefois des situations tout à fait contrastées au sein des ARS, ce qui laisse supposer que beaucoup dépend également des personnes en fonction. Si les ARS disposent certes d'un budget limité et fixé par l'Etat, il n'en demeure pas moins qu'elles peuvent s'octroyer des espaces de négociation quant à la manière de gérer les priorités d'allocation de leurs moyens.

L'Etat continue toutefois à déverser des circulaires massives sur les agences, ce qui les rend très pointilleuses et les condamnent parfois à un engluement administratif et procédural. Les normes nationales sont tellement prépondérantes qu'elles ne permettent pas de prendre suffisamment en compte les spécificités locales. Il faut par conséquent reconnaître qu'il est difficile pour certains directeurs de s'autoriser des marges de manœuvre dans ce contexte. Pourtant, on perçoit que des évolutions s'imposent, le poids de l'administration au détriment des soignants pouvant même s'avérer grave et dangereux.

A titre d'exemple, le refus par l'ARS Normandie d'ouvrir des centres sanitaires d'accueil spécifiques temporaires en pleine crise de coronavirus (au printemps 2020), que ce soit à la ville de Rouen – qui proposait la mise à disposition du Hangar 106 – ou au territoire de Neufchâtel-en-Bray – qui avait à cœur d'anticiper la menace d'une vague potentielle de cas – a suscité beaucoup d'incompréhension.

Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF) considère que les agences régionales de santé doivent évoluer et trouver un nouveau modèle, notamment en développant des délégations territoriales dotées de véritables compétences. Cela lui semble encore plus nécessaire dans le cadre du nouveau découpage régional qui a donné lieu à des territoires encore plus vastes.

Thomas Deroche, nouveau directeur général de l'ARS Normandie ayant pris ses fonctions en juillet 2020, a fait part d'orientations qui s'inscrivent pleinement dans la dynamique que souhaite impulser le Premier ministre Jean Castex. L'objectif est d'amplifier le rôle d'appui de l'ARS en accompagnant l'émergence de solutions adaptées aux territoires, ne se limitant pas aux seules communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il est prévu que les élus soient mieux intégrés dans les processus de décision et que le sujet de la formation soit par ailleurs travaillé avec la Région.

**SÉGUR
DE LA SANTÉ**

✚ **MESURE 33** – *Le Ségur de la santé était très attendu sur les agences régionales de santé qui ont fait figure de bouc émissaire pendant la période d'urgence sanitaire liée au coronavirus, notamment de la part des élus. Le gouvernement prévoit donc de renforcer le dialogue territorial avec les élus en développant la présence des agences à l'échelon départemental (à travers des délégations départementales) et en donnant davantage de place aux élus au sein des conseils d'administration des ARS qui seront créés en remplacement des conseils de surveillance. Il est parallèlement prévu de « redonner aux ARS les moyens pour exercer leurs missions et de renforcer leur capacité d'accompagnement de projet ».*

2.2.3 Les compétences et champs d'action des collectivités territoriales en matière de santé

La notion de proximité est centrale dans les préoccupations des Français en matière de services publics⁶⁶, *a fortiori* dans tout ce qui a trait à la santé. L'attente d'une plus grande proximité entre les territoires et l'organisation de notre système s'est avéré un leitmotiv.

« Une politique qui, certes, parle toujours de l'importance des territoires mais qui se garde bien de faire avec, et depuis les territoires ».

Pour Cédric Arcos, DGA de la Région Ile-de-France et ex-délégué général adjoint de la FHF, la santé apparaît d'abord comme un sujet éminemment local, directement lié aux réalités et spécificités de chaque territoire et nécessitant une plus forte connexion avec les élus engagés au sein de ces territoires. Cette vision est à rebours de la politique très centralisée, menée depuis près de 30 ans en matière de santé.

Bien que l'Etat ait compétence intégrale sur la santé, les collectivités locales disposent néanmoins très ponctuellement de compétences légales sur des sous-secteurs de la santé :

- Les **communes** ont la responsabilité de la **salubrité publique** (rats et autres nuisibles, bruit et autres troubles du voisinage...), ancienne compétence remontant au XIX^e siècle ;
- les **départements** se sont vu transférer la compétence de la **Protection maternelle et infantile** (PMI) lors des premières lois de décentralisation de 1983, en complément de l'aide sociale à l'enfance ;
- les **régions financent les écoles de formation sanitaire et sociale** (hors formation des étudiants en médecine), en vertu de la loi du 13 août 2004.

Les programmes pédagogiques demeurent toutefois une prérogative de l'Etat. Pour les Régions, c'est une compétence complémentaire de celle qui porte sur la formation professionnelle, même s'il s'agit en l'occurrence de formations initiales désormais en voie d'universitarisation pour nombre d'elles.

⁶⁶ On a vu que la santé avait occupé une place majeure dans le Grand débat national de 2019 alors que le gouvernement ne l'avait pas intégrée au rang des sujets à débattre.

Pour autant, les collectivités vont bien souvent au-delà de leurs strictes compétences légales, sur des actions d'observation et de prévention de santé, en s'appuyant sur des partenariats avec l'Etat (portant entre autres sur ces questions). A titre d'exemple, on peut citer pour les communes : le réseau des villes OMS sur la santé, les contrats locaux de santé (CLS) avec l'ARS, les ateliers Santé Ville dans le cadre de la politique de la ville...

Les Régions financent très fréquemment des équipements biomédicaux, des actions de recherche et d'innovation, des bâtiments universitaires, bien que ces aspects relèvent en principe de la compétence de l'Etat. C'est le cas de la collectivité normande qui a financé des équipements (robots chirurgicaux, par exemple) et des équipements de recherche (hadronthérapie sur le plateau caennais), la nouvelle faculté de médecine de Rouen, etc.

Mais si les collectivités s'engagent dans quelques actions ponctuelles, elles ne financent pas le fonctionnement du système de santé, qui est pris en charge par l'Assurance Maladie, sous le contrôle exclusif de l'Etat et dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) votée chaque année au parlement (en vertu du plan Juppé 1996).

Enfin, depuis l'apparition de pénuries de médecins, communes, intercommunalités et départements ont régulièrement engagé diverses actions pour attirer des médecins sur leurs territoires. En somme, bien que l'Etat reste le décideur majeur et le responsable de la cohérence d'ensemble (notamment à travers les projets régionaux de santé), les collectivités s'impliquent de plus en plus pour faire face à l'inquiétude montante des populations.

Ceci s'explique par le fait que tout omnipotent que soit l'Etat en matière de santé, les collectivités et leurs regroupements n'en sont pas moins au quotidien les animateurs de ce que l'on pourrait appeler des écosystèmes de santé. En effet, par leur action en matière d'habitat, de mobilités, d'environnement, d'accès aux services publics, d'action sociale, de petite enfance, d'adaptation au vieillissement, de sport et de culture, les collectivités contribuent à la construction d'une réponse globale aux questions liées à la santé.

Le plan Ma Santé 2022 prévoit que « *le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation du parcours de santé* ». Il est prévu que le projet soit élaboré et mis en œuvre par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) de même que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, pour coordonner leur action.

Le système de santé a commencé à prendre davantage compte des territoires avec la mise en place de contrats territoriaux de santé (CTS)⁶⁷, la reconnaissance des contrats locaux de santé (CLS) déjà mentionnés et des conseils locaux de santé mentale (CLSM).

L'instauration de plusieurs types de zonage produit un imbroglio qui irrite les élus et rend l'action publique illisible pour nos concitoyens. Dans ce cadre, l'Assemblée des Communautés de France (AdCF), l'Association Nationale des Pôles territoriaux et des Pays (ANPP), la Fédération nationale des agences d'urbanisme (FNAU) et France Urbaine⁶⁸ ont eu l'occasion d'exprimer communément leur souhait que soient systématiquement articulés les

⁶⁷ Lire rubrique 6.3.2. sur les contrats territoriaux de santé (CTS).

⁶⁸ France Urbaine représente les métropoles, communautés urbaines, communautés d'agglomération et grandes villes de France.

projets territoriaux de santé (PTS), le périmètre des communautés professionnelles de santé (CPTS) et les contrats locaux de santé (CLS).

De manière générale, on constate donc que les territoires s'impliquent de plus en plus dans les enjeux d'accès aux soins, que ce soit par le portage de projets de maison de santé, la proposition d'aides à l'installation de médecins, le développement de politiques de santé environnementale, etc.

Les communes et groupements de communes : premier niveau d'administration et de proximité

L'action sanitaire et sociale des communes, qui a précédé les interventions de l'Etat, s'inscrit dans une longue tradition d'aide à l'égard des plus démunis, avec la création des bureaux de bienfaisance (en 1796) et celle des bureaux d'aide sociale (1953), transformés en 1986 en centres communaux d'action sociale (CCAS) qui exercent une action générale de prévention et de développement social, en lien avec les compétences des institutions publiques et privées.

L'initiative de la commune de Duclair (Seine-Maritime, 4 200 habitants)

Située à une vingtaine de kilomètres à l'ouest de Rouen, la commune de Duclair est un territoire rural éloigné des spécialistes de santé. Les personnes âgées, à mobilité réduite ou dépourvues d'un moyen de locomotion accèdent difficilement aux professionnels de santé, y compris pour des raisons plus diffuses. Celles-ci trouvent par exemple leur origine dans la disparition de la notion du « médecin de famille », l'absence de réponse claire et rapide créée par un empilement de dispositifs devenant inopérants. Afin d'accompagner sa population dans ses besoins de santé, la commune a décidé, en lien avec la Mutualité française, de mettre en place une journée de repérage au cours de laquelle sont réalisés différents tests de dépistages (auditif, visuel, diabète) par des professionnels de santé.

122

Les communes (ou groupements de communes) peuvent créer un service communal d'hygiène et de santé, chargé de l'application des dispositions relatives à l'hygiène du milieu et à la salubrité publique, de la salubrité des habitations et des différents milieux de vie et alimentation en eau destinée à la consommation, ainsi que de l'adoption d'un règlement d'hygiène publique.

Ces services peuvent avoir des missions d'information, de prévention et de lutte contre les épidémies ou différentes formes de pollution. Le plan canicule – mis en œuvre par l'Etat suite à l'été 2003 – s'accompagne par exemple dans nombre de municipalités par des dispositifs de surveillance des personnes fragiles isolées chez elles.

Le département : chef de file de l'action sociale

La loi du 13 août 2004 a confirmé la vocation des départements à gérer les politiques de solidarité en les désignant comme « chefs de file de l'action sociale ».

En matière d'action sociale, le département a aujourd'hui de nombreuses et larges responsabilités parmi lesquelles figurent la mise en œuvre de la politique d'action sociale entendue comme l'ensemble des actions, dispositifs et services qui concourent au

développement social et à la lutte contre les exclusions ou encore l'élaboration et l'adoption du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

S'agissant du champ sanitaire, le département est responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance organisée dans l'objectif d'associer les mesures de prévention, de **dépistage et d'accès aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans**.

D'autres territoires, tels que celui de Lisieux dans le pays d'Auge, s'emploient à pallier la pénurie de médecins en essayant de mieux se faire connaître. Le pôle de Lisieux accueille ainsi, une fois par mois, des formations délocalisées de l'université de Caen afin de faire découvrir l'outil aux internes. L'agglomération de Lisieux envisage d'ailleurs la publication d'une plaquette destinée aux universités, hôpitaux et salons professionnels, valorisant le pays d'Auge. Elle travaille au développement de la télémédecine et n'exclut pas la piste de salarier des médecins à l'avenir.

Un projet développé par le département de l'Orne : StarTech Médecine

En mars 2019, le département de l'Orne qui ne comptait plus que 161 médecins recensés sur son territoire au 1er janvier 2019, a décidé l'ouverture du centre StarTech Médecine, aménagé dans l'enceinte-même de l'Hôtel du Département et intégralement financé par la collectivité. Il met à disposition un espace de 300 m² doté de neuf cabinets dans lesquels il est prévu qu'exercent trois médecins libéraux, trois internes en fin d'étude, trois médecins retraités exerçant à temps partiel, deux secrétaires médicales et deux infirmiers. Le projet entend donner priorité au temps médical consacré à chaque patient en déchargeant les médecins de toutes les contraintes administratives et tâches secondaires.

Le cas de la Saône-et-Loire

Le conseil départemental de Saône-et-Loire, préoccupé par la question de la désertification médicale, a recruté 55 médecins généralistes en 2018, installés dans différents centres médicaux à travers tout le département, et envisageait également à la mi-2020 le recrutement de médecins spécialistes.

123

Sont également à signaler l'existence des laboratoires départementaux d'analyse qui constituent l'outil privilégié d'intervention des départements dans le champ sanitaire pour les analyses et examens en matière de santé animale, végétale et pour l'hygiène alimentaire. Ces laboratoires font partie intégrante du dispositif de prévention des risques et de gestion des crises sanitaires.

La région : acteur clé de l'aménagement du territoire... et potentiellement de la santé ?

Partenaire privilégié de l'Etat dans le domaine de l'aménagement du territoire, la Région est dotée de la compétence pleine et entière de la politique régionale d'apprentissage et de la formation professionnelle des jeunes et des adultes (à l'exception de ce qui relève de l'entreprise et de l'assurance chômage). Elle assure également l'accès à la formation des personnes handicapées.

La loi du 13 août 2004 a conféré à la collectivité régionale la compétence pour :

- Définir et mettre en œuvre la politique de **formation des travailleurs sociaux et des professions paramédicales** ;
- agréer les établissements qui dispensent des formations dans le champ du travail social ;
- financer les établissements (fonctionnement et équipements des différentes écoles) ;

- attribuer des aides matérielles aux étudiants en travail social et aux élèves des écoles paramédicales.

**SÉCURITÉ
DE LA SANTÉ**

- ✚ **MESURE 5** – *l'Etat prévoit d'engager une concertation santé / enseignement supérieur avec Régions de France pour augmenter dès maintenant les effectifs en formation paramédicale. Une augmentation progressive des effectifs aides-soignants est visée, avec un objectif de doublement des entrées en formation d'aides-soignants d'ici 2025.*

Bien que les Régions disposent de **compétences extrêmement limitées en matière de santé**, il est intéressant de souligner que **le territoire régional a été consacré comme le cadre de référence des politiques de santé depuis 1990**, comme le démontre une série de réformes ayant contribué à une organisation de la santé à l'échelle régionale : création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (1991), des unions régionales de médecins libéraux (1993), des agences régionales de l'hospitalisation, des unions régionales des caisses d'Assurance Maladie et conférences régionales de santé (1996), des programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention (1998), des groupements et plans régionaux de santé publique (2004), des Agences régionales de santé (loi HPST 2009).

Région Centre-Val de Loire

Il convient de citer l'initiative exceptionnelle du conseil régional de Centre-Val de Loire, territoire durement touché par la désertification médicale. Porteur d'une politique très volontariste pour y remédier, la Région a décidé de créer un groupement d'intérêt public baptisé Pro santé, destiné à être l'entité stratégique de la mise en œuvre du plan « 100 % santé » et l'organisme employeur des 150 futurs médecins prévus. Ces derniers seront salariés sous contrat de droit public, rémunérés dans le cadre de la grille des salaires de la fonction publique hospitalière.

124

Dans le rapport d'information du Sénat sur les déserts médicaux⁶⁹ (janvier 2020), il est souligné que « *les dispositions qui auraient permis un renforcement réel du poids des collectivités territoriales au sein de la gouvernance des ARS ont finalement été exclues du texte [de la loi du 24 juillet 2019] ou rejetées* ». Il est précisé ensuite que « *le Sénat avait adopté une disposition prévoyant que la présidence du conseil de surveillance des ARS soit confiée au président du conseil régional, avant que cette disposition ne soit supprimée au cours de la commission paritaire mixte* ».

L'idée selon laquelle il conviendrait de confier aux régions la tutelle sur les ARS fait plus largement son chemin dans un certain nombre de think tanks consacrés à la santé. Cette proposition résulte du principe que les politiques régionales et les politiques de santé seraient intrinsèquement liées par une même dynamique, permettant ainsi au champ de la santé de devenir un élément déterminant des différentes décisions prises en matière d'investissement, d'aménagement, de développement économique du territoire. Néanmoins, il n'existe à ce jour aucun « scénario » sérieux qui prévoit une réforme complète du système de santé s'appuyant sur un basculement des financements vers les Régions. Ces dernières elles-mêmes n'en expriment pas le souhait à ce jour.

⁶⁹ « *Déserts médicaux : l'Etat doit enfin faire preuve de courage !* », rapport des sénateurs Hervé Maurey et Jean-François Longeot.

2.2.4 Le secteur médico-social

La question de la frontière entre le sanitaire et le social n'est pas nouvelle. Elle était déjà posée au cours de débats du Comité de mendicité sous la Révolution française. **Pendant longtemps, le sanitaire et le social ont cheminé de concert à travers les politiques de secours public.**

A la fin du XIX^e siècle, le développement des politiques d'assistance en direction des plus pauvres et les progrès thérapeutiques qui transforment l'activité hospitalière ont conduit progressivement à la distinction de l'action sociale et de l'action sanitaire. L'émergence de la notion d'invalidité au début du XX^e siècle a remis en cause ces catégories, favorisant la **constitution progressive d'un « tiers secteur » médico-social** s'adressant à des personnes dont les besoins ne relevaient ni exclusivement de prestations d'assistance ni de prestations de santé.

Dégagée dans les années 1950, la notion de handicap a été au cœur de cette évolution. La loi du 20 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, qui a consacré ce mouvement, a été publiée au Journal officiel le même jour que celle relative aux personnes handicapées.

Puis progressivement, **le secteur médico-social a englobé la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie**, plaçant résolument le périmètre du secteur médico-social dans le champ de la santé publique.

Depuis une quinzaine d'années, sans remettre en cause la singularité du secteur médico-social, plusieurs réformes ont tenté d'accroître la cohérence des politiques publiques, de surmonter les cloisonnements institutionnels et budgétaires préjudiciables au développement des services et structures d'accueil du secteur médico-social mais aussi aux restructurations hospitalières.

Le **secteur médico-social** voit ses **compétences partagées entre l'Etat et les départements** qui doivent faire face à un accroissement des dépenses dues à la montée de la pauvreté et de la précarité. L'architecture du modèle de financement de ce secteur est particulièrement peu visible car très complexe. Elle se situe au cœur même d'un partage des compétences et des financements entre opérateurs déconcentrés et décentralisés.

Le secteur médico-social est confronté au défi d'une population vieillissante et dépendante. Le sous-financement et la sous-médicalisation des EHPAD impactent l'activité des hôpitaux où sont envoyées les personnes âgées dont la santé se dégrade.

Dans ce contexte, ce sont régulièrement des proches – que l'on appelle désormais des « aidants » – qui subissent de plein fouet les carences du secteur médico-social, souvent au prix de lourdes difficultés économiques et douleurs morales.

Le secteur médico-social traite spécifiquement des **établissements et services** accompagnant des **personnes âgées** et des **personnes handicapées, enfants et adultes**.

Un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) est une structure dont la vocation est d'accueillir et d'accompagner, dans leur enceinte ou de manière ambulatoire,

pour une brève durée ou au long cours, des personnes handicapées, dépendantes ou en situation d'exclusion sociale.

On compte en Normandie 1 205 établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Nous avons vu que les agences régionales de santé avaient pour mission d'organiser le système de soins en région. De ce fait, l'Agence régionale de santé Normandie coordonne les activités et attribue le budget de fonctionnement des structures médico-sociales⁷⁰. L'enjeu est de garantir une répartition plus juste des équipements sur l'ensemble du territoire.

Le secteur médico-social est un champ particulièrement complexe, du fait de la diversité des structures et de leur nombre. Les ARS travaillent avec leurs partenaires locaux : les conseils départementaux (principaux partenaires, les financements *ad hoc* étant partagés entre l'Etat et ces derniers), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les préfets, les professionnels du secteur, les usagers, les associations...

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux territoires (HPST) a profondément modifié les modalités de l'action publique dans le domaine de la politique de santé, qui intègre non seulement les soins mais aussi la prévention et les accompagnements médico-sociaux.

Cette transversalité dans la définition et la mise en œuvre de la politique de santé vise à permettre une meilleure articulation des interventions auprès des personnes et à améliorer la fluidité du parcours de vie et de soins.

Le secteur médico-social occupe une place importante – mais dans les faits non stratégique, hélas – au sein des politiques mises en place par l'ARS à travers le **schéma régional de santé** (lequel a fusionné les schémas d'organisation des soins et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale).

⁷⁰ Ces attributions sont exclusivement réservées aux établissements qui assurent des soins. Sur le financement des EHPAD, lire la note de bas de page 39.

Chapitre 3 - L'accès aux soins : un univers d'inégalités

- L'offre de soins
- Médecine hospitalière vs médecine de ville ?
- Des enjeux et des défis majeurs

On a tendance à circonscrire la question de l'**accessibilité aux soins** à celle de la désertification médicale. Or, celle-ci est **pluridimensionnelle** dans la mesure où elle recouvre la disponibilité de l'offre, l'accessibilité géographique (distance), l'organisation des services de santé (horaires d'ouverture) et l'accessibilité financière.

Historiquement, la densité de médecins rapportant le niveau d'offre d'un territoire à la population concernée est l'indicateur le plus utilisé. La distance d'accès est l'autre indicateur classiquement mobilisé car elle constitue une mesure simple pour considérer la plus ou moins grande proximité des soins. Des progrès méthodologiques ont permis d'améliorer la qualification de l'accessibilité aux soins en croisant les notions de densité et de distance : l'**accessibilité potentielle localisée** (APL) est un indicateur local calculé à l'échelle de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. De plus, le niveau d'offre est mesuré en nombre d'actes produits, afin de tenir compte de la forte variabilité de l'activité des médecins.

Un quart des Français citent les inégalités d'accès aux soins comme étant les moins acceptables, au même titre que les inégalités liées à l'origine ethnique. Pourtant, ils sont près d'un sur trois à ressentir des difficultés d'accès à leur généraliste et près d'un sur deux à leurs spécialistes⁷¹.

127

Il convient d'emblée de souligner que depuis soixante-dix ans, notre système de soins s'est construit sur un modèle biomédical curatif fondé sur une accessibilité aux soins demeurant souvent le fruit de « *la rencontre entre une offre de soins abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle*⁷² ». Nous avons vu que cette accessibilité d'ordre consumériste n'apportait pas de réponse adaptée aux inégalités sociales de santé. Or, des comparaisons internationales démontrent que l'organisation des systèmes de santé influe sur l'accès aux soins.

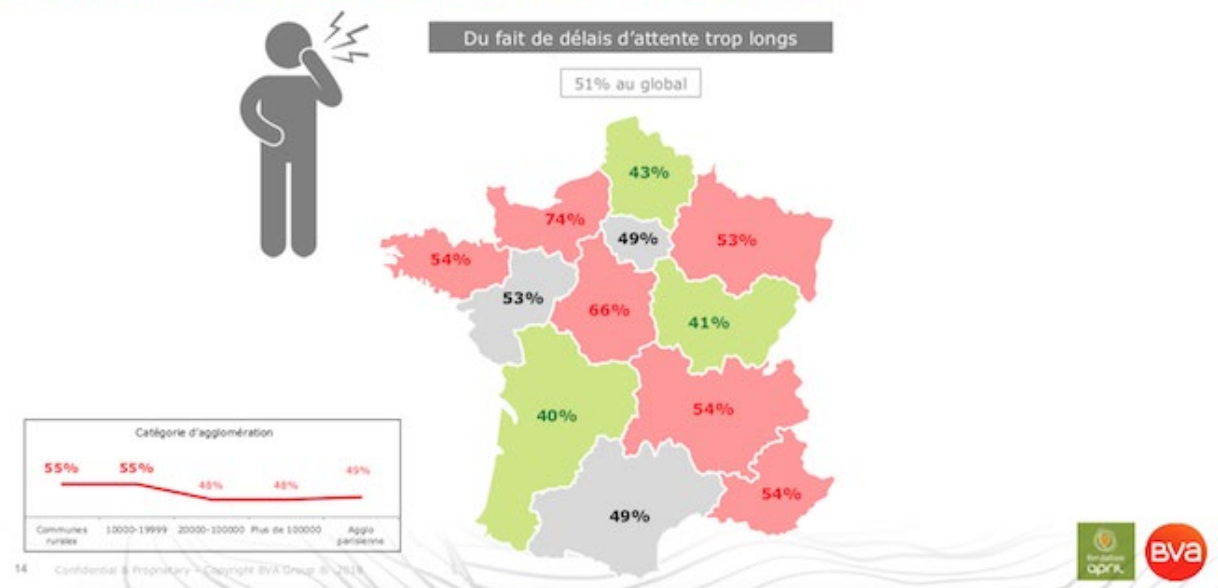
Un autre paradoxe réside dans la fulgurance des progrès thérapeutiques qui ne trouve pas son pendant dans l'organisation des soins.

Selon un sondage BVA publié en avril 2018, **plus de 7 Français sur 10 auraient renoncé au moins une fois à se soigner**, quelle que soit la raison, la principale étant les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous. La carte qui suit montre l'impact des délais d'attente sur le **renoncement aux soins**, et fait apparaître la Normandie comme la région française la plus durement touchée à cet égard :

⁷¹ Selon le Baromètre d'opinion 2015 de la DREES.

⁷² Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France, rapport général. La Documentation Française, 1994.

Les délais d'attente : une raison majoritaire dans un grand nombre de régions françaises et plus marquée en zone rurale

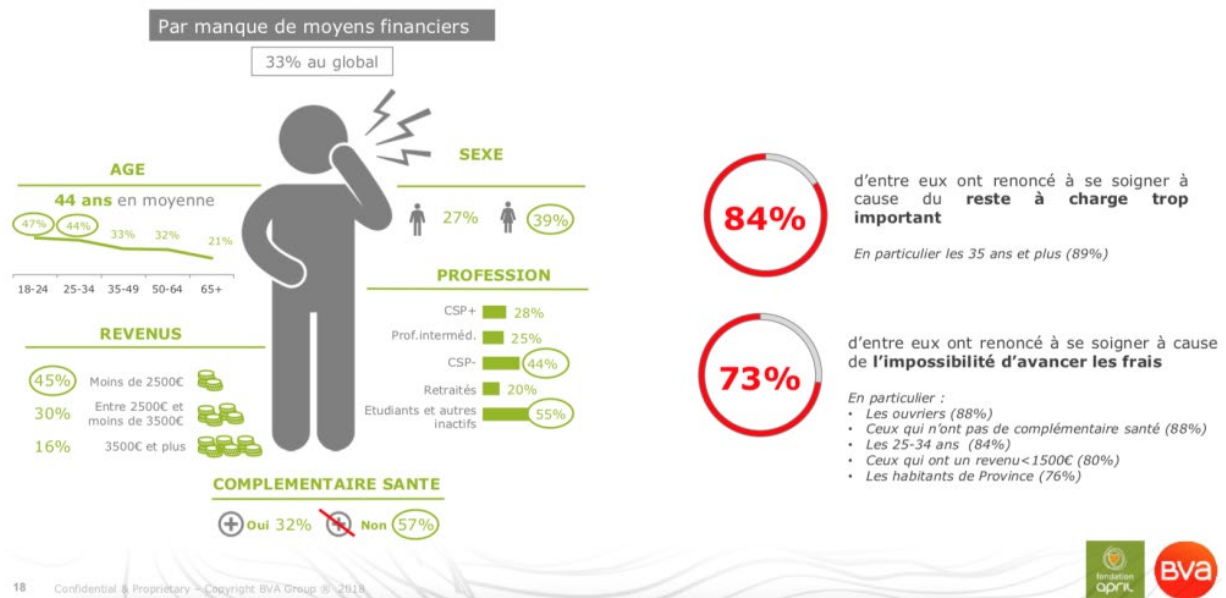


Sondage BVA-April, avril 2018

Un tiers des Français déclarent avoir déjà renoncé à se soigner par manque de moyens financiers (33 %), une raison qui concerne notamment les jeunes (30 %) et les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé (46 %), comme le montre la figure qui suit :

La raison financière : les jeunes et les personnes sans complémentaire santé sont particulièrement impactés

128



Si l'on pointe régulièrement l'espérance de vie plus favorable des femmes, c'est un fait moins connu que ces dernières vivent en moyenne en moins bonne santé. Leur prise en charge est moins bonne : diagnostiquées moins rapidement, elles sont soignées plus tardivement. Elles renoncent plus souvent aux soins que les hommes pour des raisons financières.

Le **refus de soins** peut malheureusement se cumuler avec la question du renoncement aux soins.

Selon une enquête menée début 2019 par le Défenseur des droits et le Fonds CMU-C auprès de 1 500 cabinets médicaux, 12 % des cabinets contactés (9 % des chirurgiens-dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres) refusent, sous certaines conditions, de donner un rendez-vous à des patients bénéficiaires d'une aide sociale à la complémentaire santé. Il est constaté que les refus de soins discriminatoires varient fortement en fonction des régions⁷³ et qu'ils ne sont pas corrélés à la densité médicale. A titre d'exemple, près de 40 % des dentistes refusent des patients en situation de précarité économique.

Selon la même enquête réalisée à partir de trois profils de patients fictifs et 4 500 demandes effectives de rendez-vous, 42 % des patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS n'auraient pas eu accès à un rendez-vous, selon un taux variant de 25 % à 66 % selon la spécialité. Les médecins spécialistes inscrits en secteur 2 (autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires) tendent à davantage discriminer que ceux inscrits en secteur 1 ; un écart de 6 points est observé.

3.1 L'offre de soins

Le **prisme de la désertification médicale** mobilise désormais la question de l'offre de soins. Or il apparaît dans les faits que l'expression de « *déserts médicaux* » est restrictive, du fait de son caractère le plus souvent binaire (absence ou présence de désert). D'aucuns contestent l'expression même de « déserts médicaux » en soulignant qu'il serait plus juste de parler de « **déserts du service public** » pour désigner ces territoires.

Dans son acception « grand public », l'approche des déserts médicaux se focalise néanmoins prioritairement sur les médecins généralistes et tend à omettre les difficultés d'accès aux soins à d'autres professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes). Cette perception est d'autant plus alimentée par le nombre décroissant continu des effectifs de médecins généralistes depuis 2008, quand ceux des spécialistes augmentent dans le même temps.

La baisse des effectifs des généralistes est appelée à perdurer et même à s'amplifier dans les prochaines années sous l'effet de nombreux départs à la retraite, d'une augmentation des besoins de soins liée au vieillissement de la population ainsi que de l'évolution des modes d'exercice médical qui se traduisent par une baisse de l'activité.

3.1.1 Les professionnels de la santé

La DREES exposait dans une étude datant de 2017 sur la démographie médicale qu'il n'y avait **jamais eu autant de professionnels de santé exerçant en France** et qu'ils n'avaient **jamais été aussi inégalement répartis sur le territoire**. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), développé en 2012 par la DREES et l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), permet de mesurer précisément l'adéquation spatiale

⁷³ Nous n'avons hélas pas réussi à obtenir de données spécifiques pour la Normandie.

entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin (mesure disponible dans chaque commune).

Les professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 (données Insee 2019)

226 000 médecins en activité (+ 10 000 par rapport à 2012) dont :

102 500 généralistes (45 % de l'ensemble)

124 000 spécialistes (55 % de l'ensemble) représentant majoritairement :
la psychiatrie, l'anesthésie-réanimation, le radiodiagnostic et l'imagerie médicale

130 000 médecins sont des libéraux (57 %) : 50 % des spécialistes et 66 % des généralistes ;
46 % travaillent uniquement en libéral et 12 % en exercice mixte (*cumul d'activités salariée et libérale*)

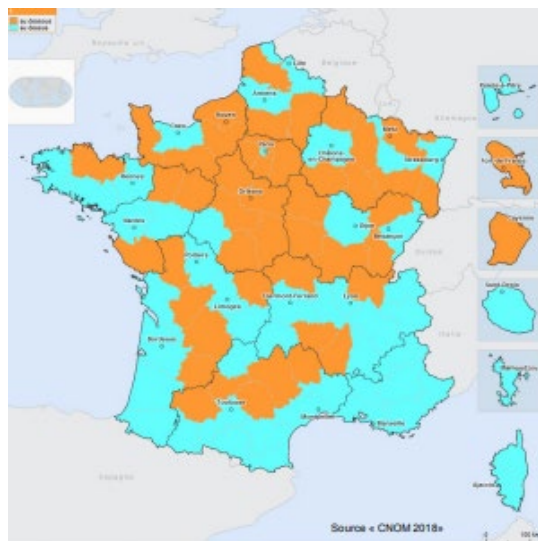
Près d'un médecin sur deux a plus de 55 ans

Depuis 6 ans, l'effectif de médecins a progressé de 4,5 % (hausse du nombre de médecins hospitaliers)

Les infirmiers : première profession de santé en effectifs (722 600 au 1^{er} janvier 2019)
(devant les médecins, masseurs-kinés et pharmaciens), comptant 86,6 % de femmes

Selon cet indicateur, **8 % de la population française se situe dans un désert médical** en 2017 (soit environ **5,3 millions d'habitants**). Toutefois, selon les ARS, il convient de distinguer les zones sous-denses et les zones potentiellement à risques. Le total des deux concernerait 56 % de la population.

130



Densité par département des **médecins généralistes** en activité régulière (par rapport à la moyenne nationale)

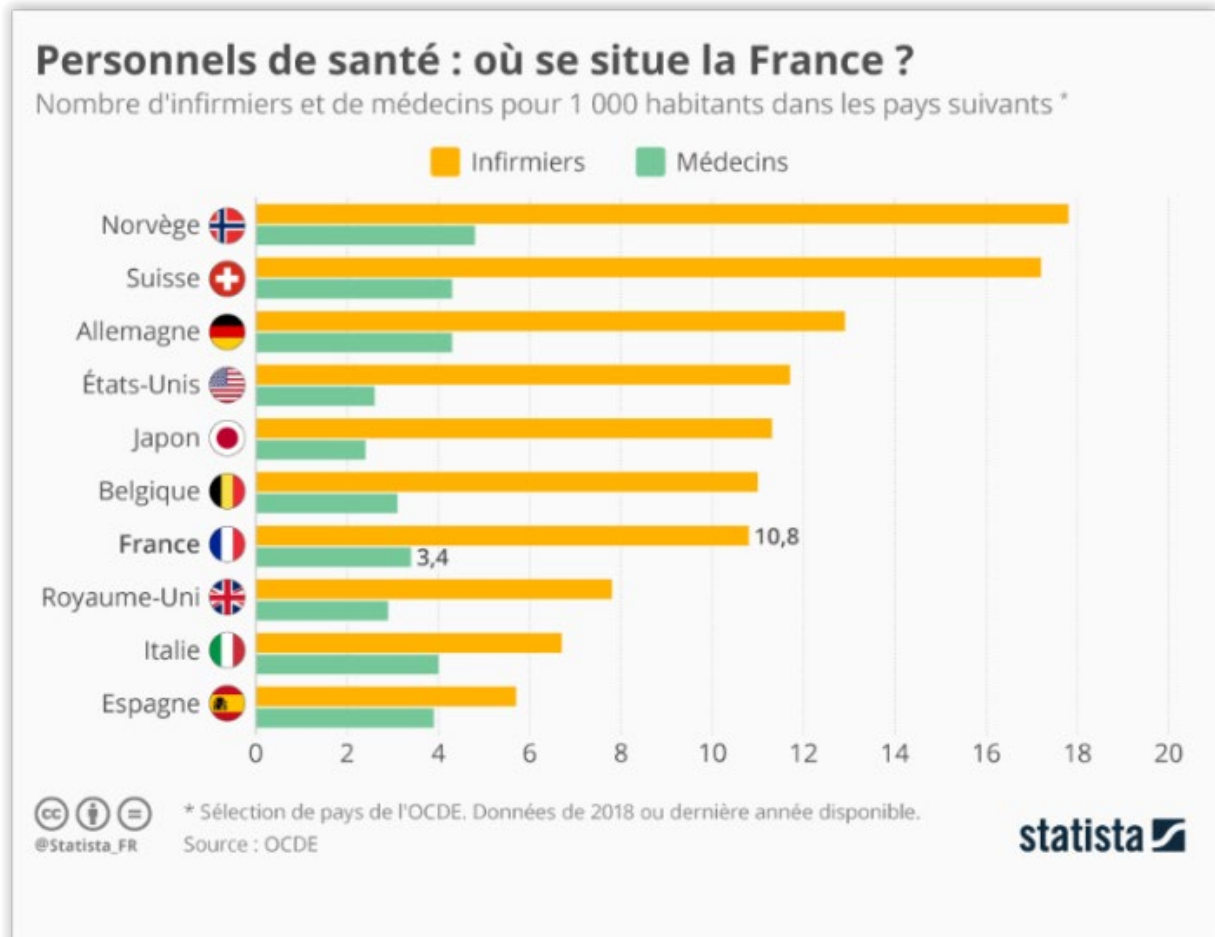


Densité par département de **médecins spécialistes** en activité régulière (par rapport à la moyenne nationale)

Les cartes ci-dessus rendent compte de la **densité des médecins généralistes** et des **médecins spécialistes en activité régulière (en 2018)**.

Ainsi, on observe par exemple que sur les 5 départements normands, seul le Calvados se situe au-dessus de la moyenne nationale en termes de densité de médecins généralistes par rapport à la moyenne nationale, les 4 autres se situant en-dessous de la moyenne. Pour plus de précisions sur la démographie médicale en Normandie, se reporter à la section 6.2 « L'offre de soins en Normandie ».

Le **nombre de médecins en France** est aujourd'hui **en-deçà de la moyenne de l'UE** : tandis que la France comptait **3,4 médecins pour 1 000 habitants** en 2018, les pays de l'UE en comptait 3,6 en moyenne. S'agissant de son classement parmi les pays de l'OCDE, la France apparaît relativement sous-dotée en médecins étant donné que 20 pays en ont plus qu'elle par habitant.



A l'inverse, le **nombre d'infirmiers par habitant a augmenté**, passant de 7,6 pour 1 000 habitants en 2007 à **10,5 pour 1 000** en 2017, ce qui l'établit au-dessus de la moyenne de l'UE.

3.1.2 Les équipements de santé

Etablissements hospitaliers publics et privés

Avant toutes choses, il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'il existe en France trois catégories d'hôpitaux, tous financés par l'Assurance maladie :

- les **hôpitaux publics de tous statuts** (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers généraux ou établissements spécialisés) : ils accueillent actuellement 56 % des séjours hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en France ;
- les **cliniques privées** (dont le qualificatif « privé » porte à confusion dans la mesure où l'Assurance Maladie et les mutuelles financent la majeure partie du système) :

elles accueillent 34 % des séjours MCO et constituent même l'offre de soins majoritaire dans certains domaines comme la chirurgie ;

- les **établissements privés participant au service public** (ESPIC) se situant à mi-chemin entre les deux précédents, partageant les valeurs de l'hôpital public sans en adopter le statut pour ses personnels (ces derniers étant recrutés sous convention collective et non sous statut de la fonction publique hospitalière). Figurent dans cette catégorie de gros établissements tels que Saint-Joseph ou Foch à Paris mais aussi les centres de lutte contre le cancer ; ces ESPIC réalisent 10 % des séjours MCO mais plus de 30 % de l'hospitalisation en soins de suite et réadaptation (SSR).

Une clinique ou un hôpital privé est un établissement de soins privé pouvant être dirigé par un groupe privé ou une association. Toutefois, certaines établissements privés sont en effet à but non lucratif et participent aux missions de service public.

Des médecins libéraux, payés à l'acte, exercent dans les cliniques privées tandis que les médecins exerçant en hôpitaux publics sont salariés⁷⁴, avec un statut particulier.

Les directeurs d'hôpitaux privés, nommés par le conseil d'administration, sont responsables devant lui. Tous les personnels – médecins compris – sont recrutés sur contrat selon une convention collective qui définit la rémunération minimum. Chaque établissement est libre ensuite de fixer le niveau des rémunérations supplémentaires, en fonction des performances.

Les structures et établissements hospitaliers (*données Insee 2016*)

3 065 établissements hospitaliers

dont 178 sites de centres hospitaliers régionaux

955 centres hospitaliers

97 centres spécialisés en psychiatrie

146 autres majoritairement dédiés aux ALD

Les structures hospitalières privées

1 003 cliniques privées à but lucratif

686 établissements privés à but non lucratif (ESPIC)

3.1.3 Des inégalités territoriales criantes

On assiste en France à une **contradiction évidente entre la répartition des médecins sur les territoires et les besoins** qui s'y font jour. La situation est bien connue : les psychiatres sont plus nombreux dans le sud-est et les suicides dans le nord ; les dermatologues sont davantage localisés sur le littoral méditerranéen alors que les maladies de peau sont particulièrement liées à la pauvreté et à l'humidité.

Les nombreux rapports et études réalisés sur la démographie médicale s'accordent tous à constater un accroissement d'une fracture sanitaire entre les territoires, qui s'ajoute et se superpose le plus souvent à des fractures en termes d'accès aux services publics, au numérique et en matière de mobilité.

⁷⁴ Contrairement au personnel soignant et administratif qui appartiennent à la fonction publique hospitalière.

Une étude publiée par la DREES en février 2020 exprime très clairement cet accroissement d'inégalités territoriales : « *En raison d'un décalage croissant entre l'offre et la demande de soins, l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018. En 2018, les Français ont accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015. **Les inégalités s'accroissent entre les communes les moins bien dotées et celles qui le sont le plus*** ».

Ce qui est communément appelé les « **déserts médicaux** » concerne aujourd'hui une **commune sur trois**. Les **écarts de densité entre départements**, variant en moyenne **de 1 à 3 pour les médecins généralistes**, sont encore beaucoup plus accentués pour les **spécialistes** avec un **rapport de 1 à 8**, allant même jusqu'à un rapport de 1 à 24 pour les pédiatres.

La territorialisation de la santé apparaît pour nombre d'experts de la santé⁷⁵ comme une nécessité sur le long terme pour mieux adapter le financement aux spécificités locales et mieux lutter contre les inégalités. Dans les faits, on constate que les territoires entrent de plus en plus en concurrence pour attirer les professionnels de santé, faisant courir le risque d'aggraver les inégalités, voire de recruter des médecins contractuels (souvent étrangers) aux compétences parfois discutables.

3.2 Médecine hospitalière vs médecine de ville ?

Une tribune du 16 mars 2020 publiée dans Le Monde⁷⁶ voyait dans l'épidémie de la Covid-19 un « *stress test* » pour l'organisation des soins de premier recours en France, une occasion d'analyser les interactions et articulations entre la ville et l'hôpital dans la prise en charge des malades.

Trois semaines plus tard, dans une tribune⁷⁷ de Jacques Battistoni – médecin généraliste normand et président du syndicat MG – et deux de ses confrères parisiens déploraient l'effondrement des consultations en médecine générale pendant l'épidémie et pointaient les mots d'ordre de l'Etat ayant commandé aux Français de ne plus se rendre chez leur médecin, sauf en cas d'extrême urgence. La tribune mettait en évidence l'exemple des professionnels de santé du 18^{ème} arrondissement de Paris (organisés en CPTS) qui avait décidé de mettre en place d'un dispositif de prise en charge spécifique pour gérer la crise épidémique du coronavirus. Ignorant ces mesures, l'hôpital dupliquait la stratégie en créant de son côté son propre système de suivi des patients en ville. Jugeant qu' « *il ne peut y avoir de stratégie pertinente en ambulatoire contre ceux-là mêmes qui y travaillent* », les signataires de cette tribune pointaient la nécessité d'une coordination et d'un arbitrage clairs de la chaîne décisionnelle pour asseoir la complémentarité ville-hôpital.

⁷⁵ Lire *Quelle santé dans les territoires en 2030* (Horizons publics, hors-série, printemps 2019).

⁷⁶ « Covid-19 : un « stress test » pour l'organisation des soins de premiers recours en France », par la sociologue Nadège Vezinat.

⁷⁷ Tribune de Jacques Battistoni, Philippe Houdart et Denis Lemasson (médecins) publiée dans Le Monde du 7 avril 2020 : « *Y a-t-il un pilote face à cette épidémie ?* ».

Il est intéressant à ce titre de citer un court extrait du livre *La casse du siècle, A propos des réformes de l'hôpital public*⁷⁸ tant il résume bien la situation :

« Tant que le problème de l'amont et de l'aval de l'hôpital n'aura pas été réglé, l'hôpital demeurera le centre de gravité de l'offre de soins. Pourtant, depuis une décennie, les pouvoirs publics continuent de le réformer comme si la résolution de ses problèmes n'était affaire que de « meilleure organisation » et de plus « grande efficacité », en somme comme si ce qui se passe à l'hôpital n'était en aucune manière affecté par la désorganisation des soins de proximité et l'insuffisance des structures sanitaires, sociales et médico-sociales ».

La **médecine de ville** et la **médecine hospitalière** relèvent de **politiques publiques différentes** : alors que la médecine de ville dépend des négociations entre la Sécurité sociale (dans sa branche maladie à partir de 1967), l'Etat et les syndicats de professionnels libéraux, la médecine hospitalière relève de la seule compétence de l'Etat.

La médecine hospitalière et la médecine « de ville » ou ambulatoire constituent deux univers éloignés l'un de l'autre, répondant chacun à des logiques particulières. Cette dichotomie se fait au détriment des patients, des professionnels de la santé et de l'économie du pays.

La Fédération hospitalière de France (FHF) fait partie des organisations qui promeuvent le renforcement indispensable du dialogue entre les acteurs des secteurs ambulatoire et hospitalier.

Parmi les nombreuses propositions qu'elle avance⁷⁹ qu'on ne pourrait toutes citer dans ce rapport, figurent notamment :

- Adopter des protocoles communs entre professionnels hospitaliers et de ville ;
- Investir pour un système d'information commun ;
- Favoriser l'exercice mixte entre ville et hôpital ;
- Créer des parcours de formation médicale à l'échelle territoriale ;
- Favoriser l'élargissement de la gouvernance des groupements hospitaliers territoriaux (GHT) à la médecine de ville ;
- Renforcer le lien entre acteurs locaux par la constitution de commissions territoriales de santé (élus – ville – hôpital – usagers).

Au moment de la rédaction de ce rapport, les débats autour de la santé et notamment de l'hôpital étaient légion et ont débouché sur des engagements de la part de l'Etat, à l'issue du Ségur de la santé en juillet 2020. Le nouveau premier ministre Jean Castex a tenu à déclarer dans ce contexte qu'il fallait « *améliorer le fonctionnement quotidien des structures en leur donnant davantage de souplesse, en leur permettant de déroger à certains cadres nationaux sur des sujets de gouvernance interne, d'organisation et de modalité de temps de travail en favorisant davantage les logiques de décloisonnement ville-hôpital* » à l'échelon territorial.

On peut ainsi espérer que les faits et constats décrits dans ce présent rapport connaissent une évolution favorable dans un proche avenir.

⁷⁸ Auteurs : Pierre-André Juven Frédéric Pierru et Fanny Vincent – Ed. Raisons d'agir (2019).

⁷⁹ Lire le rapport 2018 de la FHF : « Renforcer le lien ville – hôpital »

3.2.1 L'hôpital : un colosse aux pieds d'argile dans un pays « hospitalo-centré »

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a réintroduit la notion de service public – que la loi HPST avait supprimée – en rendant inséparables les 14 missions définies par la loi de 2009 (permanence des soins, prise en charge des soins palliatifs, enseignement universitaire, recherche, actions de santé publique...).

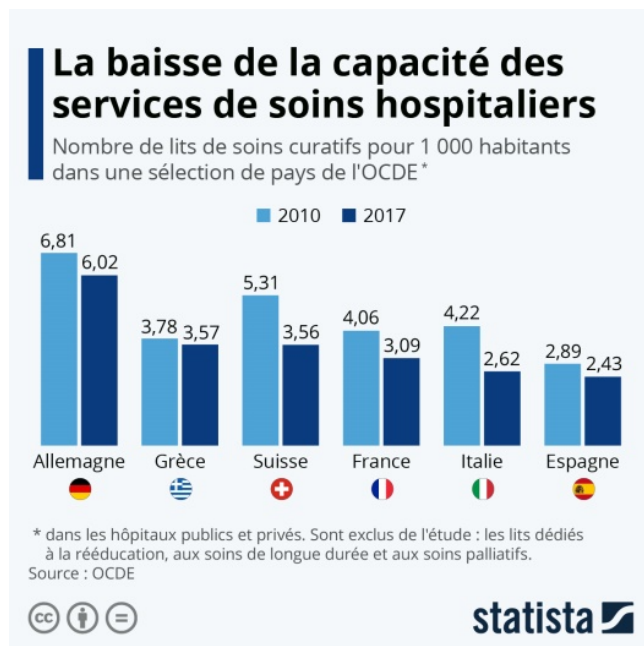
Elle prévoit que fassent partie du service hospitalier les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ainsi que les établissements de santé privés habilités par l'ARS.

La « crise » hospitalière – qu'il serait plus juste de qualifier de malaise profond en raison de son caractère endémique depuis 30 ans – mise en lumière par les grèves, les manifestations multiples et plus récemment par des vagues démissionnaires de médecins de leurs fonctions administratives, est essentiellement le résultat d'injonctions gestionnaires particulièrement contradictoires aux valeurs d'accueil et de soins des patients.

Bernard Granger, praticien et membre du conseil de surveillance de l'AP-HP, décrit sans détour les maux qui rongent l'hôpital en ces termes : « *défiance à l'égard des professionnels, hyperréglementation, prééminence des problématiques administratives et comptables sur les besoins sanitaires, instauration d'une gouvernance bonapartiste, mise en œuvre de*



⁸⁰ Tribune du 13 novembre 2019 dans Le Monde : « Il faut un double choc d'attractivité et d'autonomie pour sortir de la crise hospitalière ».



« réorganisations » ou de « transformations » mal pensées, mal acceptées et sources de gaspillages, d'absence d'articulations avec la médecine de ville et, surtout, sous-financement et mauvaise anticipation de la pénurie médicale⁸⁰ ». Il dénonce le « discours culpabilisant » des autorités, les « injonctions paradoxales » conduisant à la déliquescence du milieu

hospitalier : « *médecine d'abattage* », « *déshumanisation des soins* », « *souffrance éthique* », « *cloisonnement des différents corps de métier* », « *mutualisation des personnels au mépris de leur savoir-faire* », « *perte de sens pour les professionnels* », « *perte de chance pour les malades* », « *rigidité des statuts mettant l'hôpital public dans l'impossibilité de lutter à armes égales avec les autres types d'établissements* », « *difficultés de recrutement* », « *désorganisation des parcours de soins* », « *vétusté des bâtiments et des équipements* », « *aggravation des déficits* », etc.

Notons que l'application des 35 heures en 2002 à l'hôpital public a porté un coup sérieux à l'organisation des personnels, l'impact n'ayant pas été absorbé par le nombre d'embauches nécessaires. Les salaires et le travail d'équipe ont particulièrement été mis à mal.

L'hôpital public est partie prenante d'une offre de soins aux composantes multiples. Il subit des régulations (ou leur absence), l'organisation (ou son manque) des soins en amont et en aval, et le fonctionnement de la médecine de ville et des cliniques, de plus en plus tourné vers des logiques marchandes.

Marqué par un mode de gouvernance de plus en plus libéral, empruntant largement au secteur privé, au sein d'un ensemble complexe recouvrant pas moins de 200 métiers différents, où l'on attend des marges d'amélioration et les meilleurs résultats possibles avec des ressources budgétaires identiques, l'hôpital est soumis à un régime de performance qui engendre beaucoup de souffrance parmi les personnels. **La culture du résultat se heurte de plein fouet à celle de la culture du service public.**

136

La nomination des directeurs de CHU, directement opérée par le président de la République (et celle des directeurs des autres établissements hospitaliers par le ministre de tutelle), contraint les directeurs à se plier aux exigences de régulation budgétaire dictées par l'Etat. Par ailleurs, le choix de la mise en place de pôles a également contribué à déresponsabiliser les équipes médicales.

Face à un hôpital qui présente une sorte de « mariage à trois » composé de hiérarchies parallèles (médicale, paramédicale et administrative), le collectif inter-hôpitaux propose une gouvernance équilibrée entre le directeur, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le président de la commission des personnels paramédicaux. D'autres appellent à une inversion des responsabilités, sur le modèle des centres anticancéreux, lesquels s'appuient sur un médecin nommé directeur général et choisissant pour adjoint un administratif⁸¹.

**SÉCUR
DE LA SANTÉ**



MESURE 27 - *Il convient de noter que le programme du Ségur de la santé propose que les décisions relevant du domaine médical seront désormais prises conjointement par le directeur de la structure et le président de la commission médicale d'établissement. Il est prévu que les missions de la CME soient redéfinies et renforcées et qu'un*

⁸¹ Lire l'article paru le 2 juillet 2020 dans Le Monde : « Le directeur, seul patron à l'hôpital », par Marie-Astrid Piquet, professeure des universités de gastro-entérologie et nutrition au CHU de Caen.

représentant des personnels paramédicaux soit désormais appelé à siéger au sein du directoire (instance stratégique et décisionnaire des établissements).

Des effets pervers et un manque de moyens décrié

L'endettement lourd des hôpitaux enfreint considérablement la capacité de ces derniers à se rénover et à se moderniser. Dans un contexte où évoluent la démographie médicale et les pratiques de soins, les investissements colossaux engagés ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins ou plus généralement avec les nouvelles orientations prises. Dix années sont parfois nécessaires pour reconstruire des hôpitaux avec des chambres qui seront moins utilisées en vertu de soins ambulatoires plus courants, des blocs opératoires flambant neufs seront menacés de fermeture, faute de praticiens et d'un nombre d'actes suffisant.

Les professionnels de l'hôpital s'accordent à dénoncer une augmentation de l'activité décorrélée de l'augmentation des effectifs. Il convient en effet de signaler que le volume de soins a augmenté de 3 % annuellement jusqu'en 2010, puis de 2 % à partir de 2015.

Selon la base Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), le nombre de personnels non médicaux (infirmiers, aides-soignants) à l'hôpital a augmenté de 0,7 % entre 2013 et 2017⁸² tandis que sur la même période, le nombre de patients suivis pour cancer aurait augmenté de 10,6 %, celui des patients traités pour Alzheimer⁸³ de 9,4 % et celui des personnes hospitalisées de plus de 80 ans de 17,4 %.

A la suite des plans d'économies qui se sont succédé, notamment au cours de ces dix dernières années, un certain nombre de services hospitaliers n'ont plus de marges de manœuvre pour réguler la masse salariale sans mettre en question la qualité et la sécurité des soins.

Soigner / compter : une inversion de l'échelle des valeurs ?

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) par la loi du 18 décembre 2003 a engendré des effets pervers : surconsommation d'actes, distinction entre disciplines jugées rentables (chirurgie, médecine de spécialité) et moins rentables (médecine générale, gériatrie), ou concurrence entre hôpitaux publics, allant jusqu'au choix de systèmes d'information incompatibles entre établissements proches. Ce dispositif qui enferme les professionnels de santé dans un modèle économique construit autour d'un nombre d'actes porte atteinte à la pertinence des soins. Nombre de nos voisins européens s'interrogent sur les raisons de la surmédicalisation qui affecte les Français dès lors qu'ils rentrent dans un parcours de soins. Cette dérive consommatrice d'actes inutiles est non seulement très coûteuse⁸⁴ mais présente également des risques pour la santé des patients.

⁸² Passant de 765 078 à 770 939 équivalents temps plein.

⁸³ La maladie d'Alzheimer atteint 38,4 % des femmes de 85 ans et plus contre 23,9 % chez les hommes du même âge.

⁸⁴ Selon la CNAM, dans son rapport charges et produits pour 2020, la dispensation de soins considérés comme non pertinents entraînerait des surcoûts de 20 à 30 % pour le système de santé, soit 40 à 60 milliards d'euros.

André Grimaldi, diabétologue et professeur émérite à la Pitié Salpêtrière, ne mâche pas ses mots quand il décrit le mode de gestion des hôpitaux publics : « *on a progressivement transformé l'hôpital en clinique commerciale produisant du soin standardisé programmé, un peu sur le modèle de la grande surface ou de l'entreprise d'aéronautique avec des chaînes de production. Cette transformation vise à la réduction ou à la suppression de tout ce qui n'est pas rentable⁸⁵ ou tout simplement pas tarifé, à la mutualisation des personnels au nom de la polyvalence, au toujours plus d'activité, toujours plus vite, et à l'optimisation du codage de l'activité⁸⁶ ».*

Focus sur la tarification à l'activité (T2A)

Pour comprendre sommairement le sujet, il convient de savoir que les établissements de santé sont financés à l'activité depuis le constat d'échec du budget global qui ne permettait pas aux établissements de disposer de recettes correspondant à leur flux de patients.

Le principe consistant à lier le financement des hôpitaux à leur activité fait largement consensus.

Ce qui fait en revanche débat aujourd'hui, c'est la part liée à l'activité et la nécessité d'un financement mixte qui prennent en compte les éléments majeurs suivants :

- le partenariat et la complémentarité entre établissements, alors que la tarification à l'activité favorise la concurrence (comme il faut « faire de l'activité », on « s'arrache » les patients !)
- la primauté de la pertinence des actes et de leur qualité sur leur quantité : cette discrimination conduit certains établissements à but lucratif à se spécialiser dans des actes rémunérateurs et surtout sans grand risque, laissant les malades lourds et pluri-pathologiques aux hôpitaux publics ;
- la nécessité d'un financement hors T2A des activités non directement liées au flux de patients mais néanmoins essentielles en matière de santé globale (prévention, recherche, innovation...). Ces activités, bien que déjà en partie financées hors T2A, demeurent largement sous-financées par rapport à la charge réelle qu'elles représentent pour les établissements et ne disposent en aucun cas de moyens pour se développer.

A ces critiques, on se doit d'ajouter que la T2A a été mise en place dans un contexte de fortes restrictions budgétaires (plan d'économies de l'Assurance Maladie), ayant eu pour effet d'inciter les établissements de santé à trouver des gains rapides de productivité⁸⁷ par le biais de deux contraintes principales durant cette période :

- d'une part, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)⁸⁸ toujours inférieur à l'activité des établissements de santé et à l'évolution de leurs charges. L'ONDAM, composé des différents segments de l'offre de soins (hôpitaux publics, privés, médecine de ville, secteur médico-social), est fixé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) votée chaque année par le Parlement ;
- d'autre part, des tarifs fixés chaque année à la baisse, par décision ministérielle.

C'est l'effet conjugué d'un ONDAM trop faible et de tarifs trop bas qui a poussé les hôpitaux à des gains de productivité trop brutaux face à une demande croissante de soins de la population (le vieillissement et les progrès techniques contribuant fortement à augmenter et à accélérer la demande). LA T2A n'est qu'un des vecteurs de cette dérive.

⁸⁵ André Grimaldi met sur le compte de la T2A la perte importante de la capacité d'accueil à l'hôpital. Se reporter au tableau des données de l'Insee en 3.3.2. qui traite du virage ambulatoire.

⁸⁶ Entretien sur silogora.org, mars 2018.

⁸⁷ La Fédération hospitalière de France (FHF) estime ces gains à 8 milliards d'euros en dix ans.

⁸⁸ Se reporter à la rubrique 2.1 du rapport : « L'économie de la santé : quelques clés de compréhension ».

Le rapport Véran⁸⁹ insiste sur le fait que le financement des établissements de santé doit reposer sur la qualité des soins. Or, cela suppose d'être en capacité de la mesurer, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Il faudrait pour cela recueillir l'expérience des soignants et celle des patients.

« On ne lèvera les inquiétudes légitimes que suscite la T2A que si l'on rétablit l'ordre des priorités : tout d'abord bien soigner, ensuite veiller à la bonne utilisation des ressources consacrées aux soins. (...) les mesures de la qualité des soins deviennent l'axe autour duquel s'organisent la régulation et la gestion des établissements de santé. »

Le rapport propose ensuite de limiter l'utilisation de la T2A à des activités standardisées et de *« réorganiser le mode de financement en fonction du parcours de soins, en privilégiant la valeur du soin »*.

Cette évolution portée aujourd'hui par de nombreux professionnels et spécialistes de la question est toutefois particulièrement compliquée à mettre en œuvre compte tenu d'un système actuellement très cloisonné et fonctionnant en silo. Elle suppose une coordination très forte et très organisée entre structures et acteurs de la santé, ainsi qu'un système d'informations particulièrement efficace et agile. Des expérimentations timides ont été entamées sans encore apporter le changement majeur attendu.

L'hôpital public ne fait plus rêver

La période 2015-2022 est un temps de forte tension en matière de démographie médicale, notamment pour les hôpitaux publics qui vont perdre 30 % de leurs effectifs en raison des départs en retraite des médecins nés dans les années 1950. Les **taux de vacances de postes dans l'hôpital public** sont de **30 % en moyenne** et la **quasi-totalité des établissements de soins publics** rencontre des **difficultés de recrutement**⁹⁰. Dans certaines spécialités, l'hôpital public ne parvient pas à rivaliser avec le secteur privé en termes de salaires. Marc Olivier Bitker, chef de service en uro-néphrologie à la Pitié-Salpêtrière témoigne sur ce fossé : *« Garder à l'hôpital public pour 4 500 euros mensuels des chirurgiens de niveau international devient difficile alors que le double leur est proposé dans le privé non lucratif et cinq fois plus dans le privé. Comment voulez-vous qu'ils résistent ?⁹¹ »*.

Depuis 2014, cinq spécialités connaissent une **forte pénurie** : la **radiologie** et l'**imagerie médicale** (42,2 % de vacance statutaire), l'**ophtalmologie** (39,8 %), la **médecine du travail** (39,2 %), l'**oncologie médicale** (37,6 %) et l'**anesthésie-réanimation** (37,2 %). Pour faire face, les directeurs d'établissements recourent à des médecins titulaires de diplômes étrangers. Dans certains hôpitaux (à Nevers, par exemple), plus de la moitié des praticiens en poste sont nés ou ont passé un diplôme initial de médecine hors de France. La pénurie est telle que le **recours aux médecins intérimaires payés à prix d'or** est **généralisé**, et parfois même de manière exclusive. Ce recours massif aux intérimaires est non seulement très coûteux⁹² mais il perturbe le travail d'équipe et risque donc potentiellement de dégrader la qualité des soins.

⁸⁹ Le rapport « L'évolution des modes de financement des établissements de santé, Une nouvelle échelle de valeur » du Dr Olivier Véran (aujourd'hui ministre de la santé et des solidarités) a été remis le 4 avril 2017 à Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé.

⁹⁰ 97 % selon une enquête menée à l'été 2019 par la FHP.

⁹¹ Le Monde, 14 novembre 2019 : « La tentation du départ des médecins du public ».

⁹² Lire l'article « L'hôpital malade de l'intérim » publié dans Les Echos du 14 novembre 2019. Il y est précisé qu'un urgentiste par intérim coûte 2 400 euros pour 24 heures (le tarif réglementé est de 1 287 euros en 2020) en période normale et de 3 900 euros en période de tension.

Le cas des infirmiers

« On nous demande d'être des techniciens de soins en série, des robots efficaces. J'adore mon métier, mais je n'arrive plus à l'exercer »⁹³.

« On court tout le temps, j'ai comme un nuage de mémos adhésifs qui tournent dans ma tête, c'est usant⁹⁴ ».

Dans ce contexte, il convient de souligner la faible rémunération des infirmiers hospitaliers en France, parmi les plus basses observées dans les pays de l'OCDE⁹⁵. Selon les derniers chiffres de l'OCDE remontant à 2015⁹⁶, les 500 000 infirmiers français perçoivent une rémunération inférieure de 6 % au salaire moyen du pays.

Quand on sait pourtant qu'un quart des étudiants infirmiers ne finissent pas leurs études et qu'un tiers des infirmiers ne finissent pas leur carrière, il semblait urgent de revaloriser la profession. Un train de mesures a été annoncé par le gouvernement à l'issue du Ségur de la santé :

SÉGUR
DE LA SANTÉ

MESURE 1 – revaloriser les professionnels de santé et renforcer l'attractivité de l'hôpital public

MESURE 2 – permettre aux établissements publics de santé de négocier et aménager à leur niveau le temps de travail

MESURE 5 – augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés

MESURE 6 – accélérer le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA)

MESURE 7 – lancer une réflexion sur la création d'une profession médicale intermédiaire

L'Ordre des infirmiers, à la fois présent à l'hôpital et en ambulatoire, salue la reprise de certaines de ses propositions qui vont dans le sens d'une revalorisation globale de la profession infirmière. Il estime toutefois que d'autres évolutions sont encore nécessaires, notamment en matière de prescription infirmière, de consultation et en faveur d'une meilleure reconnaissance des spécialités infirmières.

3.2.2 L'embolie des services d'urgences

« Il y a urgence aux urgences »⁹⁷

Les services des urgences sont devenus les lieux de cristallisation des dysfonctionnements du système de santé.

La suppression en 2003 de l'obligation des gardes dans le secteur libéral a contribué à l'asphyxie des services d'urgences. Cédant aux pressions des syndicats de médecins, Jean-François Mattéi, alors ministre de la santé, décide que la permanence des soins (gardes médicales) reposerait désormais sur le volontariat. C'est à partir de cette période que les services d'urgences, ouverts 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, deviennent de plus en plus fréquentés jusqu'à atteindre une **hausse de 96 % entre 1996 et 2015** (chiffres de la DREES).

⁹³ Propos d'une infirmière exerçant depuis dix ans dans un service de chirurgie d'un hôpital de Toulouse (avec une rémunération nette de 1 600 euros par mois).

⁹⁴ Le Monde, 9 juin 2020 : « Faut-il assouplir les 35 heures à l'hôpital ? ».

⁹⁵ Le Panorama de la santé de l'OCDE 2019 (voir graphique en annexe) indique une rémunération annuelle de 38 500 euros pour les infirmiers exerçant à temps plein à l'hôpital, plaçant la France uniquement devant les pays de l'Europe de l'est, le Portugal, la Grèce et le Mexique (valeurs converties en euros et ajustées en parité de pouvoir d'achat).

⁹⁶ Voir graphique en annexe.

⁹⁷ Slogan récurrent des urgentistes à l'occasion des manifestations ayant eu lieu en 2019.

Dans ce contexte, il est aujourd'hui **estimé qu'un passage aux urgences sur deux devrait être pris en charge en ville plutôt qu'à l'hôpital.**

Au 31 décembre 2016⁹⁸, environ 9 500 médecins travaillaient au sein de services d'urgence. Depuis 2013, leur nombre a augmenté de 13 %, soit un rythme légèrement inférieur à celui de la progression de l'activité (15 % sur la même période). Toutefois, le mode d'exercice s'est profondément transformé entre 2013 et 2016 : la proportion de médecins travaillant à temps partiel est de 77 % en 2016, contre 46 % en 2013.

On entend souvent que les difficultés de l'hôpital public ne viendraient pas essentiellement d'un manque de moyens financiers, matériels et humains, mais d'un problème d'organisation et d'efficacité. Pourtant, une analyse des chiffres met en cause d'autres éléments : doublement du nombre de passages aux urgences en 20 ans (de 10 à 21 millions), augmentation de 11 % de l'activité dans le secteur public hospitalier entre 2005 et 2009 tandis que l'emploi ne progressait que de 4 %.

L'expérience des Pays-Bas : la création de coopératives de généralistes

Dans les années 2000, la plupart des médecins libéraux aux Pays-Bas se sont réorganisés en 130 coopératives (regroupant 40 à 250 médecins pour 100 à 500 000 habitants, majoritairement situées à proximité d'un hôpital), notamment en vue d'assurer des soins non programmés (y compris la nuit et le week-end). Les patients accèdent à ces services par un numéro unique régional au sein duquel l'orientation est assurée par des infirmiers. Ce mode d'organisation a des effets favorables : le nombre de patients pris en charge par l'accueil « soins primaires » s'est accru de 25 %, tandis que l'accès direct au service d'urgence a baissé de 52 %.

3.2.3 Le cas très critique de la psychiatrie

La loi du 30 juin 1838 instaure la création, dans chaque département de France, d'établissements spécialement destinés à accueillir et soigner les « aliénés ». Elle introduit les règles de l'hospitalisation en psychiatrie et institue de fait la **psychiatrie comme la première spécialité médicale en France.**

Il est intéressant de souligner que cette loi n'a été modifiée qu'en 1990, ce qui témoigne à la fois de son caractère novateur au XIX^e siècle mais aussi de la difficulté de la société française à appréhender la maladie mentale. Depuis une vingtaine d'années, force est de constater que la **psychiatrie publique a été abandonnée**, ce qui explique l'état dans lequel elle se trouve aujourd'hui.

Une circulaire de 1960 avait réorganisé la psychiatrie française autour du principe de la sectorisation en aires de 70 000 habitants. Bien qu'elle ait favorablement contribué au développement des soins ambulatoires, la rigidité de son principe n'a pas permis de prendre en compte les évolutions du système de santé, des malades et de la société.

La psychiatrie est la spécialité médicale, hors médecine générale, qui regroupe le plus de médecins.

La France compte plus de 15 000 psychiatres en exercice, soit **22,8 psychiatres pour 100 000 habitants**⁹⁹ (contre 15,5 en moyenne dans les pays de l'OCDE). S'ils sont donc

⁹⁸ Données issues du rapport public annuel de la Cour des comptes (février 2019).

⁹⁹ A titre de comparaison, la France compte 10,4 cardiologues et 8,9 ophtalmologistes pour 100 000 habitants.

nombreux, ils sont en revanche **mal répartis sur le territoire**. Ainsi, quand Paris en compte 97,8 pour 100 000 habitants, la Vendée n'en compte que 9,3 ! Autre élément inquiétant : il n'y a que 15,1 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes et ces chiffres fluctuent de 4 à 23 selon les départements (il s'élève à 100 en région parisienne).

Un peu moins de la moitié des psychiatres exerce à l'hôpital¹⁰⁰, un tiers en libéral et les 20 % restants ont un exercice mixte libéral et public, ou sont salariés dans d'autres types de structures. Dans le secteur public, on constate **28,7 % de vacance** pour les **postes de praticiens hospitaliers à temps plein** et jusqu'à **49,8 % pour les postes à temps partiel**.

L'« hospitalo-centrisme » a coupé la psychiatrie de la médecine de ville et des généralistes. Or, un recours excessif à l'hospitalisation, faute de solutions d'aval mais aussi de possibilités de prises en charge en amont, ont un coût pour le malade et pour la société : le patient y perd en autonomie et court le risque d'une aggravation de son état, tandis que le coût complet d'une hospitalisation – de l'ordre de 600 euros par jour – pèse sur les finances de l'Assurance maladie. Les structures de soin, empilées au fil du temps et sans coordination entre elles ont conduit à une dégradation moyenne de l'offre de soins, tandis que l'innovation et la recherche se sont trouvées quant à elles marginalisées.

Suivant les régions, le **recours à l'hospitalisation de longue durée varie fortement** avec un rapport de 1 à 30 entre les Alpes-de-Haute-Provence et la Haute-Saône, par exemple. Il est constaté que plus le personnel médical est important dans un établissement, plus les séjours sont courts.

Pourtant, des **alternatives à l'hospitalisation complète** existent même si elles sont **très insuffisamment développées** : appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile, associations spécialisées dans l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en souffrance.

Des exemples issus de pays voisins démontrent pourtant que rien n'est inexorable dans ce domaine : au Royaume-Uni, la priorité est donnée à l'autonomie des patients, les soins y sont coordonnés et il existe une forte spécialisation pour le traitement de la schizophrénie ; au Danemark, l'accent est placé sur l'inclusion sociale, une prise en charge hors hospitalisation et un plan de lutte contre la dépression ; la Suisse privilégie quant à elle un plan de détection et de prise en charge précoce des maladies mentales.


L'augmentation spectaculaire, au cours de ces dix dernières années, du nombre de conseils locaux de santé mentale (CLSM)¹⁰¹ au sein desquels échangent des élus, des représentants de la police et de la justice, des responsables de pôles de psychiatrie, des associations d'usagers, des membres de l'Education nationale, des bailleurs sociaux et des associations culturelles, atteste d'un **véritable besoin de concertation et de coordinations des actions menées au niveau local**.

¹⁰⁰En France, 60 % du personnel psychiatrique est intra-hospitalier alors que les recommandations de l'OMS mettent en avant une répartition où l'hospitalier représenterait 40 % des effectifs.

¹⁰¹ En 2019, il existait 4 CLSM en Normandie (tous situés en ex- Basse-Normandie) : Caen, Bayeux, Cherbourg et Picauville.

Citons Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca pour clore cette rubrique extrêmement succincte sur la psychiatrie qui nécessiterait, comme nous l'avons déjà souligné, d'être beaucoup plus largement développée : « *La psychiatrie, tout comme hier la cancérologie, doit donc devenir une grande cause nationale et faire l'objet d'une refondation radicale. Les enjeux qu'elle représente en termes de santé publique, mais aussi d'impact sur l'économie et la société, justifient de l'ériger en laboratoire de la transformation de notre système de santé* »¹⁰².

**SÉGUR
DE LA SANTÉ**

 **MESURE 31** – Une enveloppe de 40 millions d'euros est annoncée pour « renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population » sans plus de précisions dans le dossier de presse des conclusions du Ségur de la santé. Le caractère souvent parcellaire ou imprécis des premiers éléments communiqués par l'Etat a donc soulevé plus d'interrogations que d'enthousiasme au sein de la discipline.

3.2.4 Une médecine libérale en forte mutation et très inégalement répartie sur les territoires

Le rapport 2017 du Conseil national de l'Ordre des médecins comptabilisait 290 974 médecins inscrits au 1^{er} janvier, dont 75 003 retraités. Sur la période 2007-2017, les effectifs ont augmenté de 15 % mais ce pourcentage masque une autre réalité : une augmentation de seulement 0,9 % pour les médecins en activité régulière mais un bond de 93 % pour les médecins retraités.

Il convient de souligner une autre donnée importante qui témoigne d'une profession en pleine mutation : **62 % des nouveaux médecins qui se sont inscrits à l'Ordre en 2018 étaient salariés** quand seulement 12 % d'entre eux exerçaient en libéral. Les jeunes médecins généralistes, qui aspirent à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, ont en effet une préférence pour le salariat et l'exercice regroupé.

Avec 3,4 praticiens pour 1 000 habitants, la France se situe légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) mais aussi – comme on l'a noté plus haut – en-deçà de la moyenne des pays de l'UE. Entre 2000 et 2018, le nombre de médecins a augmenté d'environ 10 %. Quant au *numerus clausus*, régulièrement évoqué dans les médias comme la cause principale des déserts médicaux, il a crû de 75 % depuis 1971, date de sa création. Entre 2011 et 2020, il était fixé chaque année à 8 000 places.

A la lumière de ces chiffres, on s'aperçoit que **ce n'est probablement pas tant le nombre de médecins qui pose problème en France mais véritablement leur répartition sur le territoire**. On peut avoir un aperçu de l'ampleur des écarts quand on compte par exemple 554 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Paris intramuros contre seulement 108 dans le département de l'Eure.

¹⁰² Lire l'excellent ouvrage de Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca : *Psychiatrie, l'état d'urgence* (2019, Ed. Fayard).

Il convient malgré tout de souligner qu'un nombre insuffisant de médecins a été formé entre 1990 et 2005 et que les répercussions en termes de démographie médicale devraient connaître la période la plus critique entre 2021 et 2025, selon les estimations du Conseil national de l'Ordre. Le pourcentage d'enseignants de médecine générale reste très faible dans chaque faculté au regard du nombre d'étudiants à former et comparativement au nombre d'universitaires des autres spécialités : 1 pour 100 internes en médecine générale versus 1 pour 10 internes dans les autres spécialités. Il convient également d'avoir à l'esprit qu'environ un quart des étudiants en médecine n'exerceront pas.

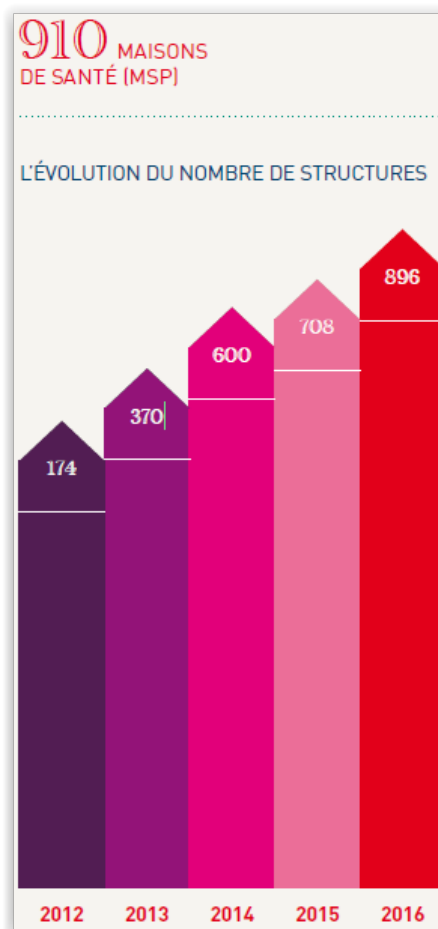
La médecine générale attire moins que d'autres spécialités : actuellement, sur une promotion de 100 étudiants en fin d'études, seuls 25 % environ s'installeront en médecine ambulatoire dont 15 % en médecine générale.

L'histoire de la régulation de la médecine de ville est celle de rapports conflictuels avec l'Etat. Une frange très importante de médecins revendique la liberté d'installation, de prescription, de tarification, ce qui n'est pas sans conséquence sur la socialisation du soin.

L'Etat a fait le choix, dans la loi Ma santé 2022, de ne pas remettre en cause la liberté d'installation des médecins, en expliquant que la coercition risquait fortement de les faire fuir, dans un contexte où environ 20 % des jeunes médecins arrêtent ou ne pratiquent pas la médecine.

Face à cette difficulté majeure à laquelle il est pourtant urgent de remédier, certains préconisent – dont la Cour des Comptes et le Conseil économique social et environnemental (CESE) – un **principe de conventionnement sélectif, tel qu'il existe déjà pour les infirmiers ou une implantation territoriale régulée comme pour les pharmaciens**, qui permettrait de conditionner le conventionnement des médecins à la réalisation de consultations régulières en zones sous-denses.

Le **mode de rémunération des médecins**¹⁰³, traditionnellement fondé sur le paiement à l'acte en France (que l'on pratique également en Allemagne, Autriche, Belgique et Grèce), évolue vers une **part croissante de salariat** (mode également pratiqué en Espagne, Finlande, Suède, Islande et au Portugal).



¹⁰³ Le Royaume-Uni, les Pays-Bas, le Danemark, l'Italie et l'Irlande pratiquent quant à eux un mode de rémunération par capitation : il s'agit d'une rémunération forfaitaire versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet pour une période donnée (que le malade consulte une ou plusieurs fois ou non).

3.2.5 La place croissante des pôles et maisons de santé

La **maison de santé pluridisciplinaire** et l'**exercice pluri-professionnel de proximité** ont été **définis et reconnus par la loi Bachelot de 2010** puis par différents textes qui ont suivi (loi Fourcade 2011, loi de modernisation 2016...).

Les principes en sont les suivants :

*Source : Chiffres clés de l'offre de soins
(DGOS, 2018)*

- ✓ Un exercice pluri-professionnel coordonné du premier recours permettant d'améliorer l'efficacité des soins ;
- ✓ une fluidification du parcours du patient ;
- ✓ un exercice professionnel rendu plus attractif dans un environnement sociologique en mutation.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a donné un cadre juridique général à l'exercice médical coordonné, à travers la création d'équipes de soins primaires¹⁰⁴. Cet exercice coordonné peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

Si les **centres de santé** se sont largement déployés **en milieu urbain**, les **maisons de santé pluri-professionnelles** (MSP) se trouvent le plus souvent **en milieu rural** (pour 80 % d'entre elles). Le nombre total de ces dernières est passé de 240 en 2013 à **1 268 en 2019** (avec une augmentation importante de 39 % depuis 2017).

Pour inciter les professionnels à se regrouper et à se coordonner, différents outils ont été mis en place:

- ✓ Des outils conventionnels pour les médecins qui y exercent ;
- ✓ des appuis de certaines collectivités territoriales pour la construction de bâtiments sous condition de rédaction d'un projet de santé et d'implantation en territoires déficitaires ;
- ✓ des forfaits pour les équipes constituées.

145

Focus sur les centres de santé :

Ils peuvent être **municipaux, associatifs ou coopératifs**.

Sur les **1 700 centres de santé en France**, **un seul** existe à ce jour **en Normandie** : celui de Cherbourg, qui a un statut coopératif ; il ne reçoit pas d'aides de l'ARS mais bénéficie de subventions d'équilibre de plusieurs municipalités. Un autre est en cours d'élaboration dans l'Orne.

A la différence des PSLA, ils sont **composés de médecins salariés**¹⁰⁵.

Au sein d'un centre de santé coopératif, les usagers sont directement associés à sa gestion et à l'organisation du projet ; ils ont donc voix au chapitre au même titre que les autres coopérateurs.

L'expérience montre dans les faits que la principale condition de réussite d'une maison de santé est l'existence préalable d'un projet territorial de santé. En effet, la plupart des aides

¹⁰⁴ L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique définit une équipe de soins primaires comme un « ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent ».

¹⁰⁵ Pôle de santé libérale et ambulatoire.

financières à l'installation, quoique substantielles, sont inefficaces, l'assurance d'une qualité de vie professionnelle et personnelle étant en réalité l'incitation majeure à l'installation dans un territoire donné. Il en résulte des effets d'aubaine excessifs. Dans son atlas 2017 de la démographie médicale, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) observait que la quasi-totalité des installations de médecins se faisait en dehors des zones déficitaires déterminées par les ARS, bien que ce zonage ouvre des droits à l'installation.

3.3 Des enjeux et des défis majeurs

Alors que le combat du XX^e siècle aura porté sur la lutte contre des pathologies dites aiguës, le combat du XXI^e portera essentiellement sur les pathologies chroniques. Aujourd'hui, **80 % des personnes meurent de pathologies chroniques** en France, comme dans la plupart des pays développés.

La France est confrontée à un phénomène de transition démographique sans précédent qui prend toute son ampleur entre 2010 et 2030. A partir de 2030, les baby-boomers auront plus de 85 ans, ce qui intensifiera fortement le risque de dépendance en France.

La médecine en France s'est structurée à partir des ordonnances de 1958 autour de l'hôpital, ce qui a permis au pays de développer une médecine de haut niveau. Ce contexte a favorisé le développement de spécialités et d'hyper-spécialités mais aussi l'organisation hospitalo-centrée que nous connaissons : **la France consacre 37 % de l'ensemble des dépenses de santé à l'hôpital** contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE.

146

Il convient de rappeler que la spécialité de médecine générale est une création récente dans les textes (dont la création d'un diplôme d'études spécialisées en 2004). Cette reconnaissance tardive de la spécialité médicale dédiée aux soins primaires ambulatoires illustre le retard français dans le virage ambulatoire induit par la triple transition démographique, épidémiologique et technologique.

3.3.1 La coordination des soins

Chacun s'accorde désormais à dire que le cloisonnement actuel entre ville et hôpital est incompatible avec la définition de parcours de santé cohérents.

Le plan Ma santé 2022 a pour ambition de tendre vers une meilleure organisation des professionnels de santé (soignants en ville et à l'hôpital) appelés à travailler ensemble autour de projets de santé adaptés aux besoins des personnes et des territoires. Il est souhaité que chaque Français puisse être soigné tous les jours de la semaine sans devoir passer par l'hôpital.

Sur le site du Ministère des solidarités et de la santé, il est précisé que « *L'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022. Les soins de proximité doivent s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).* »

Quoi qu'il en soit, il semble que le principe de l'exercice isolé ait peu d'avenir si l'on en croit les résultats de l'enquête de la commission des jeunes médecins du CNOM réalisée en 2019, révélant que seuls 3 % des internes envisageraient un exercice libéral isolé.

La Fédération hospitalière de France (FHF) défend quant à elle un système de santé reposant sur le concept de « **responsabilité populationnelle** ». Né au Québec, ce dernier vise à assurer, de manière coordonnée entre tous les acteurs de soins, une prise en charge partagée des patients. Une phase test de ce concept est en cours sur cinq territoires français volontaires : l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, le Douaisis, les Deux-Sèvres et la Haute-Saône.

Cette approche s'apparente à « *l'integrated care* » (soins coordonnés et continus) prôné par l'OMS. Située à l'opposé des soins fragmentés et épisodiques, individuelle ou collective, elle est pensée de telle façon que les patients reçoivent un continuum de services allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs et de réadaptation, en passant par la prévention des maladies et la gestion des interventions médicales. Au Pays basque espagnol, des soins intégrés collectifs ont par exemple été expérimentés dans le cadre d'une stratégie de lutte contre la maladie d'Alzheimer et les affections connexes. L'intégration a reposé sur la fusion de structures hospitalières et de soins primaires en une seule organisation.

L'ensemble des dispositifs de soins intégrés demeure encore relativement inconnu en France. Il existe néanmoins quelques initiatives isolées qui opèrent à l'échelle d'un établissement, d'un service ou encore d'une collectivité territoriale, dans le cadre d'une communauté de santé par exemple.

3.3.2 Le virage ambulatoire

Le « virage ambulatoire » engagé par l'Etat est une réforme qui doit permettre de remettre à plat l'organisation de notre système de santé, de quitter une logique de silos pour aller vers des modes d'organisation répondant mieux aux besoins et attentes des personnes. Le virage ambulatoire ne se résume donc pas à une réforme de l'hôpital mais à une réforme totale, notamment de l'organisation des soins de premier recours.

Ce virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé.

Lits installés en hospitalisation complète

Au 31 décembre	1998	2003	2016	2017	2018 (p)
Secteur public	313 315	308 013	250 104	246 395	243 326
Secteur privé	175 395	160 405	154 144	153 470	152 367
Total	488 710	468 418	404 248	399 865	395 693

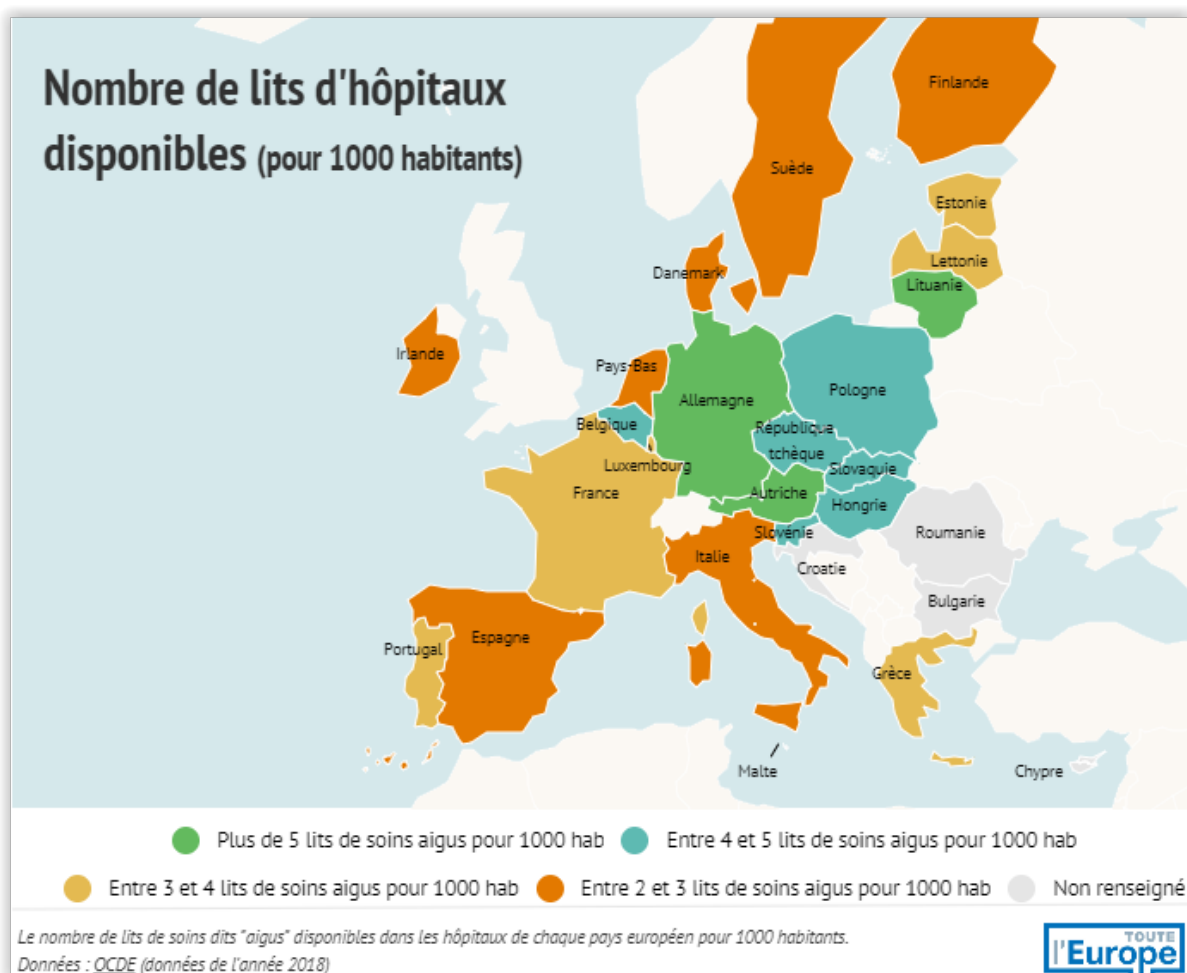
Champ : France métropolitaine pour 1998, France hors Mayotte pour 2003 et y c. Mayotte à partir de 2011 ; y c. service de santé des armées à partir de 2003.
Source : Drees, enquêtes SAE 1998 à 2018.

Entre 2000 et 2013, il a été enregistré une baisse de 15 % du nombre de soins prodigués par les généralistes aux patients. En parallèle, on constatait une hausse de 9 % par an

des soins dans les services d'urgence et les consultations externes des hôpitaux. Ces chiffres éloquents font plutôt état d'un « virage hospitalier » dont l'engorgement des urgences est l'un des principaux symptômes.

Le défi d'un virage ambulatoire ne peut s'envisager qu'à travers une **profonde réorganisation à l'amont et à l'aval de l'hôpital pour faire face au transfert d'activité**. Face à un nombre de médecins de généralistes qui décroît et une tendance à la baisse de leur temps de travail, l'environnement médical est-il prêt à réaliser ce transfert ? Rien n'est moins sûr.

Par ailleurs, si les soins ambulatoires présentent des avantages certains, ils ne peuvent s'appliquer uniformément auprès de l'ensemble des patients, notamment auprès des personnes âgées ou isolées. Il est à craindre qu'une partie des dépenses de santé soit reportée sur le patient et son entourage, risquant encore d'aggraver les inégalités en matière d'accès aux soins.



La carte ci-dessus comptabilise le nombre de **lits d'hôpitaux de soins dits « aigus »** dans les hôpitaux de chaque pays européen. La **France compte 3,09 lits de ce type pour 1 000 habitants** tandis que l'Allemagne en compte 6,09.

Il est intéressant de souligner que la Pologne, dont les performances de santé sont inférieures à celles de la France, dispose de 4,85 lits pour 1 000 habitants tandis que la Suède, dont le système de santé est reconnu, ne compte en revanche que 2,02 lits pour 1 000 habitants.

En 2018, comme partout en France, le développement de l'activité ambulatoire se poursuit en Normandie, que ce soit en chirurgie – en particulier sur l'activité d'ophtalmologie – ou en médecine hospitalière de jour, portée par le CHU de Rouen et les établissements privés. L'activité d'obstétrique normande suit quant à elle la même tendance que celle observée dans la France entière, avec un nombre de séjours en baisse et une diminution de la durée moyenne des séjours.

Toutefois, le virage ambulatoire visé est ralenti par une hausse de l'activité médecine en hospitalisation complète pour des activités avec des patients souvent âgés : urologie, soins palliatifs, pneumologie et rhumatologie.

Le virage ambulatoire s'accompagne inexorablement de fermetures de lits d'hôpitaux. S'agissant de la Normandie, on constate par exemple que la capacité des lits en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) a été amputée de 815 lits entre le 31 décembre 2013 et le 31 décembre 2018¹⁰⁶. Ce type d'évolution n'est pas sans poser question, on l'a vu, lorsqu'il s'agit d'endiguer une épidémie de l'ampleur du coronavirus, même si la Normandie a été par chance, à cette occasion, moins sévèrement touchée que d'autres régions.

SÉCURITÉ
DE LA SANTÉ

- ✚ **MESURE 12** – *il n'est pas proposé de création de lits hospitaliers, comme le réclamaient les médecins et les syndicats, mais le financement d'ouverture ou de réouverture de 4 000 lits « à la demande », permettant de s'adapter à une suractivité saisonnière ou épidémique (et de fluidifier l'aval des urgences).*



¹⁰⁶ Capacité passant de 11 046 lits en MCO en Normandie à 10 231 lits (Statistique Annuelle des Etablissements de santé S.A.E. Diffusion).

3.3.3 Le virage numérique

On se rend compte combien le recours au numérique compte en matière de santé lorsque l'on sait que la **carte des déserts médicaux en France recouvre celle des zones les moins bien dotées en débit numérique**.

Cinq grandes orientations sont édictées dans le plan d'accélération du virage numérique du plan Ma santé 2022 :

- Renforcer la gouvernance du numérique en santé ;
- intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé ;
- accélérer le déploiement des services numériques socles ;
- déployer au niveau national des plateformes numériques de santé ;
- soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.

*Dossier de presse de la feuille de route
" Accélérer le virage numérique » (Ma santé 2022)*

Ainsi, l'article 45 de la loi prévoit d'ici 2022 l'**ouverture d'un espace numérique de santé pour chaque usager**, permettant de regrouper des services existants (dont le dossier médical partagé et l'application Ameli) afin de faciliter les échanges entre patients, professionnels et établissements de santé, d'améliorer l'information des usagers du service public et de leur permettre d'évaluer la qualité des soins.

La télémédecine

On ne sait pas toujours que la **télémédecine est née au milieu du XX^e siècle** à l'initiative de médecins et que la France faisait partie, avec la Norvège, des pionniers en Europe dans ce domaine. Elle s'est laissée depuis distancer : la stratégie nationale de télémédecine lancée en 2011 pour la période 2012-2016 n'a pas bien fonctionné. On peut tirer au moins trois leçons de cette expérience passée¹⁰⁷ :

- ✓ la nécessité d'une véritable volonté politique pour assurer la réussite d'une stratégie nationale ;
- ✓ la nécessité d'un mode de financement clair et assuré pour que les soignants et établissements de santé intègrent la télémédecine dans leurs pratiques ;
- ✓ la nécessité, enfin, de former les professionnels de santé à la télémédecine.

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 précise les différentes pratiques médicales qui se rattachent à la télémédecine :

- la **téléconsultation** : consultation à distance d'un patient par un professionnel de santé médical ;
- la **télé-expertise** : échange à distance d'avis d'experts de santé sur le dossier d'un patient ;
- la **télesurveillance médicale** : suivi d'un patient à son domicile par des professionnels médicaux ;
- la **téléassistance médicale** : assistance à distance d'un professionnel médical à un professionnel de santé non médical ;

¹⁰⁷ Lire le n° 101 (décembre 2017) de l'adsp du Haut Conseil de la Santé Publique à ce sujet.

- la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

La **loi de financement de la sécurité sociale pour 2018** a inscrit la **télé médecine dans un régime de droit commun**, mettant fin à la phase expérimentale qui en limitait le déploiement. Depuis 2018, les téléconsultations sont prises en charge par l'Assurance Maladie et cette dynamique a même été prolongée par l'article 53 de la loi du 24 juillet 2019 autorisant les pharmaciens et les auxiliaires médicaux à réaliser des actes par le biais des technologies de l'information et des communications via la reconnaissance du « **télésoin** ».

L'essor de la télé médecine chez nos voisins européens

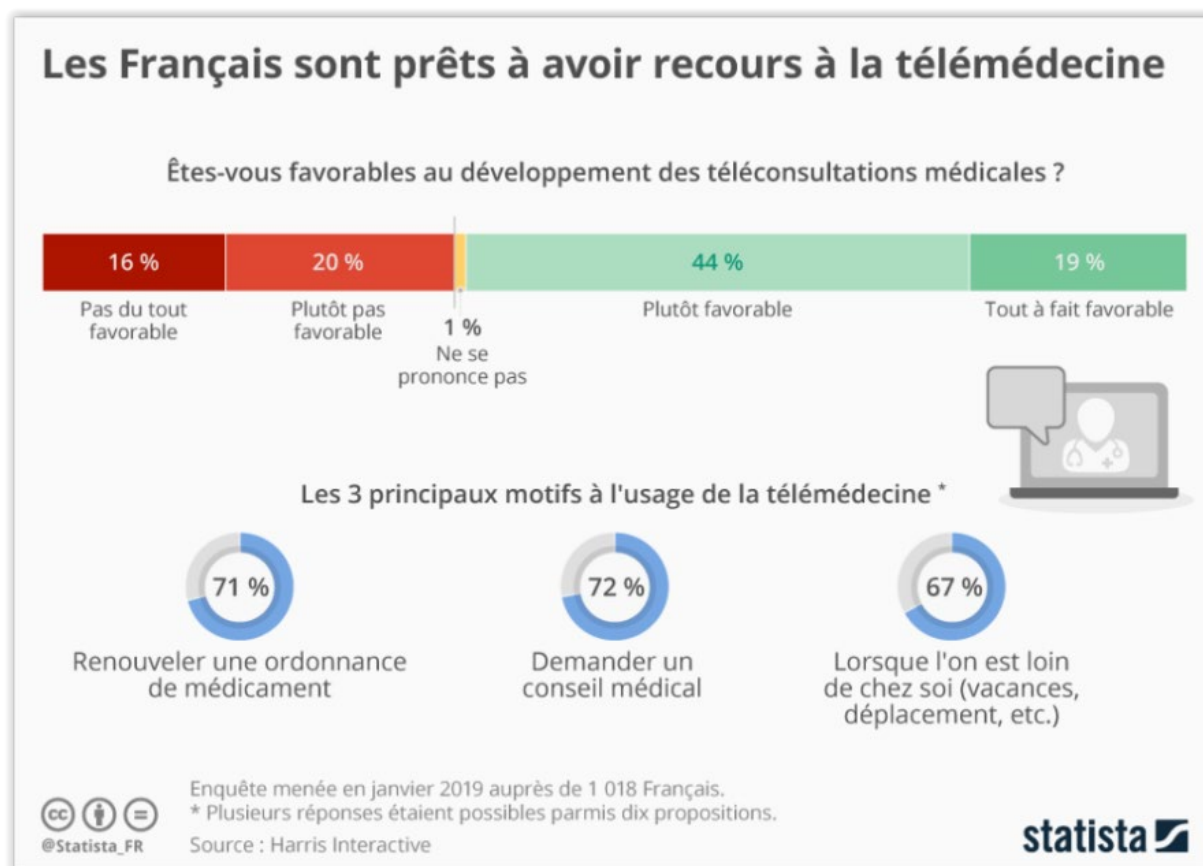
80 % : c'est le **taux de croissance, en termes de revenus, du marché suédois de la télé médecine** entre 2012 et 2017. 95 % des prescriptions se font sous format électronique. Si l'on rapporte la situation de la Suède, qui a généralisé le principe de la téléconsultation il y a deux ans, à celle de la France, qui se lance tout juste, les perspectives qu'offrent la filière e-santé en France, tant pour les médecins que pour les patients, sont plus que prometteuses.

90 millions d'euros : c'est la **somme économisée par le NHS** (National Health Service, l'équivalent de l'Assurance Maladie en **Angleterre**) grâce au développement de la télé médecine entre 2012 et 2017. La généralisation de la téléconsultation a non seulement permis le développement, comme en Suède, d'un nouveau marché pour les acteurs de l'e-santé (avec emplois à la clé), mais représente également une réponse concrète aux problématiques budgétaires auxquelles font face les organismes publics dans le domaine de la santé (prise en charge des frais de transport pour les personnes à mobilité réduite, engorgement des urgences et des lits d'hôpitaux, etc.).

Force était de constater avant mars 2020 – soit avant la pandémie de Covid-19 – que les résultats étaient décevants : quand l'Assurance Maladie espérait 500 000 consultations annuelles, seuls 60 000 actes en ligne avaient été remboursés en septembre 2019. Élément bien plus décevant encore : seulement 16 % des bénéficiaires résidaient en zones rurales, les plus exposées à la pénurie de médecins et la quasi-totalité des actes de télé médecine pris en charge par l'Assurance Maladie était effectuée auprès de patients disposant d'un médecin traitant. Ces résultats médiocres sont essentiellement dus à des mesures restrictives¹⁰⁸ qui nécessitent un assouplissement.

Un sondage réalisé en janvier 2019 autour de la télé médecine indiquait que près de 2 personnes sur 3 étaient prêtes à y recourir, particulièrement pour les motifs figurant dans l'encadré qui suit :

¹⁰⁸ Les patients ne disposant pas de médecin traitant peuvent seulement à titre dérogatoire bénéficier d'une prise en charge d'une téléconsultation : celle-ci doit s'effectuer auprès d'un médecin relevant d'une organisation territoriale, notamment d'une CPTS (dont le déploiement sur l'ensemble du territoire est actuellement incomplet).



Il serait intéressant d'effectuer le même sondage au sortir de la crise du coronavirus. En effet, entre le 6 et le 12 avril 2020, en pleine période épidémique, l'Assurance Maladie remboursait plus d'un million de téléconsultations médicales, contre moins de 10 000 par semaine au début du mois de mars 2020¹⁰⁹. Selon Doctolib, les médecins généralistes proposant ce service réalisaient à cette période 46 % de consultations de plus que ceux qui ne le proposaient pas. Une étude Ipsos révèle que près d'un professionnel sur deux (48 %) souhaiterait dès aujourd'hui « accélérer » le développement de la télémédecine.

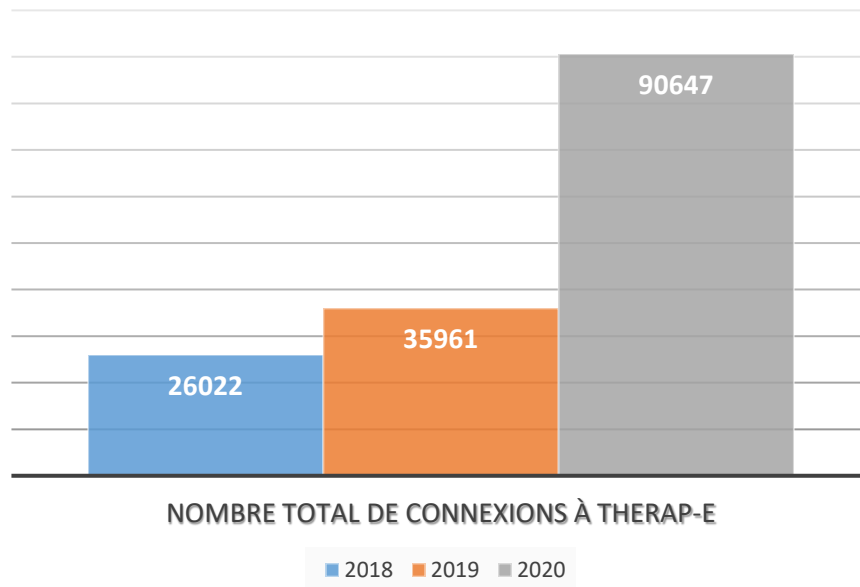
En juin 2020, Doctolib communiquait que la part des médecins faisant appel à ses services en Normandie représentait 3 % de son « vivier » à l'échelle nationale et que les vidéoconsultations via Doctolib représentaient la même proportion¹¹⁰. La plateforme de téléconsultations Livi, créée en Suède en 2015 et offrant ses services en France, fait remarquer que c'est essentiellement dans les zones péri-urbaines et autour des grandes métropoles, auprès de patientèles jeunes ou familiales, éduquées au numériques, qu'elle intervient.

En Normandie, l'utilisation de la plateforme de télémédecine baptisée « Therap-e » – permettant de réaliser tout acte de téléconsultation, téléexpertise, téléassistance et télésurveillance – a explosé pendant la crise sanitaire du coronavirus, comme le montrent ces chiffres (arrêtés au 15 juin 2020) communiqués par normand'e.santé¹¹¹ :

¹⁰⁹ Entre septembre 2018 et décembre 2019, seules 138 000 téléconsultations avaient fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie.

¹¹⁰ Lire l'article publié par lagazette.fr le 19 juin 2020 : « Boostée par la crise, la téléconsultation ne réglera pas les déserts médicaux ». En comparaison, la région Ile-de-France représentait 34 % des médecins équipés de la solution Doctolib et 39 % des vidéoconsultations.

¹¹¹ Créé en 2009, Normand'e-santé (NeS) est un groupement régional d'appui au développement de la e-santé qui constitue le maître d'ouvrage préférentielle de l'ARS Normandie pour la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé. Voir en annexe la palette des missions et services que la structure recouvre.



Téléconsultations en Normandie (chiffres arrêtés au 15 juin 2020) – Source : normand.e.santé

A cette période, ont été comptabilisées jusqu'à 1 000 consultations par jour, alors que l'on constatait auparavant une moyenne de 60 consultations par semaine.

Il est intéressant de noter que les médecins hospitaliers sont pratiquement aussi nombreux que les médecins de ville à avoir recours à la plateforme Therap-e. Il convient enfin de souligner l'appétence forte des psychiatres pour la télé médecine, ces derniers ayant constaté que la consultation à distance permettait un échange de plus grande qualité avec un patient, lequel est moins agité.

Le Dossier médical partagé (DMP)

L'essaimage lent et laborieux du Dossier médical partagé (DMP) pourrait donner à penser que les Français sont plutôt réticents à recourir à des outils numériques dans la gestion et le suivi de leur santé. Dans les faits, il semblerait que ce soit dans un premier temps les professionnels de santé eux-mêmes qui perçoivent cet outil comme venant s'ajouter au travail administratif lourd qui leur incombe déjà et qui leur vole du temps médical.

Dans son rapport d'activité 2018, l'ARS Normandie comptait 154 818 DMP créés dont 66 960 étaient alimentés. A cet égard, il serait intéressant de connaître plus finement le degré « d'alimentation » des dossiers.

Outre le DMP, l'ensemble des infrastructures sanitaires souffrent d'un retard important en matière de numérisation. De nombreux hôpitaux et cabinets médicaux ne sont pas dotés d'équipements numériques interopérables et nombre de professionnels de santé ne disposent même pas de boîtes mail sécurisées.

Un projet de plateforme des données de santé : le « Health data hub »

Début 2019, l'ex-ministre de la santé Agnès Buzyn a confié à la DREES la mise en place d'une plateforme des données de santé (ou « Health data hub ») ayant pour objectif de favoriser l'utilisation et de multiplier les possibilités d'exploitation des données de santé, en

particulier dans les domaines de la recherche, de l'appui au personnel de santé, du pilotage du système de santé, du suivi et de l'information des patients. Cette plateforme doit permettre le développement de nouvelles techniques, notamment celles liées aux méthodes d'intelligence artificielle¹¹².

3.3.4 Vers un équilibre entre le « cure » et le « care » ?

« l'acte médico-chirurgical n'est pas qu'un acte scientifique car l'homme malade qui se confie à la conscience plus encore qu'à la science de son médecin n'est pas seulement un problème physiologique à résoudre, il est surtout une détresse à secourir ¹¹³ ».

Le **soin** est une **affaire humaine** qui s'opère **entre une personne qui possède son corps et une autre qui détient une expertise**. Quand on sait l'importance que revêt le couple malade-soignant, *a fortiori* en cas de maladies difficilement guérissables, il conviendrait de pouvoir s'affranchir au maximum de toutes tracasseries administratives.

Or, on constate que **le temps administratif s'est au fil du temps fortement accru pour les professionnels de santé, au détriment du temps médical**.

Il apparaît de plus en plus évident par ailleurs que les **extraordinaires progrès techniques**, dont on vante à raison les immenses bénéfices en matière de santé, ont par ailleurs conduit à un **appauvrissement de la relation soignante**. En France, la réponse technique apportée aux patients prévaut bien plus que dans d'autres pays européens qui privilégient moins les examens complémentaires et les traitements médicamenteux. Alors que l'on avance en France un chiffre – probablement sous-estimé – de 30 % d'examens inutiles, on constate également que **l'ordonnance est médicamenteuse dans neuf cas sur dix**. La prévention est le plus souvent circonscrite au dépistage de maladies, au détriment du repérage des facteurs de risques et de leur prise en charge. Il est par exemple assez symptomatique de constater que les métiers de la relation comme la médecine générale sont moins valorisés, y compris financièrement, que les spécialités techniques comme l'imagerie médicale. Il en va de même des niveaux de rémunération des infirmiers et du personnel soignant en EHPAD, très inférieurs à ce qui se pratique dans des pays voisins.



« la feuille Excel a remplacé le stéthoscope »

Les professionnels de santé sont fortement soumis à la technique et les hospitaliers déplorent des journées dominées par les écrans. Ce constat témoigne d'un mode d'asservissement à rebours. Il serait très dommageable que la haute technicité, l'hyperspécialisation, l'innovation, le numérique judicieusement mis au bénéfice de la réparation et de la guérison des patients (*cure*), deviennent les seuls points cardinaux de la

¹¹² Le rapport sur l'intelligence artificielle (IA) conduit par Cédric Villani et publié en mars 2018 – qui consacre un chapitre au potentiel de l'IA en France et aux modes de gouvernances possibles pour les données en santé – est à l'origine de ce projet de plateforme de données.

¹¹³ Georges Canguilhem, *La connaissance de la vie* (1965)

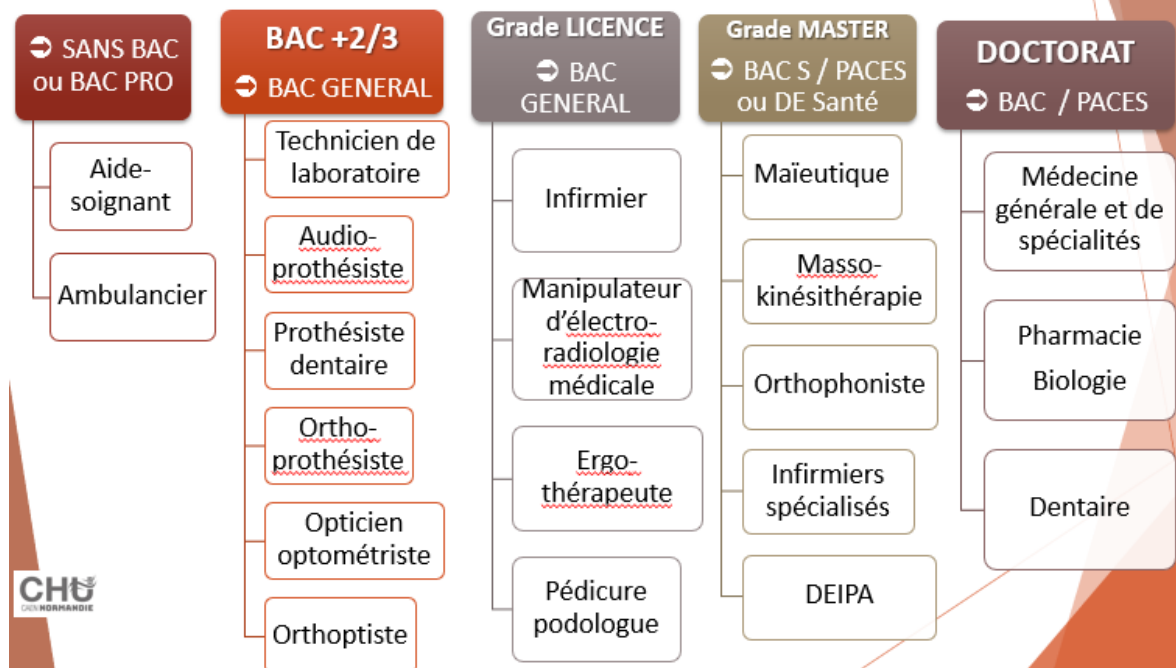
médecine, au détriment du soin, de l'attention et du dialogue (*care*) indispensables à la réelle prise en charge de toutes personnes malades.

La formation des professionnels de la santé

Ma santé 2022 comporte un certain nombre de mesures qui réforment les études de professions de la santé, parmi lesquelles figurent :

- La suppression du numerus clausus
- la refondation des premiers cycles des études de santé : l'idée est de décloisonner les cursus pour développer une culture commune aux futurs professionnels de santé, notamment autour de la qualité de la prise en charge des patients ; cette refondation doit permettre l'émergence de nouvelles fonctions comme celle d'infirmier en pratique avancée (IPA)
- la réforme du 2ème cycle des études médicales
- la suppression des épreuves classantes nationales (ECN) en vue de favoriser les compétences cliniques et humaines (et pas seulement techniques)
- l'abrogation du concours d'entrée en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) dans le cadre de l'intégration dans ParcoursSup

MÉTIERS, NIVEAUX DE DIPLOMÉS, VOIES D'ACCÈS...



La formation des professionnels de santé est aujourd'hui scindée entre ce qui relève des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur. L'ouverture aux étudiants d'un spectre plus large pour accéder aux formations de santé – comme le prévoit la loi de 2019 – constitue un progrès, en ce sens que l'entrée ne sera pas restreinte à un simple concours. Une approche hyper-sélective, prenant insuffisamment en compte la dimension humaine et l'aptitude des candidats à prodiguer des soins, n'est pas sans lien avec les maux que l'on observe.

« *Aujourd'hui, la médecine n'est plus un sacerdoce. Mais la motivation des jeunes reste aussi forte qu'avant*¹¹⁴ ».

Onze ans après sa mise en place, la première année commune aux études de santé (PACES) est remplacée, à partir de la rentrée 2020, par deux nouvelles voies : le **parcours d'accès spécifique santé (PASS)** et les **licences avec accès santé (L.AS)**, alternative particulièrement indiquée pour toutes personnes désireuses de s'orienter éventuellement vers une profession médicale mais qui n'ont pas écarté d'autres potentialités. On peut espérer que ces nouvelles voies d'accès offertes à des profils plus hétérogènes auxquels seront aussi dispensés des enseignements autres que ceux de la santé, permettront de former des soignants dotés d'une meilleure connaissance de l'humain et de la société. Ceci constituerait une plus-value très précieuse dans une sphère où les qualités d'écoute et d'empathie sont fondamentales. Une autre vertu que peut revêtir ce nouveau dispositif réside dans le fait qu'il ne se bâtit pas sur un modèle unique mais qu'il est appelé au contraire à varier d'une université à l'autre, dans un souci de s'adapter aux différents écosystèmes déployés sur les territoires.

Il convient parallèlement de s'interroger sur les métiers existants – la décision de donner plus de prérogatives aux pharmaciens, sages-femmes et infirmières va dans le bon sens et pourrait être étendu à d'autres professions paramédicales – et de réfléchir à de nouveaux métiers dont certains liés à l'éducation de la santé qui ont vocation à progresser.

Le système universitaire aurait tout intérêt à favoriser la création d'écoles de santé publique comme il en existe dans beaucoup de pays¹¹⁵. En faisant plus confiance à l'université et à sa stratégie vis-à-vis d'un territoire spécifique, on pourrait également envisager de décentraliser davantage l'enseignement supérieur et la recherche, en lien avec les collectivités territoriales. Au Québec, il existe depuis longtemps des facultés de sciences infirmières et les recherches en soins infirmiers sont nombreuses. Ce modèle ne serait-il pas transposable en France ?

3.3.5 Passer d'un système réactif à un système proactif : le cas de l'Espagne

Il est toujours très utile d'examiner les politiques mises en place dans d'autres pays lorsqu'elles sont couronnées de succès. Le **cas de l'Espagne**, désormais une référence par **l'amélioration significative de la santé de sa population**, a pris la décision d'une refondation de son système de santé en s'appuyant sur un objectif principal : **affronter l'enjeu de la chronicité**.

L'Espagne a pour cela actionné 4 leviers de changement :

¹¹⁴ Propos de Patrice Diot, doyen de la faculté de médecine de Tours.

¹¹⁵ La France ne compte qu'une seule école de santé publique : l'école des hautes études de santé publique (EHESP) située à Rennes. Il est à noter, en outre, qu'elle n'a été que récemment « universitarisée ». En effet, elle était auparavant une simple école d'administration, même si elle formait déjà de multiples professionnels dont des médecins et des pharmaciens. Si des facultés de médecine françaises ont développé des formations universitaires à la santé publique au cours de ces 25 dernières années, il n'en demeure pas moins un manque de cohérence, la santé publique restant un maillon faible par rapport à ce qui peut être observé dans les pays anglo-saxons notamment.

- ✓ Le développement des technologies de l'information ;
- ✓ l'implication des patients ;
- ✓ une médecine fondée sur des données probantes ;
- ✓ l'interdépendance des soins primaires, hospitaliers et sociaux.

Elle a par ailleurs poussé de nouveaux concepts de gestion et de leadership fondés sur des organisations plus collaboratives et coordonnées et **affirmé le niveau local comme opérateur des principales innovations concernant la prise en charge des maladies chroniques.**

La personne et son environnement, sa santé et ses besoins sont devenus le noyau central du système, au détriment de la simple prise en charge de la maladie. Il s'agit d'un cadre d'intervention devant permettre d'agir de manière proactive sur les déterminants de santé et de réduire l'apparition de maladies chroniques, par la promotion et la prévention.

Depuis l'introduction d'équipes de soins pluriprofessionnelles, la prise en charge des maladies non transmissibles, en partie du diabète sucré et des maladies pulmonaires obstructives chroniques, n'a cessé de s'améliorer en Espagne.

Au bout du compte, on constate que cette transformation dont les effets ont véritablement fait leurs preuves aujourd'hui, s'est opérée autour d'une vision d'avenir : **passer d'un système réactif à un système proactif.**

Chapitre 4 - L'état de santé des Français

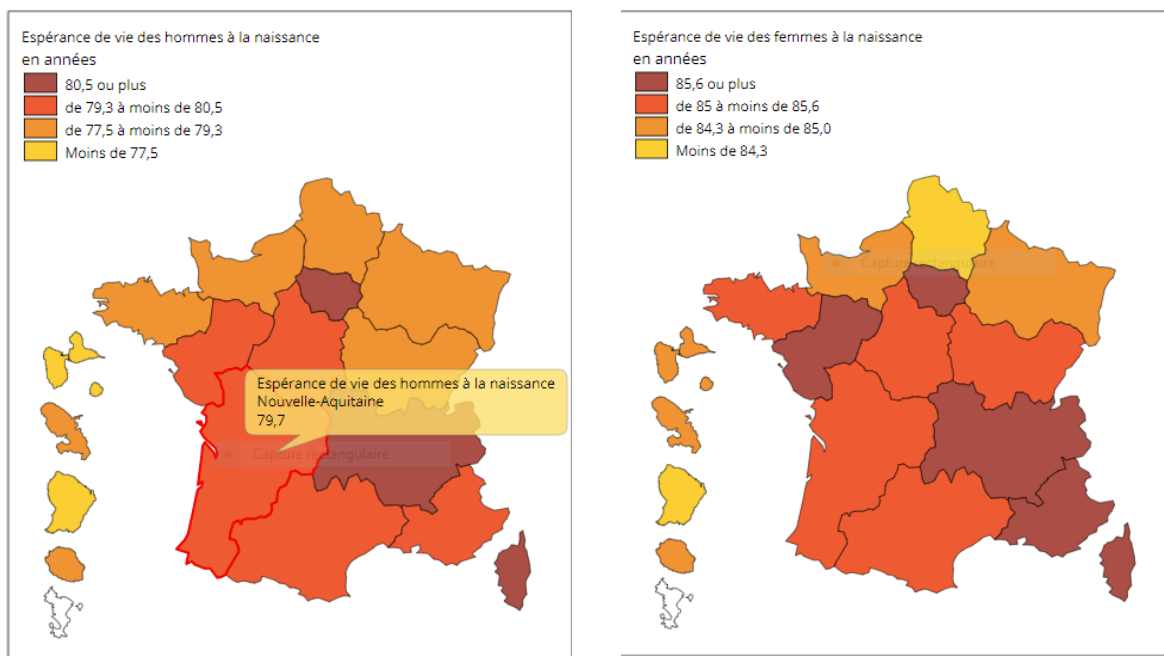
- ☒ L'espérance de vie
- ☒ Les principales causes de mortalité en France
- ☒ L'état de santé des 15-25 ans

La question de la santé est indissociable de ce que l'on appelle le « paradoxe français » : un bon état de santé moyen mais des inégalités qui se creusent dès le plus jeune âge et qui se maintiennent tout au long de la vie. De multiples études sont depuis longtemps consacrées à ce phénomène qu'aucune politique publique n'a réussi à endiguer à ce jour.

4.1 L'espérance de vie : un indicateur qui cache de fortes disparités

Au cours du XX^e siècle, l'espérance de vie des Français a gagné trente ans et le taux de mortalité infantile a chuté de 51,9 ‰ à 3,8 ‰. On doit cette évolution exceptionnelle à l'amélioration globale de l'état sanitaire du pays, à des réformes sociales réduisant la pénibilité du travail mais aussi, et surtout, à une succession de progrès médicaux majeurs. Un exemple de progrès fulgurant dû à l'avènement des antibiotiques : une mortalité par infection diminuée de moitié en France entre 1945 et 1950, alors qu'elle n'avait diminué que de 20 % entre 1925 et 1945.

159



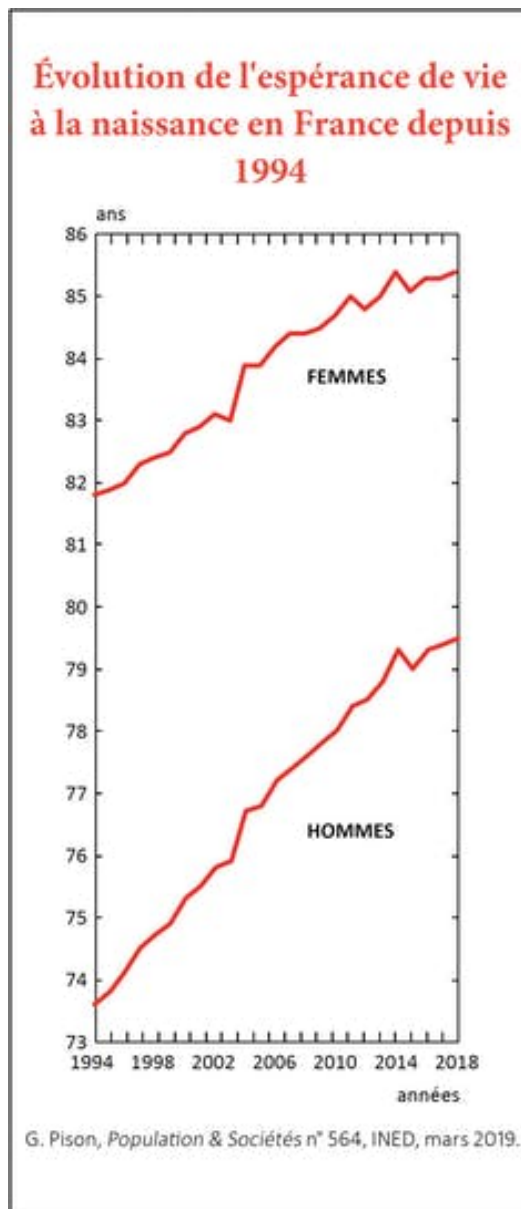
Le gradient de mortalité nord-sud est très marqué en France, comme le montrent ces deux cartes réalisées par l'Insee à partir des données 2019 sur l'espérance de vie des hommes (à gauche) et femmes (à droite) à la naissance.

L'espérance de vie à la naissance des Français fait partie des plus élevées d'Europe¹¹⁶ – 82,7 ans en 2017, soit environ deux ans de plus que la moyenne de l'Union européenne – mais elle connaît un ralentissement de sa progression depuis dix ans, principalement dû à la stagnation de l'accroissement de la longévité. Il convient de souligner que l'espérance de vie en France, en hausse quasi continue depuis 1750 – sauf période de guerre ou d'épidémie – marque le pas depuis 2015 et qu'elle baisse même légèrement pour les femmes¹¹⁷.

L'espérance de vie demeure toutefois **très différente selon que l'on est une femme ou un homme¹¹⁸**: occupant la **deuxième position après l'Espagne pour les femmes**, elle chute à la **neuvième place pour les hommes**, produisant un écart de six années, le plus important parmi l'ensemble des pays d'Europe occidentale.

Les inégalités sociales sont encore beaucoup plus marquées puisque **l'espérance de vie des hommes disposant des revenus les plus faibles est 13 années plus courte que celle des hommes bénéficiant des revenus les plus élevés**, tandis que l'on constate un écart de « seulement » 8 ans chez les femmes¹¹⁹.

Une étude de l'Insee rendue publique en février 2018, ventilait pour la première fois l'espérance de vie non plus en fonction des catégories socioprofessionnelles mais en fonction du niveau de vie. Cette étude indique que « *aux alentours de 1 000 euros par mois, 100 euros supplémentaires sont associés à 0,9 an d'espérance de vie en plus chez les hommes, 0,7 an chez les femmes.* »



¹¹⁶ La France occupe à ce titre le troisième rang parmi les pays de l'UE, après l'Espagne et l'Italie.

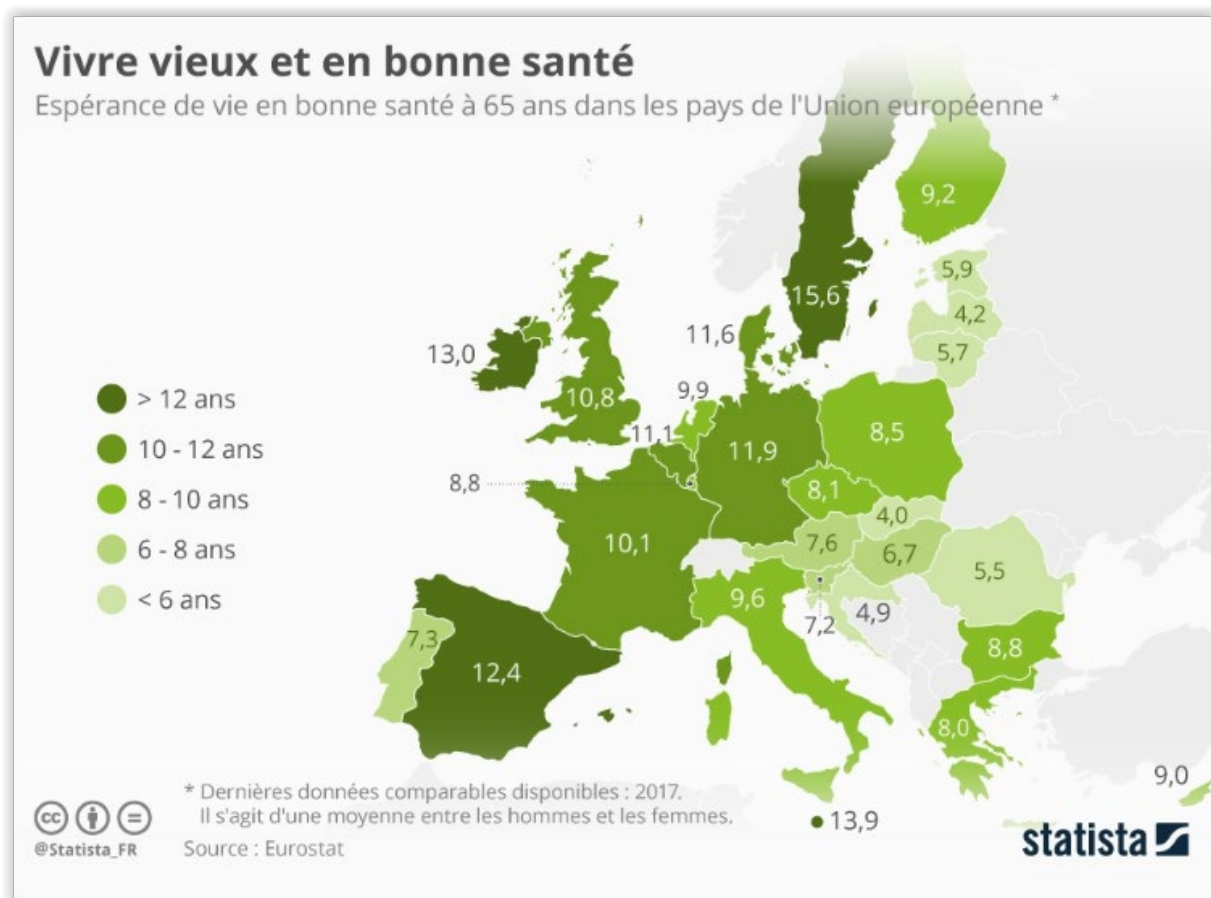
¹¹⁷ Espérance de vie à la naissance des femmes passant de 85,4 ans en 2014 à 85,3 ans en 2017.

¹¹⁸ En 2017, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,5 ans pour les hommes en France.

¹¹⁹ Sur les inégalités en termes d'espérance de vie, voir graphique en annexe.

Toujours selon l'Insee, le revenu disponible ayant diminué en moyenne de 1,2 % entre 2008 et 2016, il est tentant de conclure que la montée des inégalités pourrait être la première cause de la stagnation de l'espérance de vie. Cette thèse est soutenue par l'épidémiologiste américain Philip Landrigan, du Boston College, qui souligne que « *même dans un pays comme la France, avec son accès universel aux soins, l'augmentation du nombre de pauvres va tirer l'espérance de vie vers le bas* ». ¹²⁰ Ce sont les personnes défavorisées qui subissent le plus lourdement les effets de la pollution de l'air et qui ingèrent la plus grande quantité d'aliments ultra-transformés.

Emmanuel Vigneron ¹²¹ a quant à lui écrit à ce sujet ¹²² : « *Qu'avons-nous fait pour réduire l'écart de durée de vie entre l'ouvrier agricole et l'instituteur, figure tutélaire de la société du temps ? Nous avons continué de grimper en regardant le compteur, la moyenne, quand il aurait fallu réduire l'écart-type, soutenir le peloton, le pousser vers le haut, tous ensemble.* »



4.1.1 Une population vieillissante

Les personnes âgées représentent une proportion croissante de la population française avec **une personne sur cinq âgée de plus de 65 ans** en 2017 (contre une sur sept en 1980). On prévoit que cette part s'établisse à une personne sur quatre en 2050.

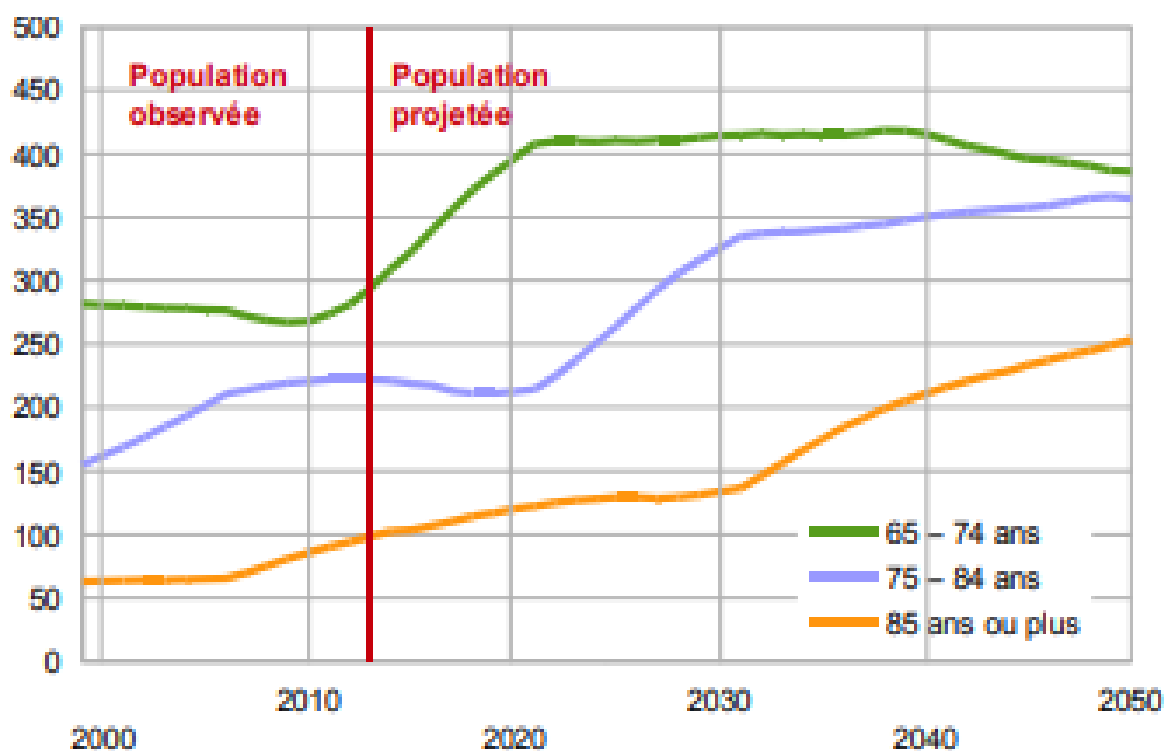
¹²⁰ Lire l'article paru dans Le Monde du 19 février 2019 : « Pourquoi l'espérance de vie des Français plafonne ».

¹²¹ Géographe et professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier.

¹²² Lire l'article « Espérance de vie : réduisons l'écart » publié dans Libération le 27 mars 2019.

Or, à l'âge de 65 ans, les Français peuvent s'attendre à souffrir d'une maladie chronique ou d'une incapacité pendant plus de la moitié des années leur restant à vivre. En effet, **plus de trois personnes sur cinq âgées de 65 ans et plus déclaraient souffrir d'au moins une maladie chronique** et une personne sur trois des plus de 65 ans présentait des symptômes dépressifs. Quant aux nonagénaires, ils souffrent en moyenne de 5 à 8 pathologies liées au vieillissement. Cette tendance ne connaît pas d'embellie puisque, en dépit des progrès de l'hygiène et de la médecine qui ont fait s'envoler l'espérance de vie, **l'espérance de vie sans incapacité** (indicateur des statisticiens) **stagne autour de 64 ans**.

Évolution projetée de la population des séniors en Normandie par tranche d'âge selon le scénario central



Unité : nombre (en milliers)

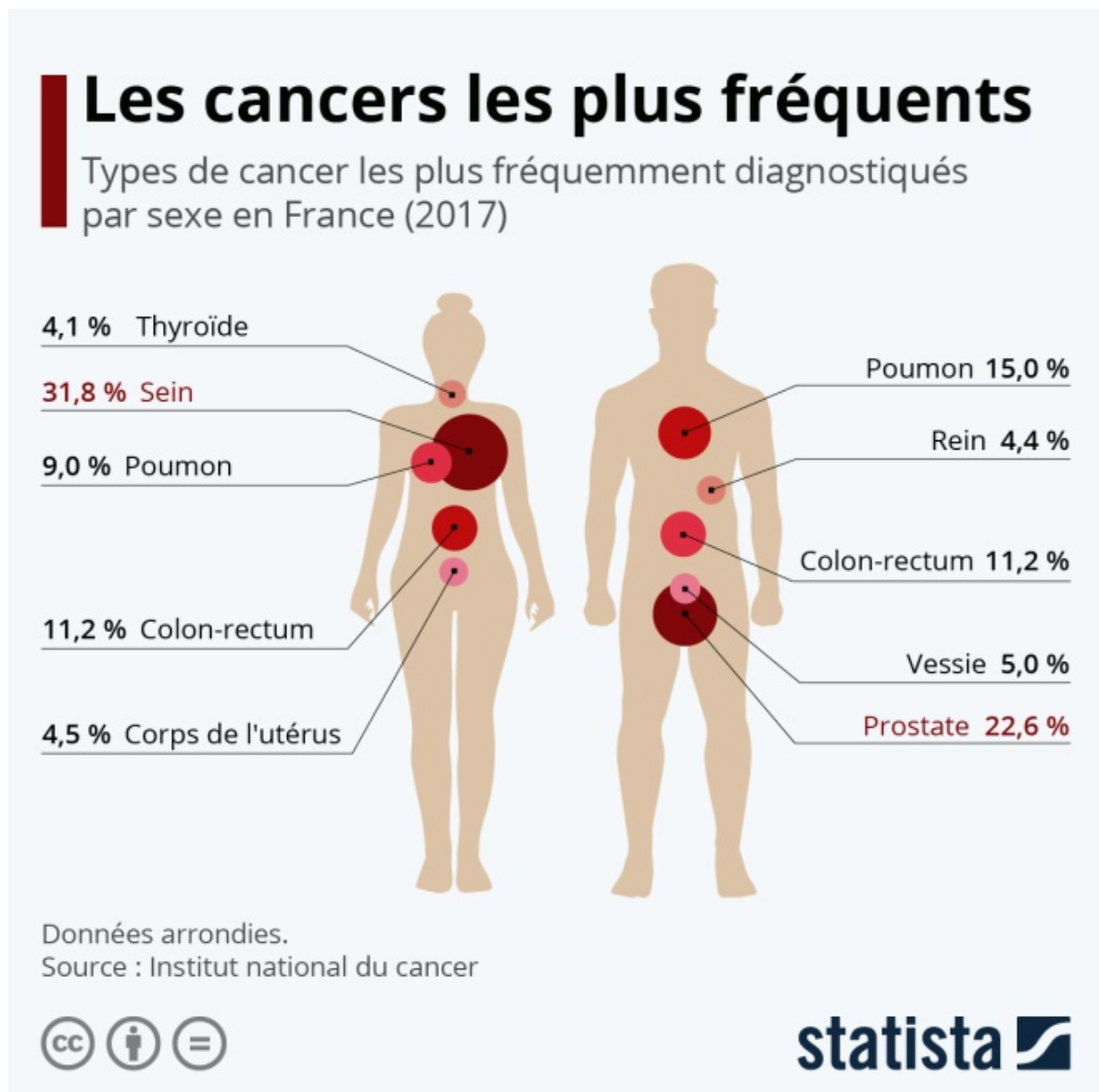
Source : Insee, Omphale 2017 – scénario central

En Normandie, on estime que le nombre de **personnes âgées de plus de 75 ans** aura **doublé d'ici à 2050**.

Selon ces projections, les séniors représenteraient 29,3 % de la population normande en 2050 (contre 21,7 % en 2020), plaçant la Normandie au deuxième rang pour cette évolution, derrière la Corse.

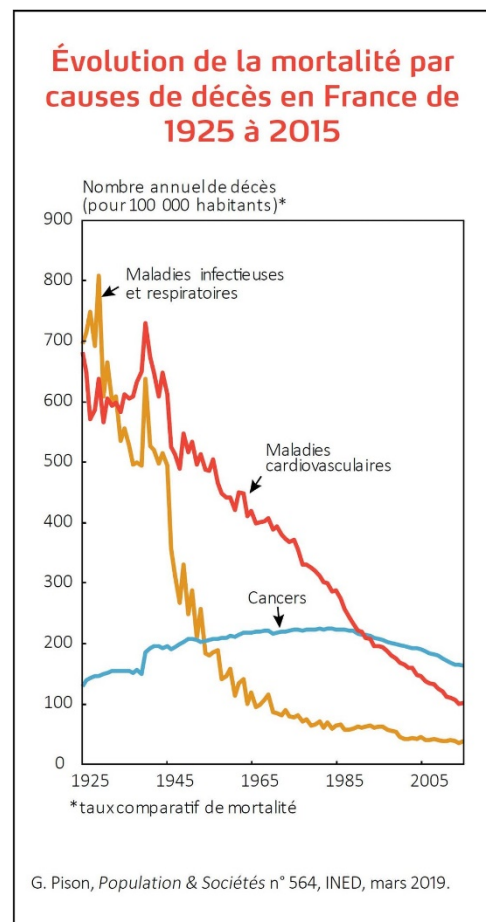
L'augmentation importante de la population âgée va se traduire par un accroissement sans précédent du nombre de personnes en perte d'autonomie, et autant de défis pour les acteurs publics en charge de la dépendance des personnes âgées.

4.2 Les principales causes de mortalité en France



Les **cancers** sont progressivement devenus la **première cause de mortalité en France**, illustrant une tendance observée dans les pays riches, alors que ce sont les maladies cardiaques qui restent les premières causes de mortalité à l'échelle mondiale. Alors que le nombre de personnes atteintes d'un

cancer a augmenté, la mortalité associée tend à baisser, notamment grâce à l'amélioration des techniques de dépistage et de diagnostic. La mortalité liée à certains cancers continue toutefois à progresser : c'est le cas, par exemple, des tumeurs du pancréas dont le taux de mortalité standardisé associé a grimpé (passant de 14,2 morts pour 100 000 habitants en



Au milieu du XX^e siècle, les maladies infectieuses étaient encore la cause d'une partie importante des décès d'adultes et de personnes âgées, et leur recul a entraîné une augmentation sensible de l'espérance de vie des adultes. Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont désormais les principales causes de décès. Ce sont les succès rencontrés dans la lutte contre ces maladies qui ont permis à l'espérance de vie de continuer à augmenter ces dernières décennies.

1994 à 17,08 morts en 2016) pour des raisons qui restent en partie inexpliquées mais pour lequel la prévalence croissante de l'obésité – liée à la modification des comportements alimentaires – n'est certainement pas étrangère.

De plus en plus de décès sont associés à des maladies du système nerveux, telle la maladie d'Alzheimer, bien que les données concernant ces pathologies soient rares. L'agence Santé Publique France indique dans le rapport santé 2017 de la DREES qu'il est « possible d'estimer à environ 1 200 000 » le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou autres formes de démence.

4.3 L'état de santé des 15-25 ans : une tranche d'âge assez peu observée

La santé des enfants et des adultes est de manière générale plutôt bien analysée en France, comme en témoignent les très nombreuses études disponibles, aux focus très diversifiés. Il semble toutefois que la santé des jeunes appartenant à la tranche des 15-25 ans soit un peu moins observée, même si les missions locales qui accompagnent spécifiquement cette catégorie d'âge mènent un certain nombre d'études et d'enquêtes à leur sujet.

Cette tranche d'âge est particulièrement importante à observer dans la mesure où elle marque le passage de la fin de l'adolescence à l'entrée dans l'âge adulte, et que les déterminants sociaux pèsent d'autant plus significativement dans l'accès à la santé de ces jeunes.

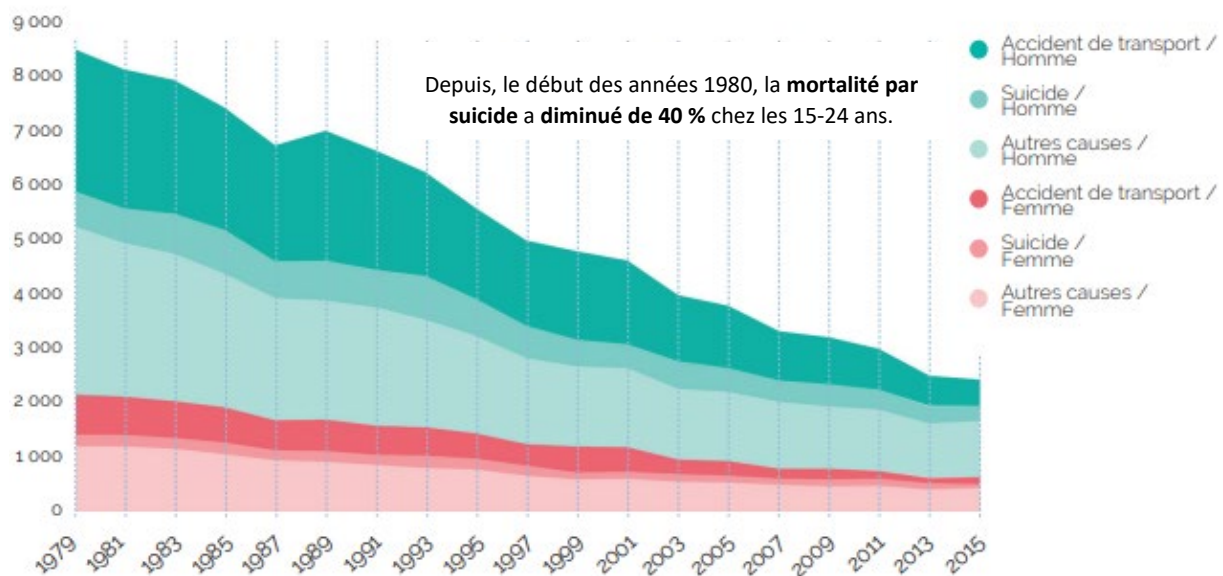
Entre 15 et 24 ans¹²³, la **grande majorité des jeunes Français** sont heureusement **en bonne santé** : les taux de recours aux soins de ville et aux soins hospitaliers (hors soins liés à la maternité), la fréquence de maladies graves, ainsi que le taux de mortalité sont nettement plus faibles que dans les autres classes d'âge.

¹²³ La tranche d'âge des 15-25 ans est généralement identifiée comme celle des 15-24 ans dans les données disponibles.

Comme pour les autres classes d'âge, les **disparités d'état de santé selon le sexe** sont **marquées** chez les jeunes. Entre 15 et 24 ans, les **hommes** ont une **perception plus favorable** que les femmes **de leur qualité de vie liée à la santé**, plus particulièrement en matière de santé physique et de santé mentale. Ils présentent toutefois une **mortalité environ 2,5 fois plus élevée que les femmes**.

Le **suicide** est la **deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans**, après les accidents de circulation, et représente **16 % des décès** de cette tranche d'âge. Pour autant, avec **5 suicides pour 100 000 personnes** âgées de 15 à 24 ans¹²⁴, ce taux reste relativement faible par rapport aux autres tranches d'âge ; celui-ci culmine en effet pour les hommes âgés de 45 à 54 ans (33,4 pour 100 000) et, surtout de plus de 74 ans (59,4 pour 100.000).

Évolutions des principales **causes de décès** parmi les jeunes de 15 à 24 ans.
(en nombre)



Lecture : en 2015, on dénombrait 284 décès de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans pour cause de suicide.

Champ : France métropolitaine, décès domiciliés, c'est-à-dire personnes domiciliées et décédées en France métropolitaine.
Source : INSERM, CépiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès)

Les accidents : un risque fréquent et grave pour la santé des jeunes

En 2010, 17 % des 15-25 ans déclaraient avoir été victimes au moins une fois dans l'année d'un accident ayant nécessité un recours aux soins (accident de la vie courante, de la route ou du travail). Les **garçons** sont globalement **plus exposés au risque d'accident**. Parmi les **2 900 décès dénombrés dans la population des 15-24 ans en France en 2012**, près de **40 %** sont **liés à des accidents** et 80 % de ces décès par accident concernent des garçons. Par ailleurs, les **taux d'hospitalisations pour lésions traumatiques** sont environ **3,5 fois plus élevés chez les garçons** que chez les filles.

¹²⁴ Le taux de décès par suicide touche trois fois plus les hommes que les femmes : 7,5 chez les hommes et 2,5 chez les femmes.

Les **accidents du travail** sont par ailleurs particulièrement fréquents chez les jeunes actifs, qui représentent environ un tiers de la population des 15-24 ans. Ainsi, à durée d'exposition égale, les **salariés de moins de 20 ans** sont trois fois plus victimes d'accidents du travail que ceux de 50 à 59 ans.

La **Normandie** compte près de **400 000 jeunes âgés** de 15 à 24 ans¹²⁵. Ils représentent 12 % de la population régionale, soit une proportion égale à celle de la France métropolitaine.

Selon l'Enquête Santé en Missions Locales de Normandie de 2018 portant sur cette tranche d'âge, 17 % des jeunes sondés n'auraient consulté aucun professionnel de santé sur cette période (entre 25 % dans l'Eure et 12 % dans l'Orne). Le **renoncement à des soins** a concerné **16 % des jeunes**, ces derniers ayant évoqué comme principaux motifs des raisons financières (pour 71 % des répondants), un manque de temps (47 %), un manque d'information sur le professionnel à consulter (40 %) ou encore la distance (30 %). Des données 2019 de l'Assurance maladie indiquent qu'un jeune sur cinq âgé de 15 à 29 ans n'a pas de médecin traitant.

¹²⁵ 4 720 Normands âgés de 0 à 30 ans sont annuellement reconnus en ALD. Les troubles mentaux en sont le premier motif d'admission.

Chapitre 5 - La Normandie : région de contrastes et d'inégalités marquées

- ☒ Des disparités territoriales marquées
- ☒ Des inégalités socio-économiques non moins marquées
- ☒ L'état de santé de la population normande

La Normandie est une région où la croissance démographique ralentit. Au 1^{er} janvier 2015, le recensement des 3 334 660 habitants devait son augmentation au seul excédent des naissances sur les décès. **La population normande croît trois fois moins vite qu'au niveau national** et sa croissance démographique est principalement portée par l'Eure et le Calvados. Alors que le département de l'Orne continue de perdre ses habitants, celui de l'Eure contribue à lui seul à plus de la moitié de la croissance démographique de la région.

La population normande vieillit : le nombre de jeunes de moins de 20 ans a diminué en nombre et en proportion au cours des quinze dernières années. En 2040, les plus de 60 ans devraient représenter 33 % de la population normande contre 22 % aujourd'hui (source Insee). Le taux de natalité, de 11 pour 1 000, est inférieur à celui de la France entière (12 pour 1 000).

La région présente une **répartition hétérogène de sa population, concentrée dans les grandes villes**. Même si la densité de population est proche de celle de la moyenne française, près de 44 % des Normands résident dans des zones rurales (contre à peine 28 % pour l'Hexagone hors unité urbaine de Paris).

Son économie se concentre à la fois sur les secteurs agricoles et industriels. Est-il besoin de rappeler que la Normandie est la **région la plus industrialisée de France** ? Elle compte **110 sites classés Seveso** (dont 5 installations nucléaires) qui présentent un risque industriel important (sur 52 sites) ou majeur (sur 58 sites). Par contraste, 66 % de la surface du territoire est consacrée à l'agriculture.

Tandis que les ouvriers et employés y sont surreprésentés (33 % de la population vs 30 % en France), les cadres y sont sous-représentés (6,2 % vs 9 % en France). Le **revenu annuel médian** (19 707 euros) est **inférieur à celui de la France métropolitaine** (20 184 euros) et 13,5 % des ménages fiscaux vivent en-dessous du seuil de pauvreté (France : 14,5 %). Les territoires les plus touchés sont l'Orne, le Havre et Dieppe.

Il convient de compléter ce panorama en précisant que **l'espérance de vie y est inférieure à celle de la France** (77,8 ans pour les hommes vs 79 ans en France et 84,6 ans pour les femmes vs 85,1). Il s'agit de l'espérance de vie la plus faible en France après celle des Hauts-

de-France. La **surmortalité prématurée** (avant 65 ans) est **supérieure à la moyenne nationale**¹²⁶.

On peut regretter que ces constats, pourtant anciens, aient résisté à l'ensemble des politiques sanitaires conduites jusqu'à ce jour.

5.1 Des disparités territoriales marquées

La Normandie est une région de contrastes car tout en formant dans l'ensemble un territoire rural, elle compte néanmoins trois grandes aires urbaines et une **densité de population particulièrement inégale d'un département à l'autre**, allant de 47,3 habitants par km² dans l'Orne à 199,9 en Seine-Maritime.

L'évolution démographique de la Normandie stagne contrairement à ce qui est observé France entière. Avec un indice de vieillissement¹²⁷ et une part des plus de 75 ans supérieurs à la moyenne nationale, la région est marquée par un vieillissement de la population qui s'accélère, particulièrement dans les départements de l'Orne et de la Manche. En revanche, on trouve dans les autres départements une population plus jeune que la moyenne nationale.

« *Certaines agglomérations ont agi comme de véritables « trous noirs » sur leurs périphérie* »¹²⁸, note le géographe de la santé Olivier Lacoste, qui précise qu'il est plus confortable pour un professionnel de santé de s'installer dans un environnement déjà bien doté en spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. qu'en plein désert médical. De plus en plus de professionnels sont ainsi venus s'installer à Caen par exemple (où se trouve un centre hospitalier universitaire), au détriment des territoires alentour.

5.2 Des inégalités socio-économiques non moins marquées

En Normandie, plus de **14 % des ménages vivent aujourd'hui sous le seuil de pauvreté** (avec moins de 1 020 € par mois), ce qui représente **480 000 habitants**. En proportion, le département de **l'Orne est le plus touché**, suivi par le département de la Seine-Maritime qui compte à lui seul 190 000 pauvres.

Avec un taux de chômage proche de la moyenne nationale et un taux de pauvreté légèrement inférieur, le contexte socio-économique de la Normandie est proche de la moyenne nationale. Il ne recèle pas moins des disparités infrarégionales fortes qu'il convient de regarder de près. On constate notamment une situation plus dégradée en termes d'emplois dans l'Eure et la Seine-Maritime et un taux de pauvreté plus important dans l'Orne, la Manche et le nord-est de la Seine-Maritime.

¹²⁶ Sur les taux de surmortalité prématurée, voir cartes en annexe.

¹²⁷ Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. L'indice de vieillissement en Normandie est de 9,5 % (France : 9,2 %).

¹²⁸ Lire l'interview d'Olivier Lacoste parue dans Le Monde du 28 février 2019 : « Depuis dix ans, l'Etat n'a rien obtenu contre les déserts médicaux ». A noter qu'Olivier Lacoste y met en avant le fait que la carte de France des Gilets jaunes tend à se recouper avec celle des difficultés d'accès aux soins.

La Normandie présente une part de foyers fiscaux non imposés supérieure à celle observée en France métropolitaine (53,7 % vs 51,4 %). L'Orne est le département où la part y est la plus importante (58,4 %) et l'Eure la plus faible (51,5 %).

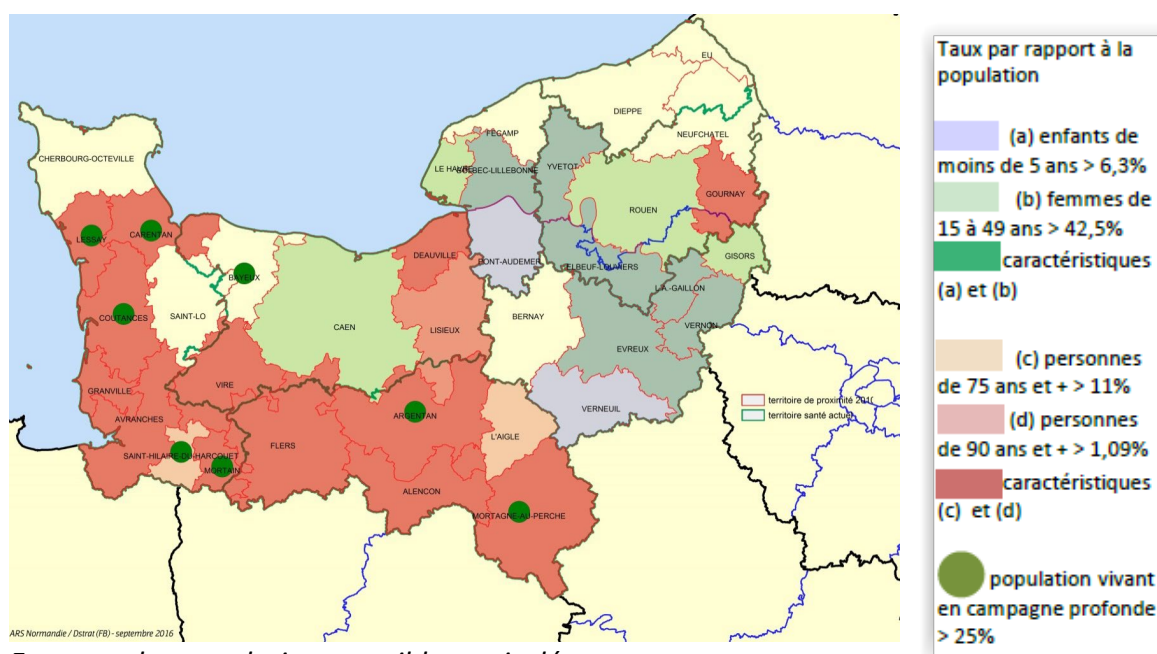
	Région	France
Population au 1er janvier 2016 (INSEE 2018)	3 335 929	66 452 663
Variation annuelle moyenne de la population 2011-2016 (%)	0,1%	0,4%
Taux de bénéficiaires de la CMU-C* (tous régimes. 2018. Fonds CMU)	7,5%	8,3%

* Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Si la part de ménages normands allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA) est proche de celle de la France métropolitaine (8,1 % vs 8,5 %), des écarts très importants s'observent à l'échelle départementale avec des proportions s'échelonnant de 5,6 % des ménages dans la Manche à 10,1 % en Seine-Maritime.

Les classes d'âge des « 65 ans et plus » sont surreprésentées en Normandie, ce qui a un impact sur le volume de consommation et explique le taux plus faible de bénéficiaires de la CMU-C en région, cette dernière concernant à plus de 90 % les moins de 60 ans.

Les deux ex-régions normandes se distinguent par une proportion de retraités sensiblement différente, les territoires de santé de l'Orne, de la Manche et de Dieppe présentant les taux les plus importants. On distingue par ailleurs des différences fortes entre les territoires ruraux et les territoires urbains, ces derniers ayant un taux de cadres supérieurs élevé.



Focus sur les populations sensibles ou isolées

Sans surprise hélas, l'espérance de vie est plus faible chez les personnes précaires et dans les catégories socioprofessionnelles peu élevées. On y constate un plus faible recours aux soins et aux droits en général de même que des comportements de santé à risques plus marqués (par exemple dans l'usage et le niveau de dépendance à l'alcool). Ces inégalités de santé se perçoivent dès le plus jeune âge.

Dans ce contexte, la CRSA pointe des enjeux de restructuration et d'amélioration de l'offre sanitaire en Normandie nécessitant des accompagnements financiers significatifs. **La région présente en effet des indicateurs de santé défavorables qui plaident pour un rééquilibrage interrégional des dotations au profit de la Normandie.**

5.2.1 Le secteur de la santé en Normandie : industrie, recherche et formation

Les activités pour la santé humaine en Normandie mobilisent quelque 77 500 emplois (chiffres Insee 2015) tandis que les secteurs de la santé et du travail social représentent 15,3 % de l'emploi total normand.

La Normandie bénéficie de la présence d'un continuum chimie-biologie-santé comprenant un ensemble d'acteurs : industriels, centres hospitaliers, réseau de recherche et de formation, pôle de compétitivité. La filière d'excellence chimie – biologie – santé représente à elle seule 18 500 salariés.

3 sous-thématiques d'excellence caractérisent plus particulièrement le territoire :

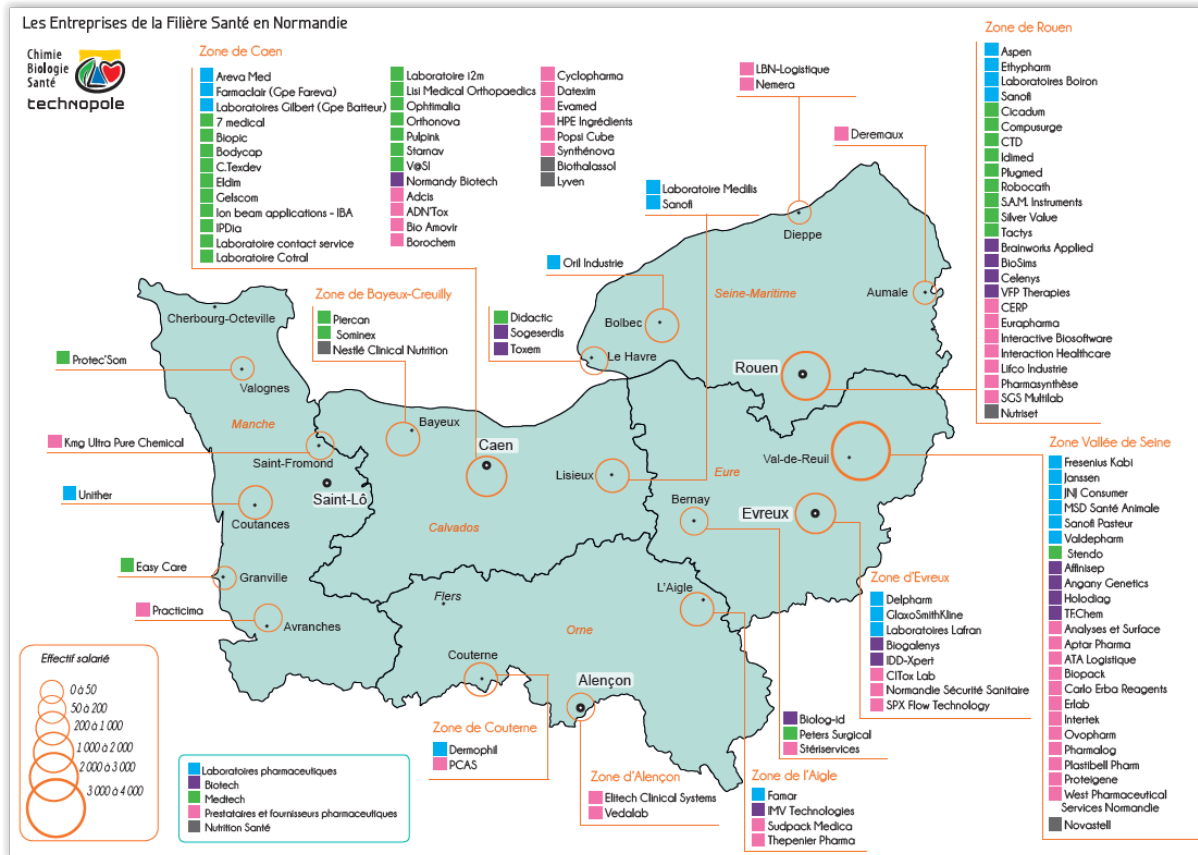
- les **nouvelles technologies biomédicales appliquées** : permettent d'offrir aux patients l'accès à une médecine personnalisée (bio-marqueurs, médecine personnalisée et thérapies innovantes) ;
- la **sécurité sanitaire** (du produit et de son emballage) : s'appuie sur des clusters structurés (Glass Valley, Cosmetic Valley), des secteurs d'activités locaux et une plateforme de sécurité sanitaire ;
- la **synthèse organique pour l'innovation diagnostique et thérapeutique** : porte sur les applications dans le domaine de la santé, du développement durable et la conception de médicaments du futur.

L'industrie de la santé

La Normandie est la **2^{ème} région française pour la chimie pharmaceutique** et la **3^{ème} pour la production de médicaments**, derrière l'Île-de-France et la région Rhône-Alpes Auvergne.

En 2015, l'Insee référençait pas moins de **9 045 emplois dans l'industrie pharmaceutique** normande, ce qui représente 10 % des effectifs de la filière à l'échelle nationale.

La Normandie comprend environ **180 industriels** sur son territoire et **4 groupes pharmaceutiques leaders mondiaux** : Sanofi (Evreux, Val-de-Reuil et Le Trait), GlaxoSmithKline (Evreux), Johnson & Johnson (Val-de-Reuil), MSD Santé animale (Igoville). Elle abrite également trois associations qui fédèrent les industriels des trois principaux secteurs d'application : Polepharma, Nucleopolis et le Pôle TES.



Source : www.technopole-cbs.com

A titre d'exemple, Sanofi Pasteur a investi 170 millions d'euros dans son usine à Val-de-Reuil, ce qui pourrait faire de l'usine le plus grand site au monde de production de vaccin antigrippal à compter de 2022. Par ailleurs, l'usine historique de l'industrie pharmaceutique créée en 1968 et située à Notre-Dame-de-Bondeville (à quelques kilomètres de Rouen) est le site d'Aspen, fleuron industriel du groupe sud-africain (après avoir appartenu à Sanofi puis à GSK). Elle compte aujourd'hui 720 collaborateurs et 92 % de sa production est exportée à l'international.

Né en juillet 2016 et porté par Caen Normandie Développement, le **réseau thématique HealthTech**¹²⁹ comprend un vaste périmètre allant de l'e-santé à la cosmétique, en passant par la MedTech (dispositifs médicaux), le bien-être, la pharmacie, la santé équine, etc. Au niveau régional, la HealthTech recouvre la **BioTech** (Val-de-Reuil), la **MedTech** (Caen) et l'**e-santé** (Pôle TES). Grâce à un travail de recensement méticuleux en 2018, 215 entreprises HealthTech¹³⁰ – dont une majorité de start-up – ont pu être identifiées en Normandie.

Il convient de citer également l'existence de **Normandie Valorisation**, une société d'accélération et de transfert qui facilite le passage d'innovations de l'université vers le marché, avec de nombreux projets autour de la pharmacie.

¹²⁹ Lire le rapport du CESER Normandie : « L'écosystème de la French Tech en Normandie : une pépinière à taille humaine pour les jeunes pousses ? » (mars 2019).

¹³⁰ Avec plus de 1700 entreprises, la France possède le deuxième écosystème le plus dynamique en Europe dans le domaine des biotech, des medtech et de la e-santé.

La recherche

La Normandie compte **3 universités scientifiques, 2 centres hospitaliers universitaires et 3 200 chercheurs**. Depuis 2012, les chercheurs de la faculté de médecine et de pharmacie, de la faculté des sciences, du CHU de Rouen et du centre Henri Becquerel se sont regroupés au sein de l'Institut de recherche et d'innovation biomédicale (IRIB) dont l'objectif est de renforcer le continuum entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Première région française en matière de recherche interventionnelle sur le cancer, la Normandie est également impliquée dans le Cancéropôle Nord-Ouest qui fédère plus de 450 chercheurs et cliniciens des régions Normandie et Hauts-de-France. Il implique des coopérations entre les quatre CHU de l'inter-région ouest en matière de recherche, à travers notamment des appels à projets communs.

Caen et Rouen sont aux avant-postes de la recherche en cancérologie grâce à leurs centres hospitalo-universitaires, leurs centres de lutte contre le cancer (Baclesse et Becquerel) et la plateforme d'imagerie biomédicale CYCERON. Par ailleurs, **Archade**, Centre européen de recherche, de développement et de ressources autour de l'hadronthérapie, traite certains cancers de manière plus efficace grâce à une technique de radiothérapie innovante.

Plusieurs progrès biomédicaux et cliniques, reconnus au niveau mondial, ont été obtenus en Normandie, comme l'implantation d'une valve aortique par voie percutanée (première mondiale en 2002), la découverte du nouveau gène impliqué dans les formes familiales précoces de la maladie d'Alzheimer (2012), la mise au point d'anticorps limitant les effets des AVC, ou encore la découverte de la molécule Donecopride comme médicament candidat pour lutter contre Alzheimer (2014). Notons par ailleurs que depuis la première implantation d'une valve aortique percutanée réalisée en 2002 par le Pr Alain Cribier au CHU de Rouen (une innovation technologique ayant ouvert un nouveau champ en cardiologie), le CHU de Rouen poursuit un important travail de recherche, de soin et de prévention des maladies cardiovasculaires¹³¹.

L'institut normand de génomique constitue un autre grand projet d'envergure ayant vocation à regrouper sur un site unique à Rouen l'ensemble des acteurs de la génétique : cliniciens, pathologistes, cytogénéticiens, techniciens, ingénieurs, chercheurs...

Les **neurosciences**, la **nutrition**, la **cardiologie** et les **biotechnologies** sont en Normandie les **domaines de recherche privilégiés** en matière de santé. En 2017, 22 allocations doctorales attribuées par la Région portaient sur la thématique « biomédical et chimie » On peut noter par ailleurs la présence d'équipements ultra-performants à la plateforme technologique Normandie Sécurité Sanitaire (N2S) d'Evreux et au Medical Training Center de Rouen, ainsi que l'existence d'un tremplin Innovation Chimie Carnot (I2C) qui regroupe 8 équipes de recherche normandes.

Il existe en Normandie une cinquantaine de laboratoires dont certains sont labellisés par de grands organismes (INSERM¹³², CNRS, INRA¹³³, CEA¹³⁴) dont **deux laboratoires d'excellence (LABEX)** :

¹³¹ En février 2015, le projet intitulé « Early Markers of Cardiovascular Remodeling in Valvulopathy and Heart Failure » – REMOD-VHF – (Marqueurs précoces du remodelage cardiovasculaire dans les valvulopathies et l'insuffisance cardiaque) a obtenu le label Fédération Hospitalo-Universitaire (FHU).

¹³² Institut national de la santé et de la recherche médicale.

¹³³ Institut national de la recherche agronomique.

- **SynOrg** : le plus grand ensemble de laboratoires français de synthèse organique appliquée au vivant, il regroupe des équipes de Rouen, Caen, Tours et Orléans ; il a pour ambition d'ouvrir la voie à la découverte et à la synthèse de nouveaux composés pharmaceutiques actifs.
- **IRON** (Radiopharmaceutiques Innovants en Oncologie et Neurologie) : projet coordonné par l'Université de Nantes auquel sont associés le CHU de Caen et l'Université de Caen Normandie, il a pour objectif de transférer en clinique des nouveaux médicaments utilisés pour la médecine personnalisée

Recherche et intelligence artificielle¹³⁵

L'intelligence artificielle (IA) traverse potentiellement l'ensemble du champ médical : analyse d'images, diagnostic, parcours patient, maintien, aide et surveillance à domicile, internet des objets et dispositifs médicaux pour le suivi de pathologies chroniques, etc.

En effet, le recueillement et le traitement de données peut permettre, grâce à la mise en œuvre d'algorithmes, le développement d'une médecine prédictive et plus personnalisée.

A titre d'exemple, la plateforme CYCERON (Caen) fait appel à des briques technologiques ayant trait à l'IA dans le cadre de ses recherches. Il utilise des moyens de calcul, des algorithmes et des codes informatiques nécessaires au traitement et à l'analyse d'images, à des fins variées : reconnaissance faciale, télémédecine (à destination de patients touchés par un AVC), diagnostic prédictif de la maladie d'Alzheimer (très en amont)...

La formation

Il existe en Normandie **29 établissements de formation sanitaire** préparant à 15 diplômes d'Etat du niveau 3 à 7 (aide-soignant, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmier de bloc opératoire...). Ces formations concernent 7 962 étudiants pour l'année 2018-2019, toutes promotions confondues.

Il existe par ailleurs **17 établissements de formation en travail social** préparant 13 diplômes d'Etat de niveau 3 à 7 (accompagnant éducatif et social, assistant de service social, moniteur, éducateur, éducateur spécialisé...) concernant 3 869 étudiants, toutes promotions confondues, en formation post-bac.

Le nombre de candidats au métier d'aide-soignant a quasiment été divisé par deux depuis 2014. Dans ce contexte, on constate sur cette carte que la Normandie s'en sort plutôt bien.

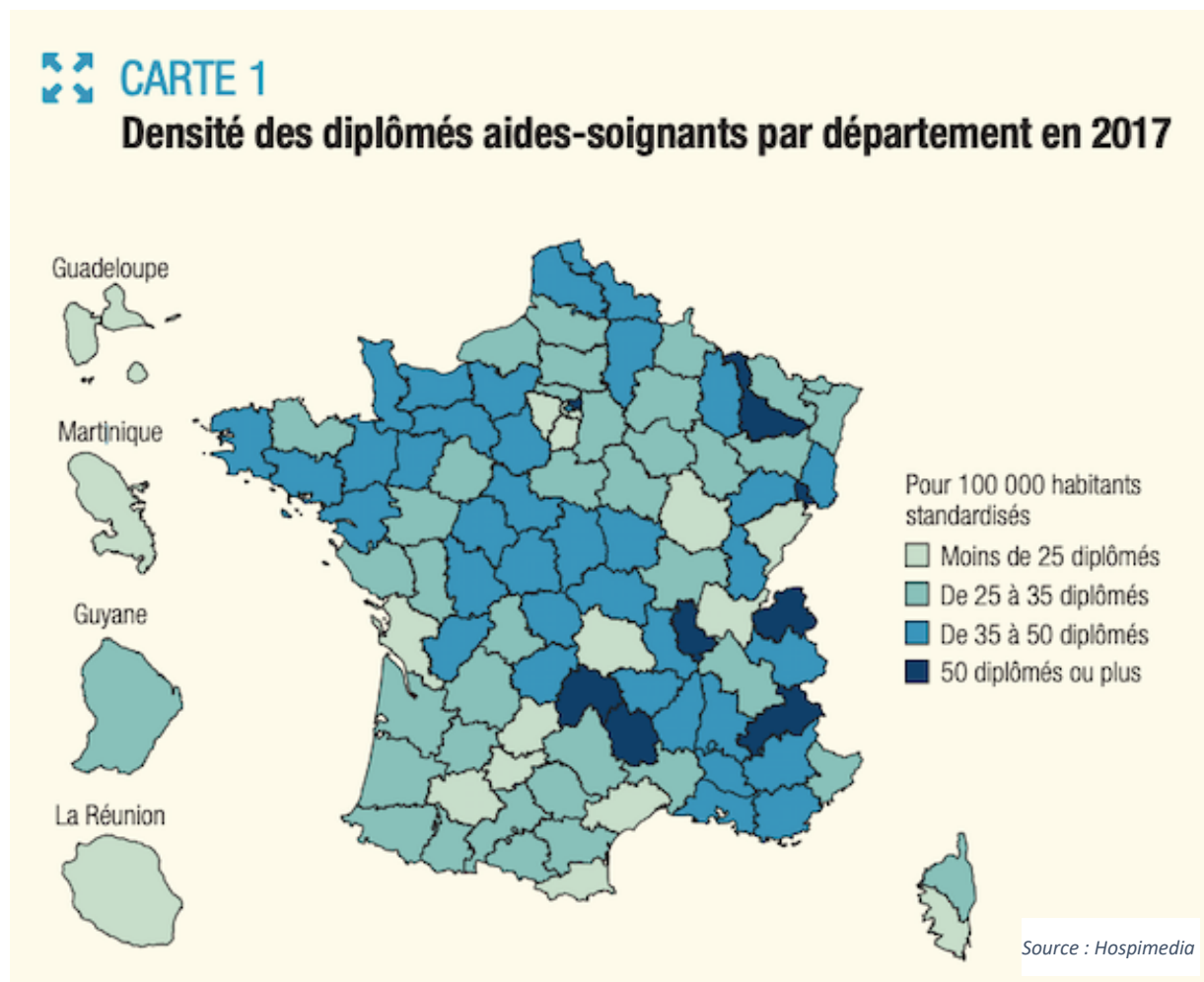
En effet, à l'exception de la Seine-Maritime, la région normande connaît une densité de diplômés aides-soignants relativement favorable par rapport à la moyenne nationale : entre 35 et 50 diplômés pour 100 000 habitants standardisés en 2017.

90 % des nouveaux entrants sont des femmes (moyenne au niveau national).

¹³⁴ Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives.

¹³⁵ Se reporter au rapport du CESER Normandie : « Intelligence artificielle, la Normandie cherche l'algorithme gagnant » (mars 2019).

Le **Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS)** de Caen, qui a ouvert ses portes en



2014, regroupe les formations médicales et paramédicales, la recherche universitaire en biologie ainsi que le Pôle de Recherche et d'Innovation en Santé (PRIS). Ce dernier, réservé à l'accueil de projets innovants en santé, offre aux industriels un environnement leur permettant d'évaluer des solutions technologiques innovantes pour la médecine.

Depuis janvier 2018, la Normandie dispose d'une **formation diplômante aux enjeux de la santé**. Le diplôme résulte d'un partenariat entre l'Université de Caen, le pôle TES, l'Institut de l'innovation et du développement de l'entrepreneuriat (InsIDE) et de l'École de Management de Normandie. Il apporte des réponses à des questions d'ordre légal, déontologique ou technique, permet l'élaboration de projets collaboratifs de recherche académique et industrielle ainsi que l'utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la santé.

5.3 L'état de santé de la population normande

Il convient de rappeler d'emblée que **la Normandie** fait hélas partie des régions dont **les indicateurs de santé sont les plus défavorables**.

L'espérance de vie à la naissance des Normands est l'une des plus faibles des régions métropolitaines, après les Hauts-de-France et la Bretagne.

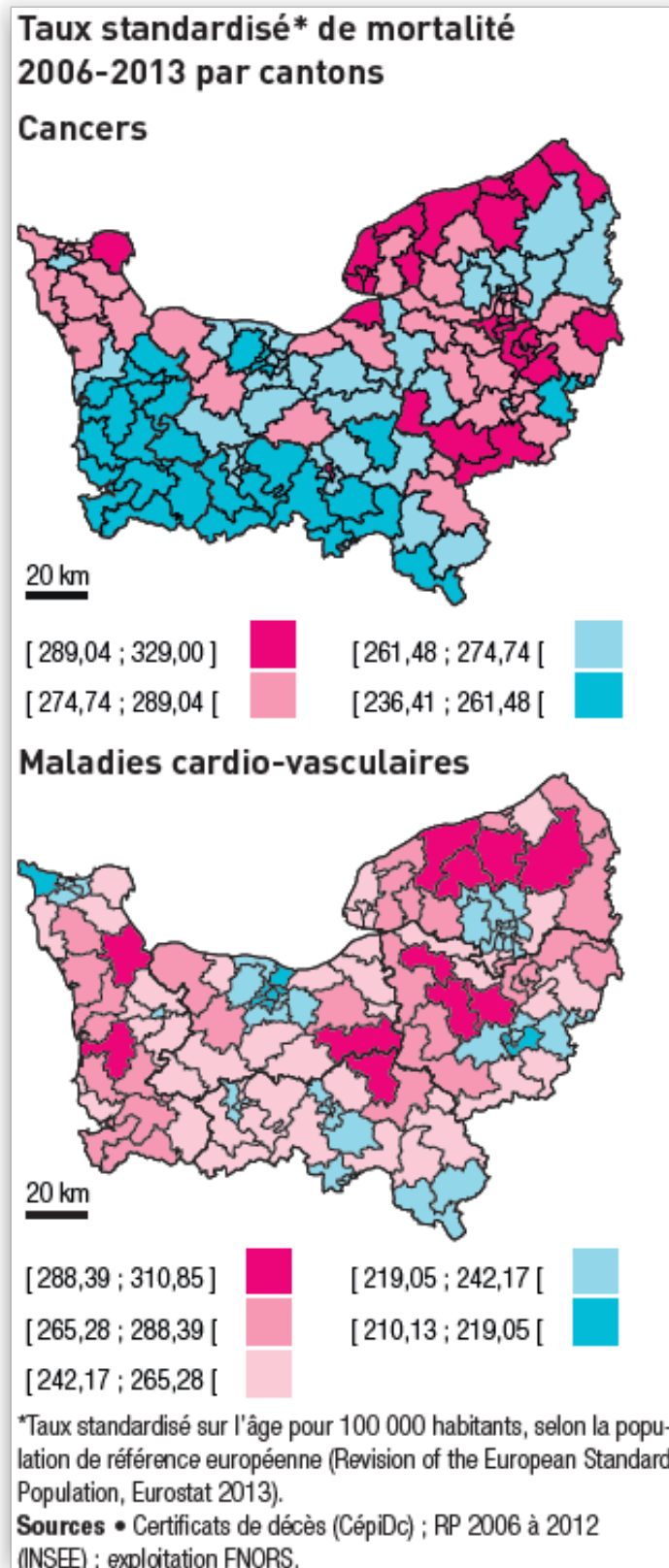
La surmortalité prématurée y est particulièrement forte, avec un taux de 13,6 % supérieur à celui du niveau métropolitain, plaçant la Normandie comme la deuxième région la plus fortement touchée par ce phénomène, après les Hauts-de-France.

Cette surmortalité normande¹³⁶ est également marquée pour les cancers puisque le différentiel avec la métropole y est de + 9,0 % chez les hommes et de + 4,4 % chez les femmes en 2011-2013.

S'agissant de la surmortalité normande par maladies de l'appareil respiratoire, elle est de + 7,7 % par rapport à la métropole, ce qui place la Normandie au 10^{ème} rang des régions françaises entre 2011 et 2013.

En 2018, on recensait 717 531 bénéficiaires en affection longue maladie (ALD), représentant une part de 21,5 % de la population (contre une proportion de 20,4 % au niveau national).

Le nombre de personnes prises en charge au titre d'une ALD est en progression constante. En 2008, la part des bénéficiaires normands en ALD s'élevait à 14,8 %. A l'instar de ce que l'on observe à l'échelle

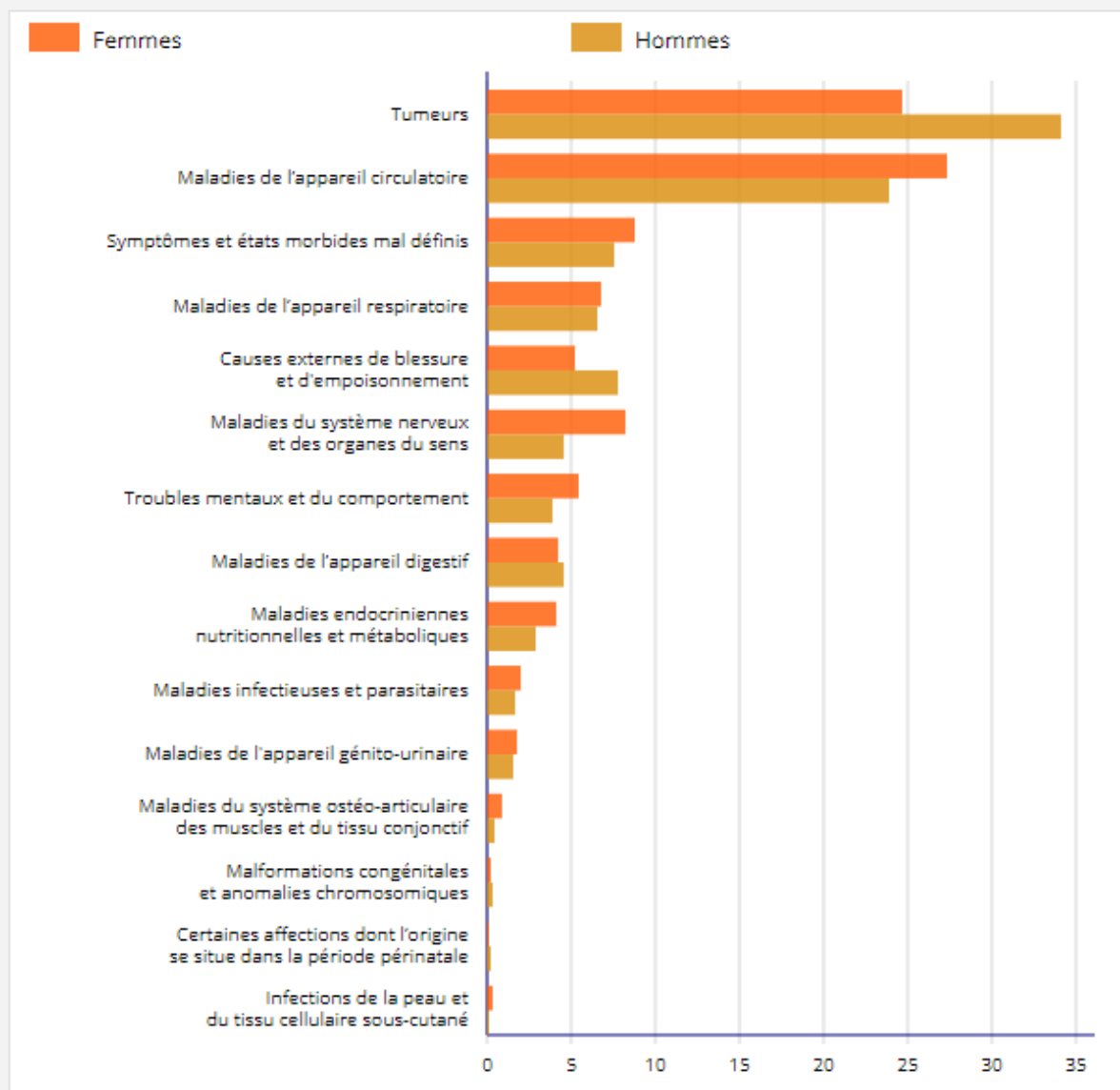


¹³⁶ Ces écarts avec la métropole sont surtout marqués pour la mortalité prématurée (soit avant 65 ans) par cancers : + 14,6 % chez les hommes et + 5,6 % chez les femmes (source : Rapport 2017 de la DREES, L'état de santé de la population en France).

nationale, **les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire** demeurent en effet les **premières causes de mortalité des Normands**, comme l'illustre la figure qui suit (à gauche):

Figure 1 – Plus d'un décès sur deux est dû à une tumeur ou à une maladie de l'appareil circulatoire

Les principales causes de décès selon le sexe en Normandie en 2015



Source : Inserm, CépiDc

5.3.1 Des indicateurs de santé défavorables

Malgré des taux de mortalité en forte diminution partout en France depuis la période 1982-1984, l'écart entre la Normandie et la moyenne métropolitaine s'est légèrement accentué en l'espace d'une trentaine d'années. Entre ces deux périodes, la Normandie est en effet passée du 10^e au 11^e rang des régions avec la plus faible mortalité générale, et du 10^e au 12^e rang de celles avec la plus faible mortalité prématurée.

On constate une **surmortalité marquée dans l'Eure et la Seine-Maritime**¹³⁷, ainsi que **dans les grandes agglomérations**. Elle est prioritairement liée à des problèmes cardiaques, à la consommation excessive de tabac et d'alcool et aux suicides.



La typologie des **7 territoires de démocratie sanitaire** délimitées par l'ARS à l'automne 2019, permet de procéder à un classement à partir d'un certain nombre de variables (mortalité globale, prévalence estimée des maladies chroniques, suicides et tentatives de suicide, mortalité infantile, inégalités d'espérance de vie), allant du plus défavorable au moins défavorable, tout en gardant toutefois à l'esprit que la Normandie est globalement dans une situation défavorable par rapport à la France métropolitaine.

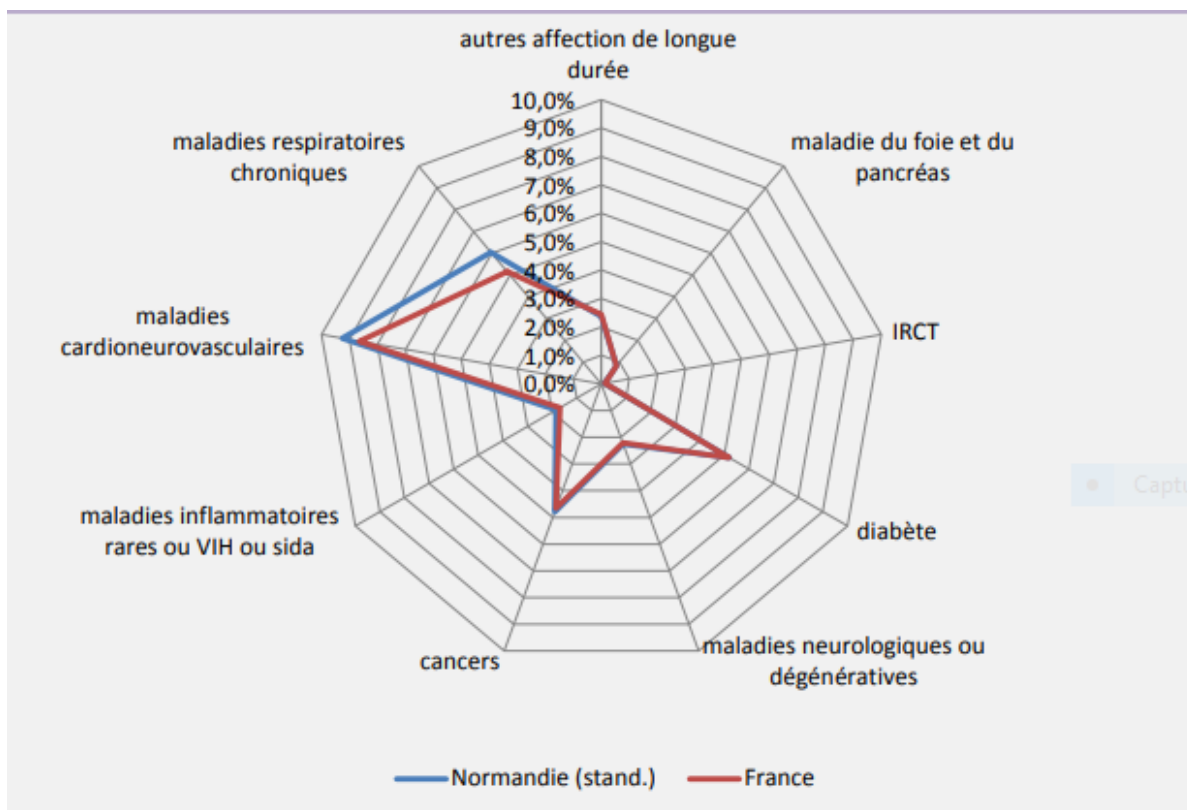
Ainsi, les **territoires de Dieppe – Evreux-Vernon – Le Havre – La Manche** sont les **plus défavorables** (en raison notamment d'une surmortalité globale pour les trois premiers et pour la Manche, d'une prévalence plus marquée sur les cancers et un taux de suicide important).

Les **territoires de Rouen-Elbeuf et de l'Orne** ont un **classement intermédiaire** : taux de tentatives de suicide élevé dans le premier, mortalité standardisée plus faible dans l'Orne mais prévalence plus forte sur les maladies chroniques.

¹³⁷ Sur les territoires de Dieppe, Evreux-Vernon et Le Havre.

Le **territoire du Calvados** est classé le plus favorablement en raison d'une mortalité plus faible que dans le reste de la région, une prévalence plus faible sur les maladies chroniques, même s'il est observé une prévalence un peu plus forte sur les cancers.

Les maladies chroniques



Source cartographie des pathologies 2013, CNAMTS exploitation ARS

Standardisation âge et sexe sur la population couverte du titre du Régime Général et des sections locales mutualistes

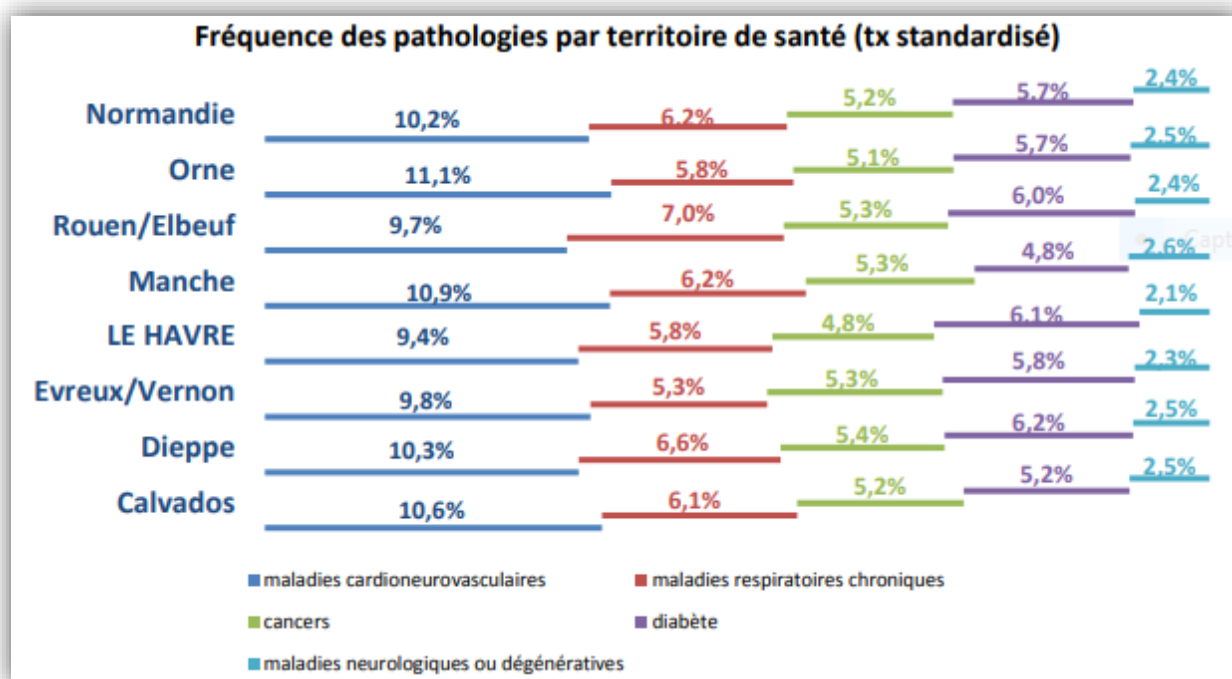
La Normandie est **particulièrement touchée par les maladies cardio-neuro-vasculaires et respiratoires**. Sur les 10 pathologies présentées dans le graphique radar ci-dessous, les maladies cardio-neuro-vasculaires (AVC, artériopathie, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, etc) sont les plus importantes et touchent presque 10 % des bénéficiaires de l'Assurance Maladie. Les maladies respiratoires chroniques (Asthme, BPCO¹³⁸) arrivent en second et touchent plus de 6% des bénéficiaires.

Le **diabète et le cancer** arrivent en troisième et quatrième position ; leur proportion dans la population couverte ne se distingue pas du niveau national.

La fréquence des pathologies varie très significativement d'un territoire à l'autre. Ainsi, les territoires de santé de l'Orne et de la Manche présentent une proportion de pathologies cardio-neuro-vasculaires standardisée plus importante que le reste du territoire.

¹³⁸ BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; à noter que le sigle « IRCT » figurant dans le graphe signifie insuffisance rénale chronique terminale.

Les maladies respiratoires chroniques sont quant à elles plus importantes sur les territoires de Rouen/Elbeuf et Dieppe. S'agissant des cancers, ils semblent être plus importants sur le territoire de Dieppe tandis que la partie orientale de la Normandie semble davantage



touchée par le diabète. Enfin, les maladies neurodégénératives semblent plus toucher la partie occidentale et le territoire de santé de Dieppe. De manière générale, l'importance des pathologies peut varier sensiblement d'un territoire à l'autre¹³⁹.

179

Pour ne citer que quelques exemples, on observera :

- une proportion standardisée¹⁴⁰ plus élevée de pathologies cancéreuses dans les territoires de Cherbourg, Rouen, Caen, Evreux et le sud Orne ;
- une proportion de personnes atteintes de maladies neurodégénératives plus forte dans les territoires autour de Caen, Cherbourg et Rouen ;
- une proportion des troubles névrotiques et de l'humeur plus importante sur les territoires de Dieppe, de la Manche, de Rouen-Elbeuf et de l'Orne, etc.

5.3.2 Une population normande particulièrement vieillissante

Le vieillissement de la population constitue un enjeu sociétal majeur : à l'horizon 2040, la population normande devrait s'accroître de 240 000 habitants, principalement dans l'Eure (+ 96 000) et dans le Calvados (+ 83 000) mais ce seront exclusivement les effectifs des plus de 60 ans qui augmenteront. Alors qu'ils représentent aujourd'hui 22 % de l'ensemble, ce ratio

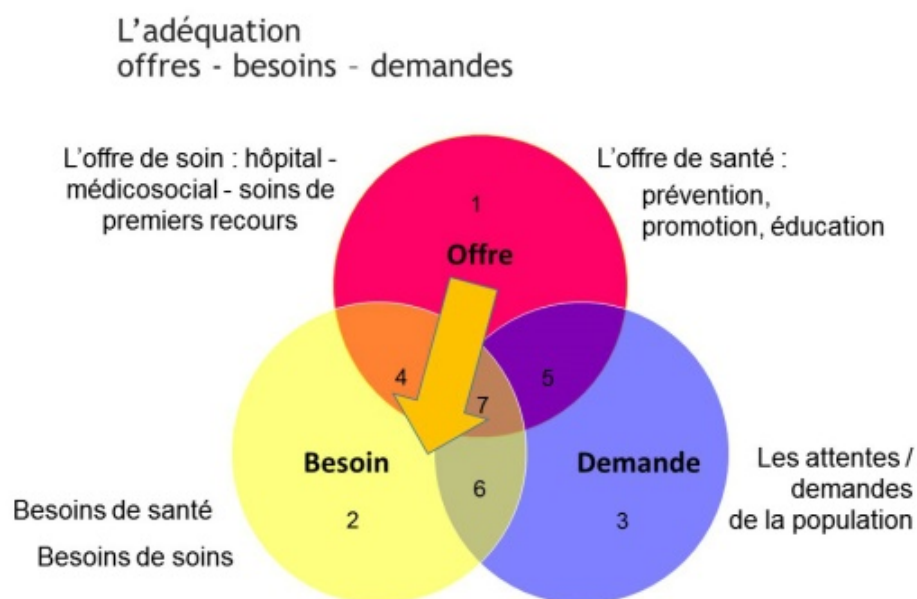
¹³⁹ Pour plus de détails, lire le Diagnostic régional sur les besoins de santé, réalisé par l'ARS en janvier 2017 : <https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Diagnostic%20Territorial%20V23012017.pdf>.

¹⁴⁰ Une proportion ou taux standardisé résulte de que l'on observerait dans la région, les départements ou EPCI si ces différents échelons géographiques avaient la même structure par âge et sexe que la population de référence.

passerait à 33 % en 2040. Selon les départements, les effectifs augmentent de 50 % (Orne) à 80 % (Eure). Quel que soit le département, les effectifs des plus de 80 ans doubleraient en 2040. L'âge moyen augmenterait ainsi d'environ 5 ans en Normandie.

Chapitre 6 - L'accès à la santé et aux soins en Normandie

- ☒ Organisation de la santé : le projet régional de santé en Normandie
- ☒ L'offre de soins en Normandie
- ☒ Une organisation territoriale complexe et en pleine évolution
- ☒ La démocratie sanitaire
- ☒ L'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de précarité
- ☒ L'intervention de la Région Normandie en matière de santé



181

La mise en œuvre de politiques publiques de la santé consiste à intervenir sur des notions de besoins, de demande et d'offre, ainsi que sur leurs interactions. La situation idéale est une offre de santé qui satisfait un besoin pour lequel il y a une demande. A travers un travail d'observation et d'évaluation constant, l'ARS a pour principale mission de veiller à assurer au mieux ces adéquations.

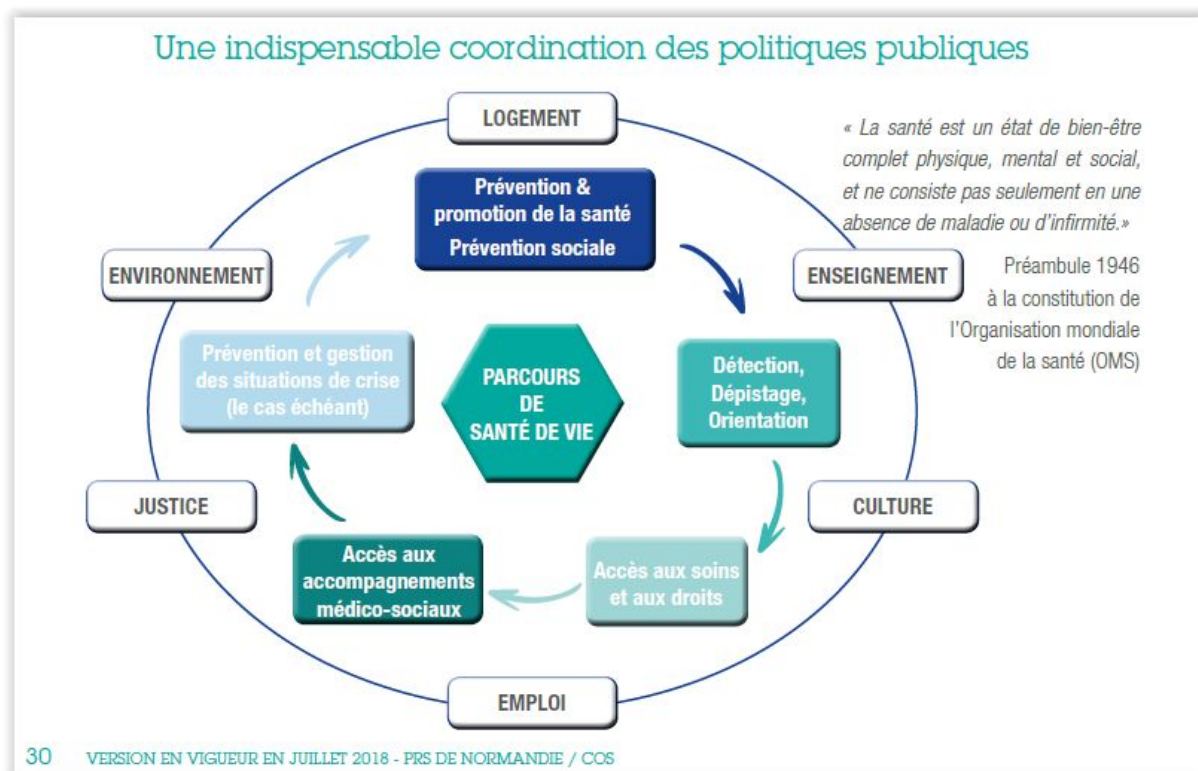
En Normandie, des indicateurs d'état de santé (mortalité, morbidité) plus défavorables qu'en France métropolitaine et des spécificités infra régionales appellent à la plus grande vigilance, *a fortiori* sur un territoire aussi contrasté dans sa géographie, son économie et sa sociologie.

Sur la base du diagnostic régional, des diagnostics territoriaux réalisés, des enjeux de santé de la région et des moyens d'agir, l'ARS a décidé, avec ses partenaires, de faire des **parcours de santé et de vie l'angle principal** du **projet régional de santé (PRS)**.

Le projet régional de santé comprend **dix objectifs stratégiques** s'appliquant tous aux **huit parcours de santé et de vie** retenus.

L'**objectif n°1** est ciblé sur la **prévention** et la **promotion de la santé** : « Faire de la prévention et de la promotion de la santé le premier levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie ».

6.1 Organisation de la santé : le projet régional de santé (PRS) en Normandie



182

Réformé en 2016¹⁴¹, le **projet régional de santé** (PRS) est désormais constitué de trois documents :

- d'un cadre d'orientation stratégique (COS)
- d'un schéma régional de santé (SRS)
- d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Les **parcours de santé et de vie** visent à articuler les soins avec les actions de promotion de la santé et de prévention, l'accompagnement médico-social et social ; il intègre les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.

L'ARS a ainsi identifié **8 parcours de soins** :

- périnatalité et développement de l'enfant
- santé des enfants et des jeunes
- personnes en situation de handicap
- personnes âgées en perte d'autonomie
- psychiatrie et santé mentale

¹⁴¹ A travers la loi de modernisation de notre système de santé.

- cancers
- maladies chroniques » insuffisance cardiaque
- maladies chroniques » asthme / BPCO¹⁴²

6.1.1 Le cadre d'orientation stratégique (COS) : il vise un horizon à dix ans

Le cadre d'orientation stratégique (COS) 2018-2028 de la Normandie détermine les objectifs généraux et les résultats attendus pour améliorer l'état de la santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le COS s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Il repose, dans ce contexte, sur deux principales ambitions :

- La santé pour tous, une ambition collective
- La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur.

Les **10 objectifs** du **cadre d'orientation stratégique normand (COS)** sont les suivants :

3. LES AMBITIONS EN NORMANDIE p. 14

La santé pour tous, une ambition collective

- Objectif n°1. Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1^{er} levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie
- Objectif n°2. Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités
- Objectif n°3. Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches
- Objectif n°4. Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé
- Objectif n°5. Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins

La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur

- Objectif n°6. Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible
- Objectif n°7. Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants
- Objectif n°8. Mettre l'innovation au service du système de santé
- Objectif n°9. Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la complémentarité et l'articulation de leurs politiques au service d'une action globale de santé
- Objectif n°10. Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide

¹⁴² Bronchopneumopathie chronique obstructive.

6.1.2 Le schéma régional de santé (SRS) : établi pour 5 ans

Le **schéma régional de santé (SRS)**, désormais unique, est **établi pour 5 ans**, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des **prévisions d'évolution** et des **objectifs opérationnels**.

Il fusionne les schémas d'organisation des soins (SROS) et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROM).

Il s'agit d'un document « unique », ce qui signifie que quelles que soient les populations ou les pathologies, l'action se structure autour des mêmes objectifs que sont : la prévention, la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic, les soins, la prise en charge et l'accompagnement.

Avec ses 32 objectifs transversaux, il vise à organiser une action pour prévenir et répondre aux ruptures identifiées dans les huit parcours de soins.

6.1.3 Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)

Intégré au Projet régional de santé (PRS), Il existe depuis la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et a connu différentes évolutions au fur et à mesure de ses renouvellements. Il constitue désormais le **seul programme obligatoire** au sein du Projet régional de santé (PRS).

Le PRAPS permet un **éclairage spécifique sur la situation des personnes les plus en difficulté vis-à-vis de la santé**. Il compile dans un même document les questions spécifiquement relatives à un accès plus équitable à la prévention, aux droits, aux soins et aux accompagnements médico-sociaux des publics les plus éloignés des dispositifs de droit commun.

6.1.4 La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

Mises en place par la loi du 21 juillet 2009, les **conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)** sont des **organismes consultatifs** ayant pour objectif de **contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé**. Elles sont censées constituer le pivot de la démocratie sanitaire au niveau régional.

La fusion des deux régions normandes, intervenue le 1er janvier 2016, a conduit à la création de la CRSA de Normandie le 5 juillet 2016. Composée de **96 membres** répartis en **8 collèges**¹⁴³, elle est pensée comme un lieu privilégié de concertation et d'expression de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé, y compris des représentants des usagers. Le

¹⁴³ Les 8 collèges : représentants des collectivités territoriales – représentants des usagers des services de santé et médico-sociaux – conférences de territoires – partenaires sociaux – acteurs de la cohésion et de la protection sociales – acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé – offreurs des services de santé – personnalités qualifiées.

collège 2 qui réunit les représentants des usagers des services de santé et médico-sociaux compte 16 membres.

A l'instar de ce qui est observé au niveau national, il est globalement estimé que les **pouvoirs de la CRSA restent marginaux** et qu'ils pèsent malheureusement peu sur la prise de décision.

6.1.5 Le Plan régional Santé-Environnement (PRSE)

Le concept de « *santé environnementale* » mis en lumière par l'OMS lors de la Conférence Européenne sur l'Environnement et la Santé à Helsinki en 1994, ainsi que celui de « *pathologies environnementales* », définissent les pathologies provoquées par les environnements biologiques, chimiques, physiques et socio-anthropologiques qui déterminent les écosystèmes dans lesquels l'homme vit.

En 2006, l'OMS estimait que 14 % de la mortalité française – soit 74 300 décès – était liée à l'environnement au sens large, dont une part importante à la pollution atmosphérique.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) estime que ces chiffres minorent probablement la réalité étant donné que des travaux plus récents permettent d'établir des liens de causalité qui n'étaient pas encore disponibles en 2006. Il souligne que les effets sanitaires de la dégradation de l'environnement peuvent être estimés à plus de 7,5 % du produit intérieur brut, en ne tenant compte que de la pollution de l'air, de la pollution sonore et de la faible proportion de dégâts chiffrables des perturbateurs endocriniens (pesticides, plastifiants...).

Selon deux rapports¹⁴⁴ très sévères, le troisième Plan National Santé-Environnement (PNSE) n'a eu aucun impact sanitaire positif mesurable¹⁴⁵.

Les propos de William DAB – épidémiologiste, professeur au Conservatoire national des arts et métiers, et ancien directeur général de la santé – sont à cet égard clairs et sans appel : « *Le constat tiré par les inspections est particulièrement affligeant. Il est très rare que sur un sujet aussi important que l'impact de l'environnement sur la santé, une politique publique se situe à un tel niveau de défaillance* ».

La pollution atmosphérique a des impacts significatifs sur la santé, comme l'a démontré une récente étude réalisée par Santé Publique France. Elle serait en effet responsable de 48 000 décès en France chaque année, soit 9 % de la mortalité. **En Normandie**, la proportion est identique à la moyenne nationale, avec **2 600 décès par an liés à la pollution de l'air**. Les villes moyennes et territoires ruraux, bien que moins sévèrement touchés que les grandes villes, sont également concernés.

Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE3) qui concerne la période 2017-2021 a été élaboré à partir du troisième Plan National Santé Environnement¹⁴⁶(PNSE3) lequel vise à réduire de façon encore plus efficace les impacts négatifs de l'environnement sur la santé et

¹⁴⁴ Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD)

¹⁴⁵ Lire article paru dans Le Monde le 23 juillet 2019 : « Santé-environnement : 110 mesures, pas d'effets ».

¹⁴⁶ Le Plan National Santé Environnement est appelé à être renouvelé tous les cinq ans.

à promouvoir les dynamiques locales pour un environnement favorable à la santé de tous. Il se donne pour objectif de réduire les disparités territoriales avec une attention particulière pour les publics plus vulnérables, notamment les femmes enceintes et les jeunes enfants.

Les priorités du PRSE se déclinent en 5 axes stratégiques et 16 objectifs :



6.2 L'offre de soins en Normandie

En Normandie, le **taux d'équipement sanitaire** est **identique à celui de la France métropolitaine**. Il y a toutefois des **disparités territoriales fortes** pour l'offre de premier recours, avec une démographie des professions de santé en tension et des médecins inégalement répartis sur le territoire régional.

Le **maillage hospitalier** est **très dense** et offre un **nombre important de plateaux techniques**. Le taux d'équipement moyen est important par rapport à la moyenne nationale, ce qui a pour effet de masquer des difficultés sur certains territoires de proximité. La Normandie offre également une bonne couverture en équipement de scanners mais des zones blanches pour les IRM.

Il convient toutefois d'insister sur le fait que **la dispersion de plateaux techniques s'avère être une faiblesse plus qu'une force**, dans un **contexte de rareté de la ressource médicale** où la préoccupation majeure reste bien celle de maintenir et d'attirer des médecins sur les territoires.

L'ARS a défini **6 grandes mesures** pour **développer l'offre de soins** en Normandie :

- Aides fiscales et financières à l'installation de médecins dans les zones fragiles (il y en a 85 en Normandie auxquelles s'ajoutent les quartiers prioritaires de la ville) ;

- stages et attribution de bourses à des étudiants en médecine en contrepartie d'une installation future, au profit des territoires fragiles ;
- aide à la création de pôles de santé libérale et ambulatoire (PLSA ou « maisons de santé ») visant à encourager l'exercice groupé et coordonné des professionnels ; il en existe 86 en Normandie ;
- soutien au développement de l'exercice multisite des médecins libéraux ;
- libération de temps médical en déléguant des tâches à d'autres professionnels de santé comme les infirmiers en pratique avancée (IPA) ;
- déploiement de la télémédecine pour abolir les distances, notamment dans les EHPAD ; objectif de l'ARS : 100 % des EHPAD normands équipés en 2023.

6.2.1 L'offre hospitalière et médico-sociale

Dans son rapport d'activité 2018, l'ARS Normandie recensait :

- ✓ **123 établissements de santé**¹⁴⁷ en Normandie
- ✓ 11 groupements hospitaliers de territoire (GHT)
- ✓ 170 services de soins infirmiers à domicile
- ✓ 610 établissements et services pour les personnes handicapées (23 796 places)
- ✓ 390 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrant 34 201 places
- ✓ 250 foyers logements
- ✓ 130 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD)
- ✓ 25 Unités de soins de longue durée (USLD)

187

Les **personnes âgées dépendantes** sont accompagnées par plusieurs types de structures devant en principe offrir une adéquation entre l'état physique et psychique de la personne, les spécificités de la structure, et les possibilités de financement :

- Les **établissements et structures médicalisés** : unités de soins de longue durée (USLD), EHPAD, unités de vie ;
- les **services à domicile** : services de Soins Infirmiers à Domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SSIAD – SPASAD) ; Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ; services d'aide à domicile (auxiliaires de vie),
- les **établissements et structures non médicalisés** : foyers logements, établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA),
- **l'accueil de jour et l'hébergement temporaire** : lien entre les institutions et le domicile ;
- la méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).

¹⁴⁷ Offre hospitalière et médico-sociale.

97,6 % de la population normande réside à moins de 30 minutes des urgences et 98,5 % des femmes en âge de procréer à moins de 45 minutes d'une maternité. Ces pourcentages varient toutefois significativement en fonction des territoires : dans la Manche et l'Orne, ce sont respectivement 4,3 % et 7,6 % des femmes en âge d'avoir des enfants qui habitent à plus de 45 minutes d'une maternité.



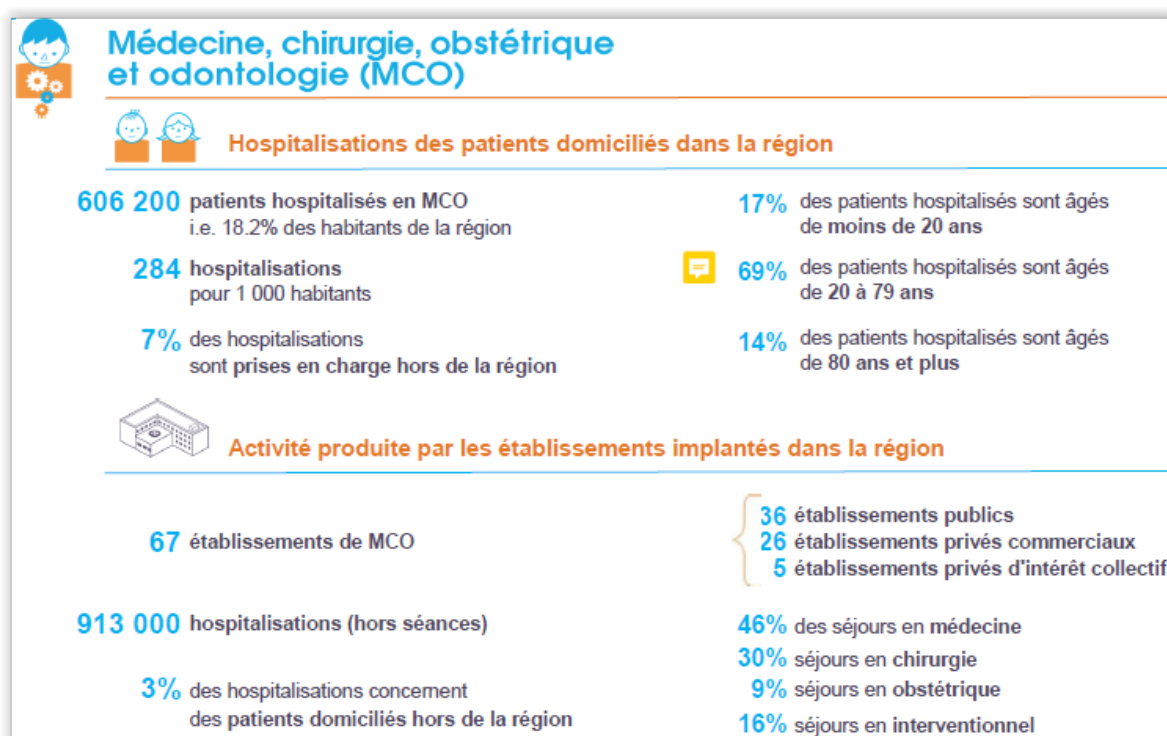
On s'aperçoit sur la carte ci-contre qui renseigne sur la localisation de la prise en charge des patients que les deux capitales régionales **Caen et Rouen** sont **très attractives pour les territoires normands limitrophes**.

En 2018, on a assisté à trois cessations d'activité : à la Clinique de Flers (Orne), à l'hôpital local de Saint-James (Manche) et à la Clinique les Aubépines (territoire de Dieppe) qui ont eu des répercussions sur l'activité générale, de même que l'annonce de la fermeture de la maternité de Bernay (dans l'Eure) effective en 2019, mais préalablement annoncée pour octobre 2018.

Les établissements d'Alençon – limitrophes de la Sarthe – attirent naturellement des patients extérieurs au département. A l'inverse, la proximité de l'Ile-de-France, du Mans ou de Rennes entraîne naturellement des fuites vers les autres régions.

Pour des raisons qu'il n'est pas besoin d'explicitier, les citoyens sont très attachés au maintien des structures hospitalières de proximité. A cet égard, les fermetures de maternités cristallisent le sentiment d'abandon que peuvent ressentir les habitants sur un

territoire donné et ont même valeur de symbole des fractures territoriales et sanitaires observées. Le géographe Emmanuel Vigneron a récemment mis en lumière cet élément, en soulignant que **sur une période d'un peu plus de 20 ans** (entre janvier 1997 et mars 2019), **la France a perdu près de la moitié de ses maternités** (338 sur 835).



Normandie - Données issues du PMSI 2018

En Normandie, ce sont **cinq maternités** qui ont été **fermées au cours de ces dix dernières années** (la plus récente étant celle de Bernay), en dépit de la mobilisation des élus et des habitants, même si quatre d'entre elles ont été transformées en centres de périnatalité¹⁴⁸ : celle de Vire (avril 2013), de Falaise (octobre 2015), du centre hospitalier de la Côte Fleurie (juillet 2015) et de la clinique Henri-Guillard de Coutances (mars 2016).

Bien que motivées par des considérations de sécurité sanitaire – une activité trop faible, inférieure à 300 accouchements par an peut nuire aux pratiques nécessaires en cas d'incident¹⁴⁹ – ces fermetures provoquent légitimement de l'incompréhension et même de l'indignation quand elles surviennent en dépit d'un seuil réglementaire suffisant d'accouchements (en l'occurrence, le cas de la maternité de Bernay) et laissent penser que des considérations budgétaires prédominent dans certains cas.

Il convient néanmoins d'avoir à l'esprit que la fermeture de certaines unités hospitalières résulte aussi souvent d'un manque de professionnels de santé¹⁵⁰ (à commencer par les

¹⁴⁸ En matière de périnatalité, on distingue en Normandie deux zones non couvertes par un accès en moins de 45 minutes : il s'agit du Perche ornais et du territoire de Lessay-Barneville (Manche).

¹⁴⁹ En cas de pénurie de gynécologues et d'anesthésistes.

¹⁵⁰ La décision de fermeture du service de médecine interne de l'hôpital de Lisieux à partir du 1er juillet 2020 « pour une durée indéterminée » en est un exemple. Suite au départ à la retraite du chef de service, l'établissement n'avait encore trouvé, en juin 2020, aucune solution de remplacement.

médecins anesthésistes), ce qui est insuffisamment mis en lumière par les médias. Ces derniers se sont toutefois fait l'écho de la fermeture du centre de soins non programmés de l'hôpital de Valognes à l'été 2020, faute d'effectif médical. Le centre fonctionne en lien avec les médecins du service des urgences de Cherbourg et le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ; or, le CH public du Cotentin (à Cherbourg) rencontrant d'importants problèmes de recrutements de praticiens et recourant massivement à l'intérim médical, sa direction a fait le choix de mobiliser ses ressources humaines sur les services d'urgences et les SMUR.

Le cas de la psychiatrie

Comme il est clairement énoncé dans l'introduction de ce présent rapport, **la situation sur le traitement de la maladie mentale en Normandie présente des éléments si alarmants qu'elle mérite une étude qui y soit intégralement consacrée** ; un éclairage très sommaire, dilué dans une étude qui s'est donné pour objectif de traiter la question de l'accès à la santé et aux soins, serait même malvenu.

Si l'on assiste par chance à une bonne dynamique en matière de pédopsychiatrie en Normandie – illustrée par la création de chaires universitaires – il en va tout à fait différemment dans le domaine de la psychiatrie adulte.

Nous ne mentionnerons ici que le cas très frappant de l'hôpital psychiatrique du Rouvray (à Sotteville-lès-Rouen, à proximité de Rouen) épinglé en novembre 2019 par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) qui a signalé des « *dysfonctionnements extrêmement graves* » dans l'établissement. Sur-occupation des locaux, fermeture complète de 21 unités sur 23, manquement à la déontologie professionnelle constituant des violations graves des droits fondamentaux des patients... : la situation a été relatée dans différents médias locaux et nationaux.

Les soignants de l'établissement, qui avaient mené une grève de la faim en 2018 pour dénoncer le manque d'effectifs et l'impossibilité d'assurer un accueil digne aux patients, ont été particulièrement heurtés par les propos du CGLPL qui a conclu avant tout à un problème d'organisation du travail et de culture de l'hôpital. On peut considérer cet exemple comme un symptôme douloureux de la crise profonde que traverse le domaine de la psychiatrie et l'univers hospitalier.

L'hôpital psychiatrique Pierre-Janet au Havre, dont le personnel s'est fortement mobilisé à la même période et pour des raisons relativement similaires, a lui aussi tristement défrayé la chronique¹⁵¹.

6.2.2 Les professionnels de santé

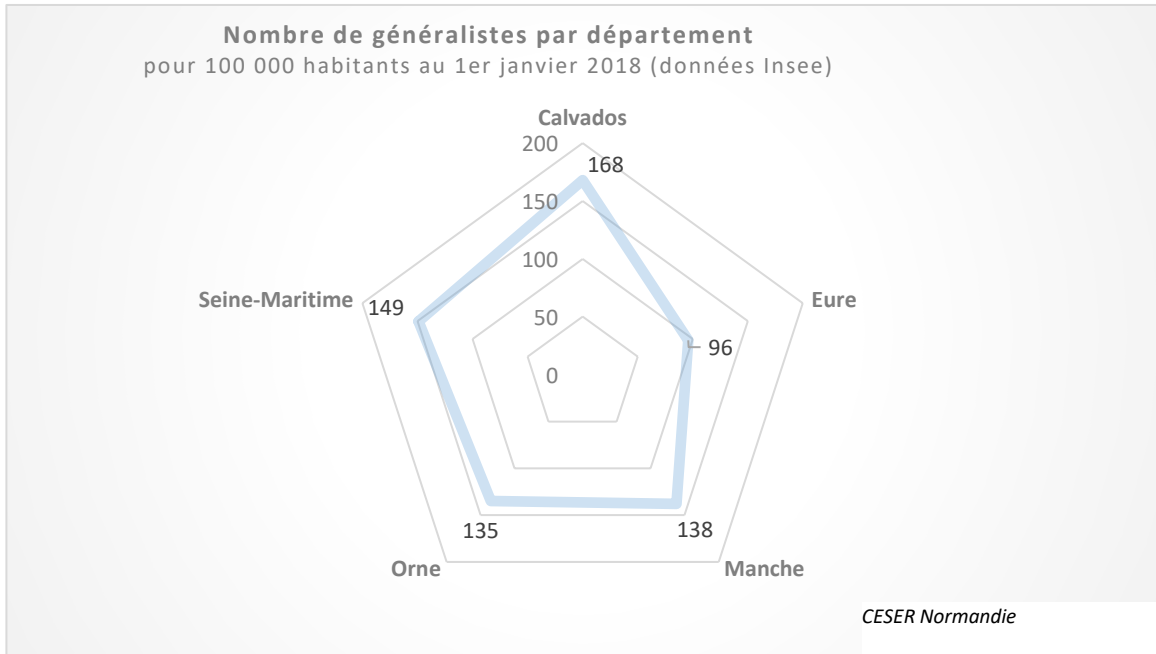
La Normandie souffre d'un déficit grandissant en termes de densité médicale comparativement au niveau national, avec un écart supérieur à 17 %. Ce déficit approche même les 35 % pour le département de l'Orne dans lequel la majorité des médecins de

¹⁵¹ Voir le documentaire « *Psychiatrie : le grand naufrage* », réalisé en 2019 par Raphaël Tresanini, tourné pour partie à l'hôpital psychiatrique Pierre-Janet du Havre et à l'hôpital psychiatrique du Rouvray.

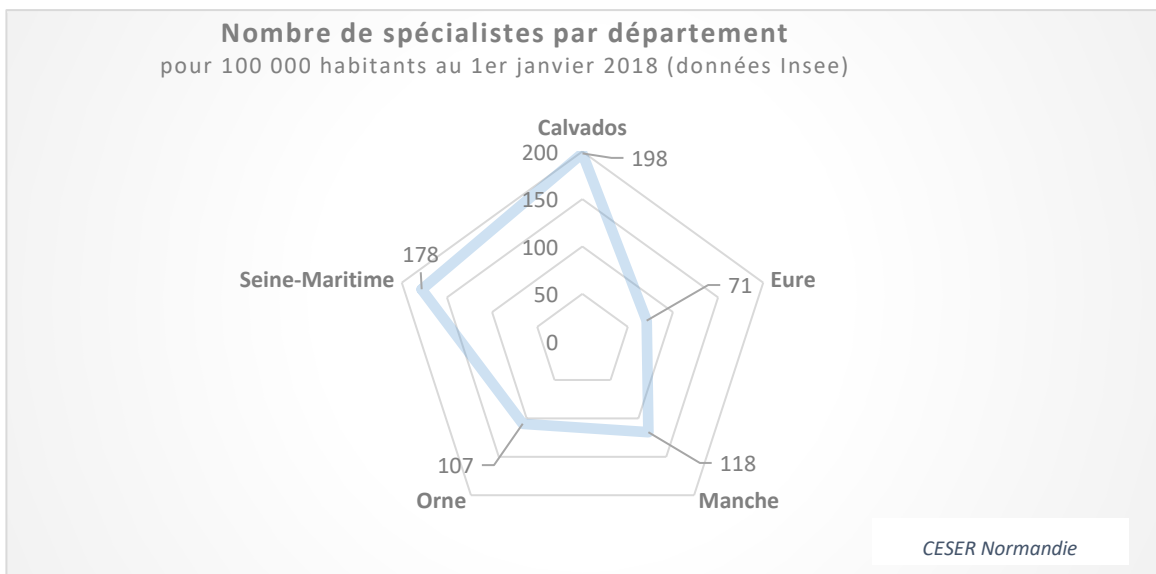
premier recours est, qui plus est, soit âgée de plus de 60 ans (40 % d'entre eux), soit diplômée à l'étranger (16 %).

Dans son rapport d'activité 2018, l'ARS Normandie dénombre les professionnels de santé présents sur son territoire de la manière suivante :

- ✓ 3 945 **médecins généralistes** (2016 : 4 158)



- ✓ 4 498 **médecins spécialistes** : très inégalement répartis sur les territoires, comme l'illustre le graphe qui suit :



- ✓ 1 338 **chirurgiens-dentistes**¹⁵² : la Normandie est classée au dernier rang des régions françaises en termes de densité de chirurgiens-dentistes libéraux ; la profession est quasiment pour les deux tiers masculine, même si l'équilibre femme/homme est acquis pour les jeunes générations
- ✓ 31 644 **infirmiers** prodiguant classiquement deux types de soins : les actes infirmiers de soins (AIS – qui sont des soins d'hygiène) et les actes médico-infirmiers (AMI)
- ✓ 2 894 **masseurs-kinésithérapeutes** : principalement implantés dans les agglomérations, leur répartition est inégale à l'échelle régionale ; l'Orne et l'Eure sont moins bien pourvus
- ✓ 3 360 **pharmaciens libéraux ou salariés** (et 997 officines) : 40 % des pharmacies sont administrées par un pharmacien unique. Les structures les plus importantes peuvent comprendre jusqu'à 4 ou 5 docteurs en pharmacie. La moitié des pharmaciens sont installés depuis douze ans ou plus dans leur commune. Le rythme actuel d'environ 120 nouvelles installations chaque année permet de compenser les départs en retraite.

	Région	France
Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (2018, DREES)	160,8	193,8
Densité de personnels médicaux (salariés et libéraux, hors internes) des établissements sanitaires pour 100 000 habitants* (2018, SAE)	158,8	184,1

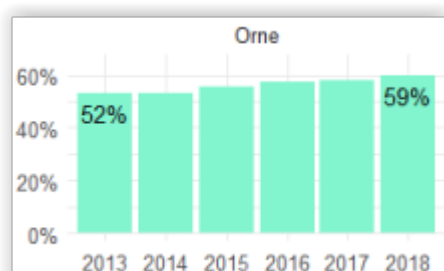
* basée sur les données du bordereau Q21 de la SAE ; correspond à la somme des ETP moyen annuel des personnels médicaux salariés et des effectifs de praticiens libéraux des établissements sanitaires (disciplines MCO HAD SSR et psychiatrie) rapportée à la population régionale.

Près de 2 500 médecins généralistes libéraux constituent le premier maillon médical auprès de la population normande. L'Eure et l'Orne détiennent les plus faibles densités médicales. Bien que les femmes représentent un tiers de ces effectifs, la pyramide des âges affiche qu'en dessous de 50 ans, ces effectifs sont majoritairement féminins.

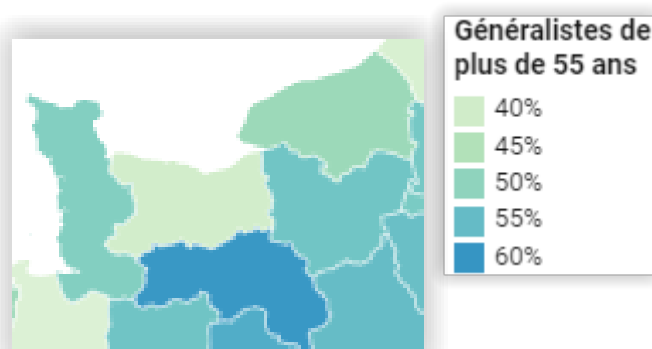
En matière de **médecins généralistes**, l'Orne se trouve dans une **situation particulièrement alarmante** en cumulant plusieurs problèmes : une faible densité en médecins, des praticiens très âgés et des difficultés à en attirer de nouveaux. Leur nombre pourrait être divisé par deux d'ici 2023. Arnaud Rousseau, responsable de la cellule Démographie médicale au département détaille cet état de fait : « *Il y a aujourd'hui 165 médecins généralistes libéraux dans le département, et en 2023, on en aura 80. On perd entre dix et vingt médecins par an* ».

¹⁵² En août 2020, l'Ordre des chirurgiens-dentistes recense 50 spécialistes pour 100 000 habitants dans le Calvados contre seulement 35,5 dans l'Eure. Or, la densité moyenne des chirurgiens-dentistes en France s'établit à 66,78 médecins pour 100 000 habitants.

La part de généralistes âgés de plus de 55 ans s'est encore accrue de 7 points entre 2013 et 2018 et la situation n'est pas particulièrement favorable non plus dans les autres départements normands :



Part de médecins généralistes de plus de 55 ans en 2018 (source : La Gazette des communes).



Part de médecins généralistes de plus de 55 ans sur le nombre total de généralistes par département en 2018

La pénurie de **médecins spécialistes** ajoutée à un nombre important de praticiens âgés de plus de 55 ans prédit une période encore plus compliquée dans les 5 à 10 ans à venir dans plusieurs départements normands. Ainsi, tandis que le Calvados et la Seine-Maritime sont moins menacés avec une part de 38 % de ses spécialistes âgés de plus de 55 ans, la Manche et l'Orne comptent la moitié de ses spécialistes dans cette tranche d'âge. C'est dans le département que l'Eure que la situation est la plus délicate avec un taux de 56,7 % de spécialistes de plus de 55 ans¹⁵³.

SOS Médecins dans le Nord-Cotentin

53 communes couvertes

56 000 interventions par an (dans une zone de population de 80 à 100 000 habitants) : la structure de Cherbourg a le **meilleur taux de pénétration** sur les SOS Médecins en France

En moins de 10 ans, une augmentation de 60 % de l'activité auprès des plus de 75 ans ;

70 % des consultations au centre et 30 % à domicile ;

En mai 2019, une application téléphonique, lancée seulement trois mois plus tôt, rassemblait déjà 25 % des rendez-vous pris.

Aujourd'hui, Frédéric Bastian¹⁵⁴ explique que « la complémentarité est parfaite avec les médecins de ville, le SAMU, l'hôpital et la polyclinique du Cotentin. Il n'y a plus de bataille de chapelle. »

SOS Médecins a des parts sociales dans la société qui porte le centre de santé Brès-Croizat ; ouvert depuis janvier 2020, celui-ci regroupe différents professionnels de santé (dont des médecins salariés) à Cherbourg.

Localisé à Cherbourg, c'est aussi un **centre d'appels unique en France**, regroupant plusieurs associations de SOS médecins en France, recevant plus de 600 000 appels par an.

Avec seulement 6,6 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants¹⁵⁵, **l'Eure fait partie des départements français les plus touchés par la désertification médicale**. La balance actuelle est négative : on y dénombre en effet 30 départs en retraite pour 20 installations.

¹⁵³ Chiffres DREES 2018.

¹⁵⁴ Médecin généraliste, fondateur de l'antenne locale SOS Médecins à Cherbourg, ex-président national de SOS Médecins France (de 1998 à 2003).

¹⁵⁵ Contre une moyenne en France de 9 médecins pour 10 000 habitants.

Densité de psychiatres

Catégories	Densité de psychiatres (pour 100 000 hab.)	
	Normandie	France
<u>Tous modes d'exercice</u>	15,9	23,0
<u>Libéraux ou mixtes</u>	4,5	9,9
<u>Salariés hospitaliers</u>	9,8	11,4
<u>Autres salariés</u>	1,6	1,7

2012 2013 2014 2015 **2016**

Source : RPPS, Insee - 2016

En Normandie, la **densité de psychiatres** est de l'ordre de **30 % inférieure à celle de la moyenne nationale**, avec seulement 15,9 spécialistes pour 100 000 habitants.

Elle est même bien plus faible encore sur les territoires de santé de Dieppe, de la Manche, du Havre et de l'Orne, avec des taux allant de 10,6 à 12,8 praticiens pour 100 000 habitants.

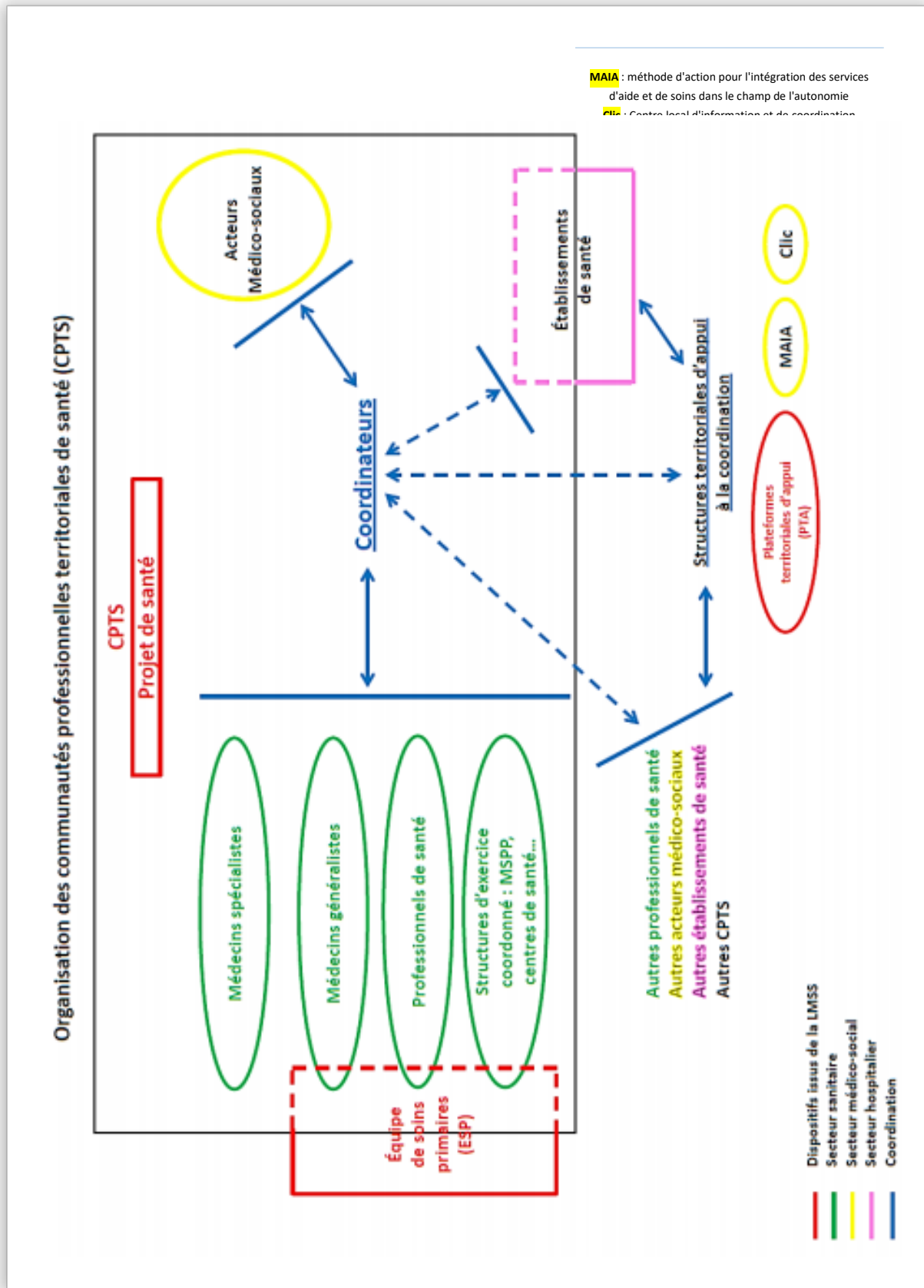
6.3 Une organisation territoriale de santé complexe et en pleine évolution

L'enchevêtrement des dispositifs d'appui et de coordination qui existent à une échelle territoriale entretient un sentiment de confusion entretenu par le recours à une « forêt » d'acronymes : CPTS, CTS, PTA, GHT...

Pour tâcher d'y voir un peu plus clair, quelques explications s'imposent sur les principaux d'entre eux.

6.3.1 Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

194 Créées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, les **communautés professionnelles territoriales de santé** visent à **assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels de santé** et concourent à la structuration des parcours de santé ainsi qu'à la réalisation des objectifs fixés dans le PRS. Elles ont un champ large puisqu'elles s'adressent aux professionnels de santé du premier et du second recours, aux acteurs du secteur médico-social, et même à l'hôpital dans certains cas. Le plan « Ma santé 2022 » vise la mise en œuvre de 1 000 CPTS pour mailler l'ensemble du territoire à l'horizon 2022.



MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
CLIC : Centre local d'information et de coordination

On constate une mise en œuvre assez lente et laborieuse des CPTS, probablement en large partie due à une méconnaissance du dispositif par les professionnels de santé. Une étude IFOP réalisée en mai 2019 pour la Mutuelle du Médecin¹⁵⁶ révélait en effet que 75 % des médecins répondants disaient ne pas avoir compris la notion de CPTS. Le fait que les CPTS se substituent parfois à des modes de coopération existants sur des territoires et donnant satisfaction depuis de longues années, n'est pas étranger à leur difficulté d'implantation.

6.3.2 Les conseils territoriaux de santé (CTS)

L'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a prévu la création de **conseils territoriaux de santé, instances territoriales de démocratie sanitaire** en remplacement des anciennes conférences de territoires (même si dans les faits, on ne constate pas de changement notable). Les territoires de démocratie sanitaire sont les nouveaux cadres géographiques de mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé et des partenaires, prenant en compte l'expression des usagers.

Les conseils territoriaux de santé ont vocation à participer à la déclinaison du projet régional de santé et en particulier à l'organisation des parcours de santé, en lien avec les professionnels du territoire. Le CTS peut formuler des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire donné. Il peut aussi évaluer, en lien avec la CRSA, les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé et la qualité des prises en charge.

En Normandie, **7 Conseils territoriaux de santé (CTS)** ont été constitués¹⁵⁷ (en vertu des mêmes périmètres géographiques qui précédaient) : Calvados, Dieppe, Evreux-Vernon, Le Havre, Manche, Orne et Rouen-Elbeuf.

196

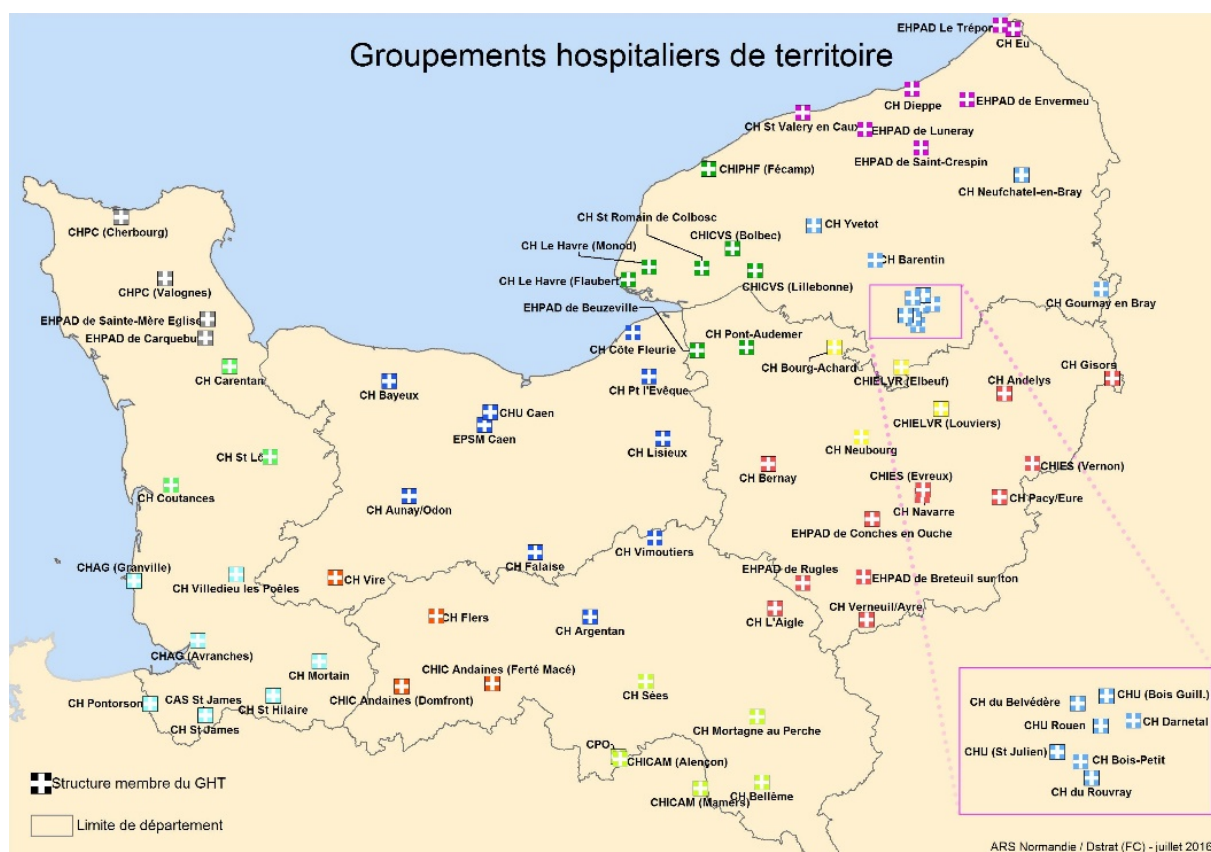
6.3.3 Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Créés dans le cadre de la loi de santé de 2016, ils regroupent en France 891 établissements sanitaires publics en 135 groupements dont les formats varient très fortement (de 2 à 20 établissements). Les territoires couverts ne varient pas moins puisqu'ils concernent entre 100 000 et 2,5 millions d'habitants.

Le GHT repose sur un **projet médical** et un **projet de soins partagés établis pour une durée de 5 ans**. Il a vocation à renforcer la mutualisation d'un certain nombre de fonctions ayant intérêt à être conduites collectivement plutôt qu'au sein d'un seul établissement (ex : achats, formation professionnelle).

¹⁵⁶ Cette même étude révélait qu'un médecin sur deux ignorait s'il était éligible au dispositif des assistants médicaux.

¹⁵⁷ Se reporter à la rubrique 5.3.1 pour voir la carte des territoires de démocratie sanitaire en Normandie.



*En Normandie, il existe **11 Groupements hospitaliers de territoire (GHT)**¹⁵⁸, composés des 56 établissements publics de santé et de 11 établissements et services médico-sociaux publics.*

Tandis que certains établissements (comme les CHU) sont systématiquement associés au GHT, d'autres sont de simples partenaires. Il convient également de noter que les GHT ont possibilité de conclure des conventions de partenariat avec des établissements privés et des établissements médico-sociaux. Ils ont vocation à favoriser la mutualisation et à pallier l'émiettement de l'offre de soins.

Formalisés à la fin du 1^{er} semestre 2017, les **projets médicaux partagés (PMP)** des 11 GHT intègrent la structuration de filières de soins, des coopérations et complémentarités avec l'offre de soins de premier recours. Ces PMP ont pour ambition de mettre en place une **gradation des soins hospitaliers publics** dans une organisation par filière et de développer des **stratégies médicales et soignantes de territoire** en conformité avec les parcours du PRS.

**SÉGUR
DE LA SANTÉ**



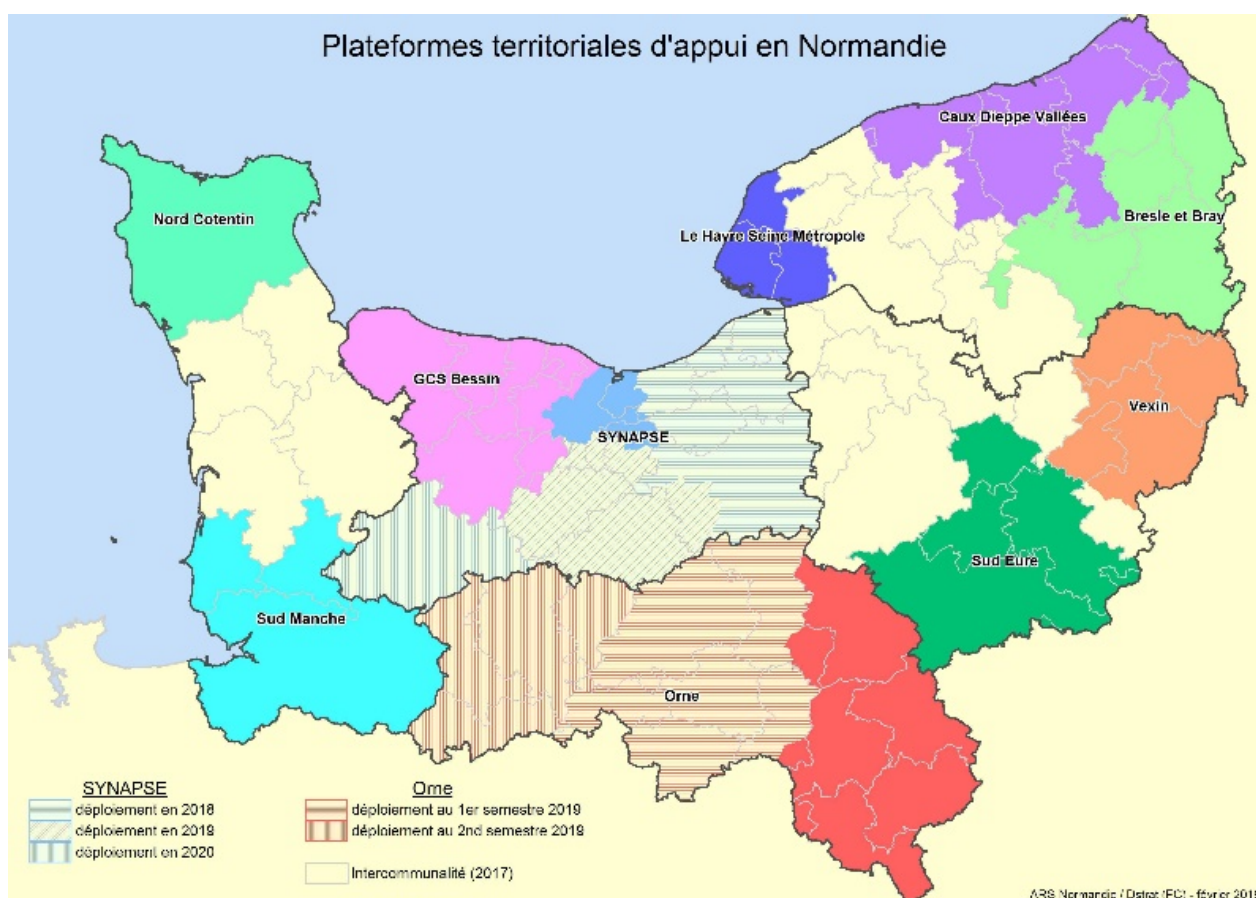
MESURE 19 – *Il est à noter que la décision, dans le cadre du programme issu du Ségur de la santé, de donner aux établissements et aux territoires la capacité d'adapter les règles du code de la santé publique vise particulièrement les groupements hospitaliers de territoire, jugés trop uniformes et trop rigides.*

¹⁵⁸ Pour plus d'information, consulter le site de l'ARS : <https://www.normandie.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-ght-0>.

6.3.4 Les plateformes territoriales d'appui (PTA)

En vertu de l'article 74 de la loi de modernisation du système de santé de 2016, les plateformes territoriales d'appui¹⁵⁹ ont été créées pour répondre à un besoin majeur : **aider les professionnels de santé** (notamment le médecin généraliste) à **gérer des situations complexes** (ex : pluri-pathologie, addiction, etc.) et **organiser le parcours de santé**, et ce quels que soient l'âge et la pathologie du patient.

Les PTA sont organisées par les ARS en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers, en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.



198

La Normandie compte dix plateformes territoriales d'appui.

Elles ont régulièrement été saluées comme des outils particulièrement précieux par les professionnels de santé que nous avons rencontrés pour les besoins de cette étude.

6.4 La démocratie sanitaire (représentation des usagers)

L'ordonnance du 24 avril 1996 a initié la représentation des usagers dans les conseils d'administration des établissements publics de santé. Ensuite, la loi du 4 mars 2002, dite loi

¹⁵⁹ Voir schéma en annexe.

Kouchner, a posé de nombreux principes et dispositifs permettant d'établir la démocratie sanitaire. Une de ses priorités visait à faire participer chaque patient au projet thérapeutique proposé par son médecin, en lui faisant partager la connaissance du diagnostic et de ses suites. Il pouvait ainsi accéder à son dossier médical qui devenait désormais la propriété du patient et non plus celle du médecin. Il convient de souligner que cette mesure, qui constitue une véritable révolution dans le rapport entre le patient et le médecin, met du temps à s'installer dans les faits.

La représentation qui consiste à défendre les droits de tous les usagers revêt un caractère transversal et universel, au-delà des thèmes de mobilisation propres aux associations d'origine. En vertu des lois relatives à la santé de 2009 et de 2016, la question de la démocratie sanitaire s'est vue renforcée et l'on compte aujourd'hui pas moins de 20 000 mandats ouverts aux représentants des usagers sur tout le territoire français.

Restitution d'une table ronde avec des représentants d'usagers de la santé

Une table ronde organisée le 3 mars 2020, au sein de la commission Développement humain et qualité de vie du CESER, en présence de cinq représentants d'usagers de la santé, a permis de mieux appréhender la situation de la démocratie sanitaire en Normandie, de pointer ses réels progrès et de mesurer le chemin qu'il reste à parcourir.

La libération et la prise en compte de la parole des usagers

Il est intéressant de noter d'emblée qu'il a été unanimement constaté une réelle amélioration autour de la libération et de la prise en compte de la parole des usagers, au cours de ces vingt dernières années. A l'exception de quelques situations particulières, il nous a été rapporté une bonne écoute globale au sein de la CRSA¹⁶⁰ et de ses commissions (même si certains jugeaient leur participation plus utile au sein de groupes de travail où la parole leur paraît plus libre et reconnue qu'au sein de la CRSA) et une acceptation du rôle des représentants des usagers dans les établissements et organisations. Les patients sont de plus en plus perçus comme de véritables partenaires du système de santé, ce qui n'était pas le cas une dizaine d'années plus tôt.

L'engagement et les droits des représentants des usagers

On compte entre 500 et 600 représentants d'usagers de la santé en Normandie, dont l'UDAF¹⁶¹ est le « pourvoyeur » le plus important. Les ARS désignent des représentants d'usagers issus d'associations agréées ou référencées. L'agrément nécessite le dépôt d'un dossier, une durée d'existence d'au moins trois ans pour l'association, ainsi que des représentations locales, départementales, régionales ou nationales.

Les postes de représentants d'usagers ne sont pas tous pourvus au sein des structures et sont très majoritairement occupés par des retraités. Ils impliquent généralement de devoir participer à quatre réunions par an *a minima*, ce qui n'est pas sans poser problème à des actifs, même si les représentants d'usagers ont acquis un certain nombre de droits en termes de défraiements, de formations mais aussi d'autorisations d'absence pour les

¹⁶⁰ Conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

¹⁶¹ Union Départementale des Associations Familiales.

salariés. La question renvoie toutefois plus généralement à celle de la diminution de l'engagement constatée dans l'ensemble du monde associatif. La création d'un statut de bénévole pourrait inciter davantage d'actifs à s'engager et le souhait de bénéficier du même type de droits que ceux des organisations syndicales a été exprimé. Il est à noter toutefois la possibilité depuis 2014 d'engager un « compte engagement citoyen » pouvant générer des droits supplémentaires en termes de formation (compte personnel de formation ou CPF).

Le domaine du handicap échappe à ces carences grâce à la forte implication des familles amenées à s'engager dans des questions concrètes qui impactent directement le quotidien.

France Assos Santé propose des formations très diversifiées, répondant à l'ensemble des actions que peut recouvrir un mandat de représentant d'utilisateur de la santé.

La réception et la diffusion de la parole des usagers

Les représentants d'utilisateurs sont régulièrement contactés en direct, le plus souvent pour des problèmes graves, ce qui constitue un point sensible de leurs missions. Il serait utile et également moins inconfortable pour les représentants d'utilisateurs d'être davantage interpellés pour des raisons autres que des cas graves.

Certains organismes ou établissements ont des représentants d'utilisateurs dans leurs organes de décision, ce qui facilite la parole (ex : le centre de santé de Cherbourg ayant un statut coopératif).

L'adoption de la **charte de Romain Jacob en 2016** a contribué significativement aux progrès constatés dans la représentation du **handicap**. Des comités de pilotage, qui caractérisent le domaine (celui du CHU de Rouen se réunit tous les trois mois), s'avèrent des relais utiles pour améliorer les conditions de vie des personnes en situation de handicap. Il convient de préciser que les associations sont réparties par type de handicap ou de pathologie, dans la mesure où chaque condition requiert des réponses différentes. Cependant, en Normandie, il existe une coordination généraliste nommée **Coordination Handicap Normandie**, reconnue comme tête de réseau des associations d'utilisateurs du champ du handicap.

Il existe également des associations « généralistes » telles que l'UDAF ou de représentants d'utilisateurs comme Que choisir. France Asso Santé¹⁶² a quant à elle pour objectif de fédérer l'ensemble des associations permettant de parler d'une seule voix, notamment sur les questions d'ordre général.

Les personnes en situation de précarité¹⁶³ sont représentées à travers les conseils de la vie sociale (mis en place *via* la loi 2002), la Fédération des acteurs de la solidarité et les PASS¹⁶⁴.

L'accès à l'information

En dépit d'une communication qui s'est développée, des problèmes d'accès à l'information des établissements de santé pour les utilisateurs et leurs représentants subsistent.

¹⁶² Succédant au Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) regroupant les principales associations du champ de la santé, que les dispositions de la loi Touraine ont permis de développer, France Assos Santé est une association créée en 2017 par la loi Touraine.

¹⁶³ Se reporter à la rubrique suivante 6.5 sur l'accès à la santé des personnes en situation de précarité.

¹⁶⁴ Permanences d'accès aux soins de santé.

Les représentants d'usagers se voient régulièrement amenés à « partir à la pêche d'information » par des moyens adaptés. On observe des différences en fonction du type de l'établissement : dans les établissements hospitaliers publics, la collecte est plutôt exhaustive ; c'est moins vrai dans les établissements privés¹⁶⁵.

Un certain nombre d'associations choisissent de communiquer par voie de mails. L'association française des diabétiques (AFD) a dû à regret cesser la publication de ses bulletins d'information trimestriels en raison d'une préparation chronophage rendue encore plus difficile dans un contexte de pénurie de bénévoles.

La prévention

La question de la prévention est véritablement au cœur des missions remplies par les associations de représentants d'usagers.

Le travail de coopération avec les PASS et les services d'assistance sociale est salué.

Des mesures d'incitation sont menées auprès des usagers (notamment auprès des patients souffrant de pathologies chroniques) afin qu'ils deviennent davantage acteurs de leur santé (principe du « **patient acteur** »). En ce qui concerne le handicap, on déplore une prise en charge des questions de prévention moins pointue qu'au sein de l'AFD par exemple (lequel propose un accompagnement de ses adhérents permettant d'évaluer leur progrès en termes de qualité de vie) alors qu'on assiste en parallèle à une montée en compétence des personnels dans les centres qui s'occupent de personnes en situation de handicap.

La prévention est centrale dans la prise en charge de patients souffrant de troubles de santé mentale dans une région où le taux de suicide est supérieur à la moyenne nationale, dans l'éducation à la sexualité (recours encore fréquent bien que stable à l'IVG), le suivi des pathologies propres à des territoires industriels (cas de l'amiante, par exemple), les cas croissants de pluri-addictions, etc.

Il convient de se méfier d'un clivage entre l'accès à la santé et l'accès aux soins dans la mesure où le médecin n'apporte pas uniquement des réponses curatives mais également préventives face à d'éventuelles autres maladies, même s'il manque de temps et que la tarification à l'acte entrave cette nécessaire mission de prévention et d'éducation à la santé.

L'effondrement de la médecine du travail est unanimement déploré, d'autant plus que la visite auprès du médecin du travail est trop souvent la seule consultation médicale de l'année pour les personnes qui en bénéficient encore.

Les plaintes et les recours des usagers

Il est constaté que 80 % des réclamations d'usagers relèvent de problèmes de communication entre patients et soignants. Seules 20 % concernent des fautes ou des suspicions de fautes, ce qui représente une proportion néanmoins non négligeable. Certaines structures étant composées de patients (ex : AFD), la défense des patients s'opère de fait.

¹⁶⁵ Le qualificatif « privé » recouvre des établissements de nature très différente : les cliniques privées commerciales se distinguent par exemple des centres de lutte contre le cancer qui participent aux missions de service public. Se reporter à la rubrique 3.1.2 portant sur les équipements de santé.

Une liste des problèmes et des plaintes étant établie, un suivi des éléments portés à connaissance est mis en place. Des opérations de médiation sont réalisées pour traiter les recours des patients. Ces derniers reçoivent une réponse par courrier après audition des professionnels de santé.

L'ARS répond la plupart du temps aux demandes qui lui sont adressées mais exprime le plus souvent son incapacité à agir ; l'Ordre des médecins répond en exprimant son inquiétude quant aux problèmes causés par les déserts médicaux mais ne dispose pas non plus de moyens d'action ; il n'y a en revanche pas de réponses de la part de la CPAM et de la MSA (sécurité sociale agricole).

Les freins, les risques et besoins spécifiques

- **Problème démographique** : baisse du nombre d'habitants ayant une conséquence directe sur les structures d'accès aux soins dans la mesure où la démographie conditionne les moyens (dont le nombre de postes) apportés aux établissements de santé, alors qu'il conviendrait de les maintenir pour inverser la tendance ;
- **Augmentation de pathologies complexes** (suicide, addictions et poly-addictions) nécessitant une mobilisation plus forte en matière d'éducation à la santé, problèmes sociaux, atteintes graves aux personnes (psychologiques, sexuelles ...) ;
- **Dégradation de l'hôpital public** : baisse de qualité des locaux en général au sein des hôpitaux publics et baisse de la qualité de vie au travail observée par l'ensemble des personnels ; pénurie médicale ; recours à l'intérim et aux « mercenaires » de la santé ;
- **Fracture numérique** ayant des conséquences sur l'accès aux soins, notamment aux rendez-vous médicaux ; augmentation non négligeable d'un nouveau mode de prise de rendez-vous uniquement en ligne ;
- **Inégalités sociales et renoncement aux soins** : constat de dépassements d'honoraires de plus en plus nombreux ;
- **Manque de temps consacré aux patients** (impact de la tarification à l'activité) : un temps plus long de consultation permettrait naturellement de développer les nécessaires actions de prévention ;
- **Refus de soins** : nombre croissant de refus par certains professionnels de santé de prendre en charge des personnes en situation de précarité (souvent liés à des refus de personnes dans des salles d'attente pour des raisons d'hygiène) ; aggravation de ces situations depuis la mise en place de la CMU ; l'existence de « quotas » de patients CMU à ne pas dépasser est évoquée ;
- **Difficulté d'accès aux médecins** : allongement des délais d'accès aux soins bucco-dentaires ; horaires de consultations inadaptés ; augmentation des refus de patientèle liés à la difficulté de trouver un remplaçant en cas de départ à la retraite d'un médecin (vieillesse des médecins : leur moyenne d'âge est particulièrement élevée dans le Cotentin où 67 % d'entre eux ont plus de 55 ans contre 55 % en France) ;
- **Difficulté à attirer de jeunes médecins** : question directement liée à celle de l'attractivité de certains territoires ; exemple de la situation géographique

particulière du nord Cotentin (une presqu'île) où 200 emplois sont appelés à disparaître à l'hôpital de Cherbourg ;

- **Difficulté d'accessibilité aux soins pour les personnes en situation de handicap** : un grand nombre de cabinets médicaux ne sont pas encore adaptés à l'accueil de personnes en situation de handicap même si l'on constate une nette amélioration en ce sens avec une augmentation de structures et de nouveaux bâtiments construits aux normes ; temps de consultations trop courts pour des personnes dont la nature du handicap nécessite des temps d'écoute et d'examen plus longs ; constat de délais d'instruction très longs pour des demandes auprès de la MDPH¹⁶⁶ (13 mois d'instruction en Seine-Maritime) ; difficultés d'accès aux soins en milieu rural en l'absence de services de transports adaptés pour les personnes en situation de handicap ;
- **Rupture dans les parcours de soins** : touchant peu le Calvados, cette question est très problématique dans l'Orne par exemple ; l'absence de médecins traitants entraîne des difficultés à bénéficier de parcours ou de soins hospitaliers, notamment pour les personnes en situation de précarité ; l'absence de suivi médical a un impact direct sur l'activité de l'hôpital et congestionne les services d'urgences ;
- **Alerte sur l'expertise payante en hôpital pour une personne victime de violences conjugales**, en l'absence d'une réquisition du parquet ;
- **Risque de dégradation, à terme, de notre système de sécurité sociale.**

Selon un sondage d'OpinionWay, 81 % des Français se déclareraient satisfaits de notre système de santé

203

Ce résultat mériterait une vérification du panel de population à partir de laquelle cette étude a été réalisée de même que de la façon dont les questions ont été posées.

« *Tout ne va pas bien partout et pour tout le monde !* » ; ce chiffre mériterait dans tous les cas d'être nuancé et il serait également intéressant de soumettre le même questionnaire aux professionnels de santé eux-mêmes

Au positif, il est fait état de :

- La qualité élevée des soins malgré des disparités importantes entre les domaines et spécialités; pour mieux s'en rendre compte, il suffit d'observer ce qui se pratique dans d'autres pays ;
- L'accès aux soins gratuit est un point globalement positif. Il existe des pays où l'accès aux soins n'est possible qu'après avoir apporté la preuve de sa solvabilité, y compris à l'hôpital ;
- La qualité du personnel médical et du système de sécurité sociale.

Au négatif, il est pointé :

¹⁶⁶ Maison Départementale des Personnes Handicapées.

- Le coût élevé d'honoraires et de certains soins qui conduisent nombre de personnes à y renoncer.

La place des usagers dans la loi MA Santé 2022

L'article 39 de la loi prévoit que les commissions des usagers soient conservées à l'échelle de chaque établissement, même dans le cas de fusions de ces derniers.

- Concernant le projet de déplacements ou de regroupements de lieux de représentation des usagers : début de constats de regroupements (exemple d'Aunay-Bayeux), de délocalisations dues à la mise en place des GHT¹⁶⁷, d'augmentation de choix de directions communes ;
- Les associations d'usagers dans les GHT fonctionnent plutôt bien de manière générale ;
- Constat d'une baisse de qualité d'écoute des représentants du fait de l'éloignement des lieux de représentation ;
- Nécessité de parler d'une seule voix en cas de maintien de deux commissions ;
- Regret qu'il y ait un nombre identique de représentants d'usagers au sein des établissements indépendamment de leur taille (allant du petit établissement recevant quelques centaines de patients par an, à un grand établissement, comme un CHU) ;
- Il appartiendra aux représentants d'usagers de faire entendre leur voix et à faire des propositions dans le cadre des réorganisations qu'implique la nouvelle loi.

L'émergence du « Patient-Expert »

204

- Le dispositif de « patient-expert » a été mis en place par l'AFDET¹⁶⁸ (ciblés sur des pathologies précises et proposant des formations) ;
- « Ces patients ne représentent qu'eux-mêmes » s'ils ne sont pas désignés par des associations de représentants des usagers ;
- **Offre en Normandie de formations de « patients ressources »** ayant pour objectif d'apprendre à s'exprimer en public sur des questions de démocratie sanitaire ; certaines formations généralistes débouchent sur un très récent certificat universitaire (expérimentation à la faculté de Caen en 2020) qui confère davantage de reconnaissance ; un certain nombre de diplômés peuvent probablement espérer des débouchés professionnels ;
- **L'éducation thérapeutique**, en interaction avec les associations, peut favoriser une qualité accrue dans la représentation des usagers.

6.5 L'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de précarité

Suite à la loi du 29 juillet 1998 relative à la **lutte contre les exclusions**, ont été créées des **permanences d'accès aux soins de santé** (PASS), inscrites dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

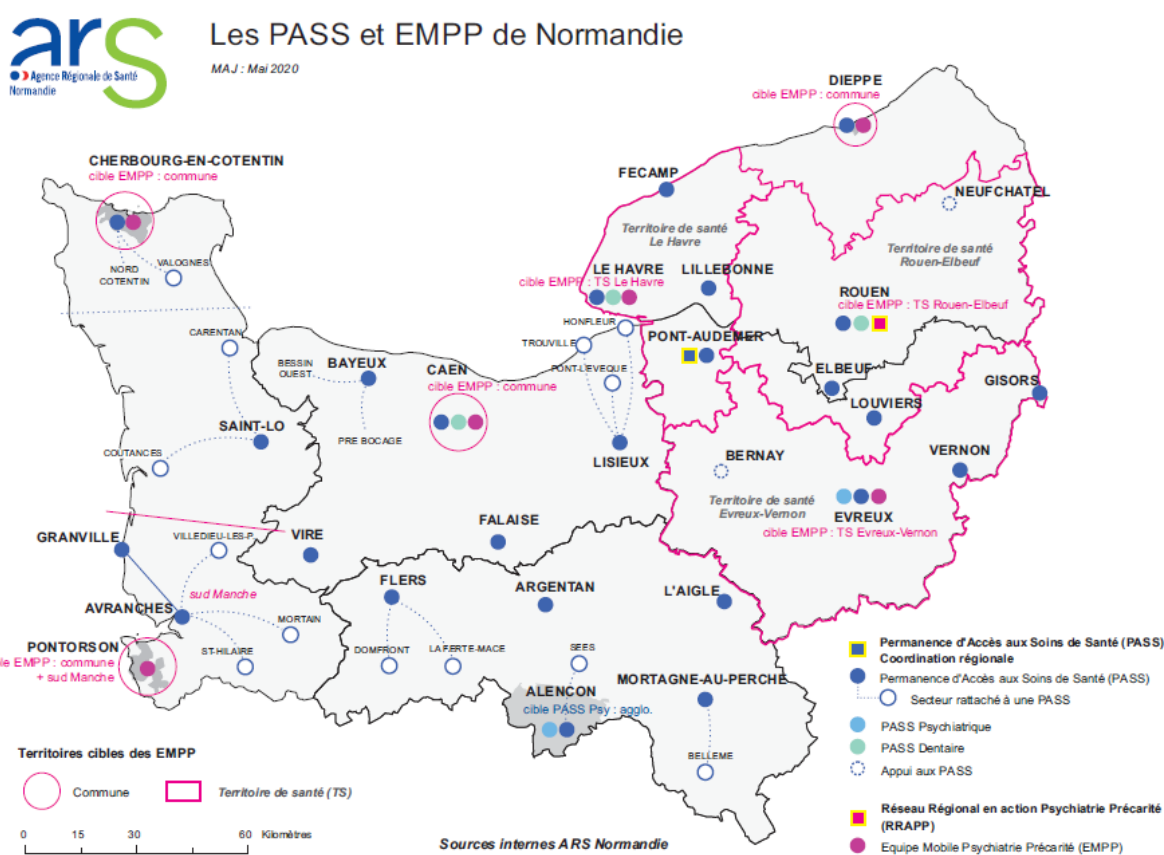
¹⁶⁷ Groupement hospitalier de territoire.

¹⁶⁸ Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique.

Implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques, ces permanences ont pour missions essentielles de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies, de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, et d'assurer également une continuité de soins. La vocation d'une permanence n'est pas de « faire à la place de » mais de réinscrire les personnes dans des parcours qui existent déjà.

Les directeurs des établissements de santé affectent les moyens aux PASS sous le contrôle de l'ARS. Le budget d'une PASS est couvert par une dotation finançant les missions d'intérêt général¹⁶⁹, sur déclaration de l'établissement de santé.

Les publics ciblés par les PASS sont essentiellement des personnes sans couverture médicale (ou avec une couverture partielle), en refus ou en renoncement de soins.



2 missions d'appui viennent renforcer les PASS (Neufchâtel-en-Bray et Bernay) dans leur activité d'accueil des migrants. 8 050 personnes accueillies en Normandie, en majorité des hommes, sans ressources et sans couverture sociale. 5 000 personnes sont vues

En Normandie, il existe 25 PASS somatiques (dont certaines sont spécialisées en psychiatrie ou en dentaire) **réparties sur les 5 départements**. En 2019, le budget alloué aux PASS par l'ARS Normandie se portait à 4,02 M€¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Il est prévu que la dotation couvre l'ensemble des frais liés à l'activité de la structure : frais de personnel, de prise en charge et d'accompagnement, examens médicaux, dépenses pharmaceutiques, interprétariat...

¹⁷⁰ Dont 3,52 M€ sur les PASS somatiques, 112 K€ sur les équipes de liaison, 119 K€ sur la coordination des PASS, 140 K€ sur les PASS dentaires et 130 K€ sur le dispositif migrant.

L'accompagnement proposé aux personnes repose sur un trinôme d'assistance sociale, infirmier et médical. Certaines équipes choisissent de renforcer ce trinôme en s'adjoignant les services d'autres professionnels de santé en vue de faciliter l'accès aux soins des personnes (psychologue, diététicien...).

Alors que le dispositif des PASS avait initialement été pensé comme un outil donnant priorité à l'accompagnement social, on s'aperçoit que la place de l'accompagnement médical et paramédical progresse en présence d'un public qui évolue. L'activité des PASS est donc de plus en plus médicalisée.

Les PASS psychiatriques reposent sur des équipes composées d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales et de psychiatres. Elles ont aujourd'hui une activité assez faible et tendent à s'appuyer plutôt sur des « **équipes mobiles psychiatrie précarité** » (EMPP). Coordonnées par le Réseau régional en action psychiatrie précarité (RRAPP), ces dernières sont initialement plutôt destinées à travailler sur les premières demandes, l'objectif visé étant de déclencher le souhait de se soigner et d'amener les personnes vers le droit commun.

L'accueil des migrants en Normandie

L'Etat a créé des centres d'accueil et d'orientation (CAO) ainsi que des centres d'accueil et d'étude de situations (CAES) pour accueillir les migrants.

En 2015, l'ARS a placé les **PASS** comme des **pivots d'accueil des migrants**. Un appui aux PASS a été à cet effet déployé au CHU de Rouen et à la clinique de la Miséricorde à Caen¹⁷¹.

206 Un protocole de suivi des personnes a ainsi été défini par l'ARS : première évaluation de santé dans la PASS, proposition d'exams de dépistage si nécessaire (TB, VIH, hépatite C...), identification des besoins de rappels de vaccination, etc.

Longtemps, la composition pour moitié de population locale et pour autre moitié de migrants a prévalu concernant les personnes accueillies. Ce rapport a évolué suite à l'accroissement des flux migratoires.

En effet, **l'accueil au sein des PASS se focalise aujourd'hui principalement sur des migrants** (primo-arrivants) en besoin de bilans de santé et de dépistages (de tuberculose, notamment). Bien que la nature des populations varie en fonction des territoires, une moyenne de **75 % des personnes accueillies dans les PASS sont des primo-arrivants**. Cette proportion, qui peut être plus élevée dans les territoires urbains, n'est que de 55 % dans le département de la Manche, par exemple.

Peu à peu, la population des personnes sans abri – qui constituait la majorité des « publics » accueillis dans les PASS – fait place à celle des migrants.

Les difficultés relevées

- La démographie médicale est une donnée majeure pour les PASS qui doivent permettre à toutes personnes d'accéder à des soins de droit commun ; il s'avère de

¹⁷¹ L'activité de la PASS de la Miséricorde a débuté en janvier 2001. D'abord uniquement composée d'infirmiers, l'équipe a ensuite été complétée par une assistante sociale puis d'un médecin.

plus en plus difficile de réorienter des personnes de manière efficace et adéquate dans une situation de pénurie de médecins ;


- Les primo-arrivants arrivent avec des pathologies de plus en plus lourdes, parfois avec un stade très avancé de leur maladie ;
- La barrière de la langue présente elle aussi une difficulté qui nécessite parfois le recours à de l'interprétariat. Les médecins libéraux ont plus de difficultés à intégrer les personnes non francophones dans leur patientèle dans la mesure où leur prise en charge demande des temps de consultation plus longs.

De manière générale, il est constaté une véritable difficulté à identifier les personnes isolées et très peu mobiles. Par ailleurs, de plus en plus de personnes ne se rendent plus aux PASS alors qu'elles s'y rendaient auparavant.

Cela peut en partie s'expliquer par la création de structures d'hébergement en direction des « grands marginaux » et personnes sans domicile fixe, leur permettant un accès aux soins sans nécessairement passer par la PASS. L'organisation de ces structures évolue, en donnant la possibilité de rester en journée, en dispensant un accompagnement social plus étayant pour la personne, et en permettant de faire appel à des médecins libéraux.

Une partie de la population locale en grande précarité a pu donc ainsi « se réinscrire dans le droit commun ». Ceci contribuerait à expliquer la nouvelle répartition des personnes accueillies dans la PASS de Caen, avec 90 % de migrants et seulement 10 % de population locale.

Toutefois, en l'absence actuelle d'études disponibles à ce sujet, on se demande un peu « où sont passées ces personnes qu'on ne voit plus¹⁷² ». Il convient de souligner que la difficulté à obtenir des données récentes est particulièrement liée à la fusion des deux régions normandes et à l'accroissement important des flux migratoires en 2015-2016.

 **SÉGUR DE LA SANTÉ : MESURE 27** - Visant l'objectif très ambitieux de lutte contre les inégalités de santé, le Ségur prévoit d'instaurer dans chaque région une « gouvernance stratégique de réduction des inégalités » associant l'ensemble des acteurs, dont les élus. Il est prévu un renforcement des 400 PASS en moyens médicaux et paramédicaux, la création de 500 nouveaux « lits haltes soin santé »¹⁷³ et de 60 centres de santé « participatifs », avec une offre adaptée aux populations des territoires défavorisés, basée sur leur participation au projet du centre et le recours à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat. Un financement de 100 millions d'euros par an est prévu pour financer cette mesure.

¹⁷² Propos recueillis lors d'une audition réalisée en comité d'étude avec Coraline Tranchant, coordinatrice régionale des PASS en Normandie, et David Leroy, infirmier à la PASS de la clinique de la Miséricorde à Caen.

¹⁷³ Les structures dénommées "lits halte soins santé" (LHSS) accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie dans la rue.

6.6 L'intervention de la Région Normandie en matière de santé

Bien que la santé ne fasse pas partie des compétences régionales, elle prend néanmoins de plus en plus sa place, à des degrés divers et de manière plus ou moins directe, dans les politiques mises en œuvre par les Régions. A travers le vote d'une stratégie autour de la santé en avril 2017, en souhaitant sensibiliser ses habitants aux comportements favorables à leur santé, la Région Normandie est particulièrement représentative de la vitalité des collectivités régionales en la matière. En 2018, elle a même décidé la création de la marque « Normandie Santé » ayant pour objectif de fédérer sous une même bannière tous les acteurs du territoire, afin de contribuer à leur développement et à leur rayonnement.

Il est à noter qu'une enquête menée au printemps 2018 auprès des Normands mettait en exergue deux préoccupations majeures au sein de la population : la santé et l'environnement. Lorsque l'on sait combien les deux champs sont intimement liés, on mesure d'autant plus le degré des attentes qui se font légitimement jour.

Ce constat a conduit le président de Région Hervé Morin à organiser une série de tables rondes à partir de l'été 2018, afin de mieux identifier et accélérer des actions méritant d'être développées. La rencontre d'acteurs de la santé dans ses différentes composantes (ARS, ORS¹⁷⁴, Promotion Santé Normandie, CHU, facultés de médecine, unions régionales des professionnels de santé, fédérations hospitalières, associations d'utilisateurs...) a permis d'établir un plan d'actions ; celui-ci a été dévoilé au cours d'une conférence de presse le 17 février 2020, en présence du président de la Région et de la directrice générale de l'ARS de Normandie.

208

Trois enjeux prioritaires se dégagent de ce plan d'actions :

- Le **développement de l'offre de formation** et l'accroissement de l'**attractivité des métiers de la santé** ;
- le **renforcement de l'offre de soins** sur l'ensemble du territoire ;
- l'amplification des **actions de prévention et de promotion de la santé**.

La collectivité régionale a même l'intention de faire des professions de santé un levier de développement et d'attractivité du territoire.

Elle soutient l'**Observatoire Régional de la Santé** (ORS) auprès duquel elle sollicite des enquêtes quantitatives et qualitatives ainsi que des analyses spécifiques, en lien notamment avec des actions de prévention relatives aux publics jeunes (lycéens, apprentis) et aux quartiers prioritaires.

6.6.1 Offre de formation et attractivité des métiers de la santé

Les articles L4151-7 et L4383-2 du Code de la Santé publique donnent **compétence à la Région** pour **fixer le nombre de professionnels paramédicaux et de sages-femmes** sur son territoire. Il s'agit d'une **compétence pleine et entière pour certaines professions** (aides-soignants, infirmiers de spécialité, ergothérapeutes, pédicures, podologues, manipulateurs en électroradiologie médicale) ou d'une **compétence partagée pour d'autres** (sages-

¹⁷⁴ Observatoire régional de la santé.

femmes, masseurs kinésithérapeutes, psychomotriciens, audioprothésistes, orthophonistes, infirmiers) ; leur nombre est dans ce cas fixé par arrêté ministériel, après consultation de la Région.

Cette compétence liée au nombre de professionnels est renforcée par la loi relative au financement de ces formations.¹⁷⁵

En outre, la Région est également compétente pour fixer le nombre de professionnels à former et pour financer la formation des travailleurs sociaux qui accompagnent les situations complexes, à savoir des difficultés sociales doublées de problématiques de santé.

Le **Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales 2018-2022** – auxquelles la Région consacre un budget de plus de 60 millions d'euros chaque année – a comme il se doit été construit en concertation avec l'ensemble des acteurs de la filière. Il existe en Normandie **69 instituts de formations sanitaires préparant à 14 diplômes d'État** du niveau V à Master (aide-soignant, infirmier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmier de bloc opératoire...) et l'on compte 6 460 étudiants par an – toutes promotions confondues – en formation post bac, ainsi qu'environ 1 400 élèves en formations infra bac.

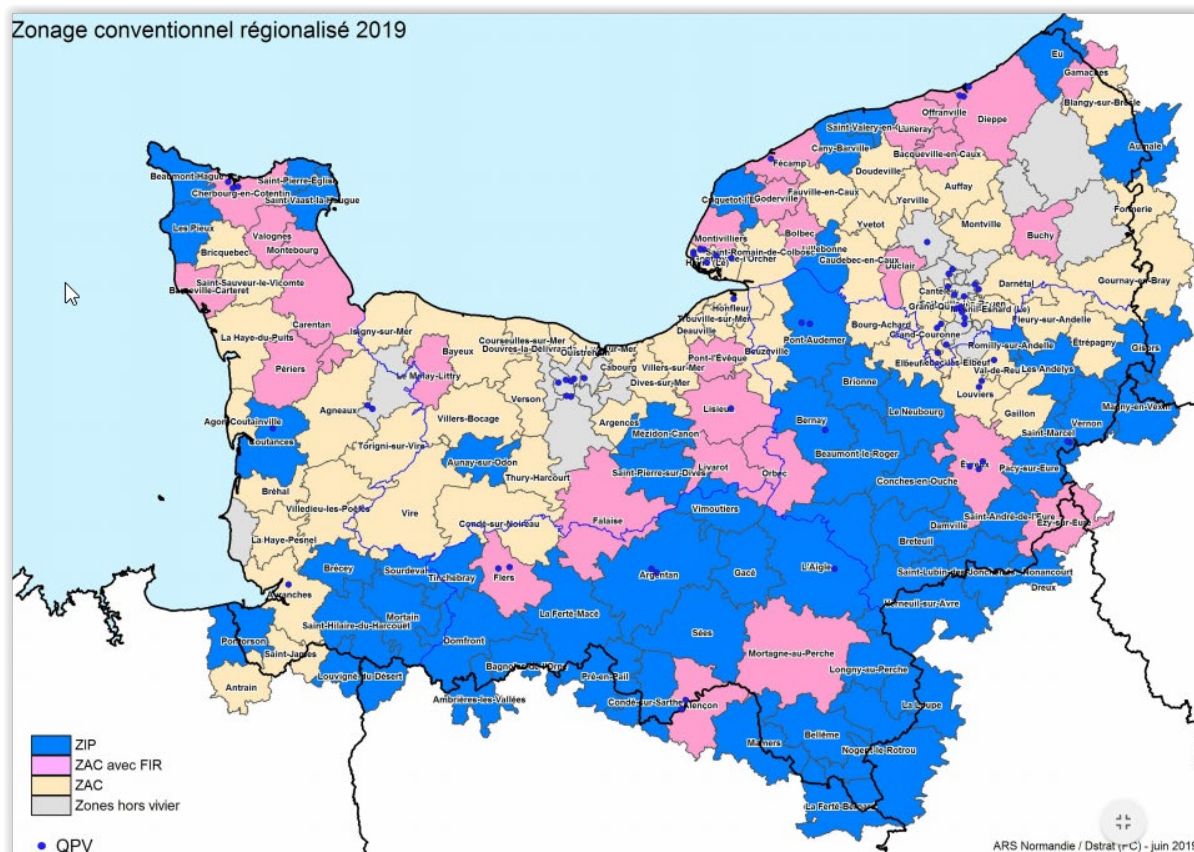
La Région a décidé de **l'ouverture de 101 places supplémentaires pour la formation d'aides-soignants** à partir de la rentrée 2019 (l'ARS entend revaloriser ce métier qui souffre d'un déficit d'image dans une région qui en a pourtant cruellement besoin), de même que de **30 places supplémentaires pour les masseurs-kinésithérapeutes** (Alençon, Evreux, CHU de Rouen). De nouvelles formations ont par ailleurs pu être intégrées (pédicure-podologue, psychomotricien, audioprothésiste, éducateur spécialisé).

Notons que le déficit de masseurs-kinésithérapeutes est tel en Normandie (notamment en milieu hospitalier) que la collectivité a décidé d'apporter sa part pour tâcher d'y remédier : prise en charge des frais d'études¹⁷⁶, aides à l'installation dans des zones sous-denses, investissements importants (ex : 2,2 M€ dans la construction de nouveaux locaux à Damigny, au nord d'Alençon, pour l'institut de formation de masseurs-kinésithérapeutes), introduction d'un statut d'apprenti pour les masseurs-kinésithérapeutes en formation...

¹⁷⁵ Articles L-4151-9 et L4383-5 du Code de la Santé publique.

¹⁷⁶ A noter que les droits d'entrée en formation des masseurs-kinésithérapeutes ont été fortement augmentés à la demande de la Région, avec l'objectif d'aligner les coûts d'inscription des formations publiques sur celles du privé (ex : La Musse, dans l'Eure).

Bien que la situation soit en légère voie d'amélioration, la médecine générale est malheureusement peu attractive dans les facultés de médecine de Caen et de Rouen qui sont insuffisamment cotées. Au vu des places vacantes, on comprend qu'il est impérieux de revaloriser cette spécialité de soins de premier recours, que la fin de l'application du *numerus clausus* ne saurait résoudre à elle seule. Rien ne garantit, quoi qu'il en soit, qu'un



ZIP : zone d'intervention prioritaire ; ZAC : zone d'action complémentaire ; FIR : fonds d'intervention régional

jeune diplômé choisisse de s'installer. On constate par ailleurs que la majorité des jeunes ne s'installent que tardivement, recherchent des solutions mixtes, optent pour des voies pluri-professionnelles ou/et pluridisciplinaires afin d'éviter l'exercice solitaire et la multiplication des gardes.

Depuis 2017, **332 médecins** ont bénéficié d'aides à l'installation et au maintien en Normandie. En juillet 2019, l'Agence régionale de santé de Normandie a arrêté un nouveau zonage médecin (V. plus haut la carte publiée par l'ARS) afin d'inciter les médecins généralistes libéraux à s'installer et à exercer dans les territoires les plus fragiles. Ce sont désormais 43 % des Normands qui vivent dans une zone éligible aux aides¹⁷⁷. Le président de Région Hervé Morin souhaiterait toutefois encore aller plus loin et plaide pour un élargissement du zonage médecins qui permettrait d'augmenter le volume d'aides à l'installation et d'aides fiscales.

¹⁷⁷ Orne : 97 % ; Eure : 69 % ; Manche : 55 % ; Seine-Maritime 27% ; Calvados : 19 %.

Le **Portail « Med'Instal Normandie »**, dont l'ouverture est prévue dans le courant de l'année 2020 est un projet à l'initiative de la Région, en partenariat avec l'ARS, les conseils départementaux, la Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), les facultés de médecine, les unions régionales des médecins libéraux, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers.

L'objectif principal de ce portail est de rendre plus lisible l'ensemble des aides (aides et incitations à l'installation) et des stages offerts sur les territoires (géolocalisation des maîtres de stage) dans un environnement actuellement peu clair car très morcelé. Il sera donc possible d'y trouver des données locales s'appuyant sur les ressources du territoire, alimenté par d'autres sites existants qui font doublon. L'idée est également de faire la promotion de territoires et des environnements professionnels qu'ils offrent. Il existe de nombreuses aides pour les étudiants (en matière d'hébergement, de mobilité...) mais elles sont particulièrement illisibles à l'heure actuelle.

Une **enquête réalisée auprès d'étudiants normands en médecine** auxquels on demandait de citer leur « **pire cauchemar** » pointait la **question de l'isolement** et non celle de leur futur lieu d'exercice. Les étudiants souhaitent en effet avant tout continuer à travailler ensemble et disposer d'un minimum de services (gare, accès internet, établissements scolaires, offre sportive et culturelle...), ce qui peut constituer un élément favorable pour l'avenir des villes moyennes et des bourgs.

Ainsi, de manière plus globale, la Région entend peser sur les facteurs d'attractivité en direction des étudiants et jeunes médecins qui se montrent majoritairement plus sensibles aux éléments de qualité de vie au travail qu'à des avantages financiers. Il est intéressant de signaler qu'une enquête réalisée en janvier 2019¹⁷⁸ par la Commission jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) a permis de mettre en lumière que près de la moitié des internes et des remplaçants considéraient les aides à l'installation « *peu ou partiellement déterminantes* » alors qu'un grand nombre d'entre eux sont pourtant dans la crainte d'un échec économique.

La recherche médicale a elle aussi fortement besoin d'être valorisée. C'est ce qui a poussé la Région à décider en janvier 2020 du financement de deux postes d'assistant de recherche clinique pour chacune des facultés de médecine de Caen et de Rouen.

Un grave déficit de chirurgiens-dentistes

Parmi les spécialités médicales qui souffrent d'une véritable pénurie en Normandie, il y a prioritairement lieu d'évoquer une situation de démographie dentaire alarmante, tout particulièrement dans des territoires très ruraux tels que l'Orne. Avec **40 dentistes pour 10 000 habitants** – quand la moyenne nationale se situe à 63 – la **densité de dentistes en Normandie est de 50 % en-dessous de la moyenne nationale**. Il manquerait par conséquent quelque 600 dentistes dans la région.

¹⁷⁸ Plus de 15 300 professionnels ont répondu à cette enquête, dont 70 % de médecins installés, 16 % d'internes et 14 % de remplaçants.

Une des raisons de cette pénurie provient de l'absence de faculté de chirurgie dentaire en Normandie, alors que la Bretagne en compte par exemple deux (à Rennes et à Brest). Ainsi, les étudiants en médecine de Rouen et du Havre poursuivent leur spécialisation dentaire à Lille, Amiens ou Paris tandis que ceux de Caen partent à Rennes. Or une évaluation effectuée par l'université du Havre indiquait que 75 % des jeunes s'installaient dans le département où ils terminaient leurs études.

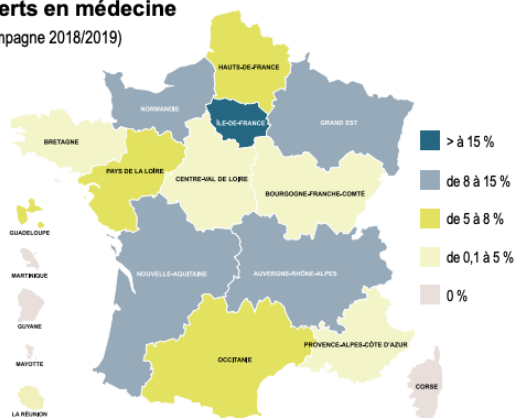
L'enjeu est donc de créer une faculté dentaire en Normandie. Dans l'attente de ce projet hypothétique sur lequel un accord pourra difficilement être trouvé en raison de l'opposition des ministères concernés, d'autres initiatives se font jour. Parmi elles, on peut citer le projet de création de dix fauteuils d'étudiants dentaires à Evreux à la rentrée 2020, à l'initiative de la Région Normandie et d'Évreux Portes de Normandie, en lien avec l'ARS. L'intérêt est d'attirer des étudiants de 5^e et 6^e année de chirurgie dentaire à réaliser leurs deux dernières années à Evreux, dans un centre dentaire, sous la tutelle d'un référent praticien hospitalier. Il est envisagé que les étudiants puissent proposer des soins à des prix modiques et qu'ils effectuent également des remplacements dans des cabinets en ville. Si cette expérimentation s'avérait réussie, elle pourrait être appelée à se déployer dans d'autres villes de la région (Alençon, Saint-Lô, Cherbourg...).

Rappelons que cette initiative prévue à Evreux avait déjà été conduite à Rouen, Le Havre et Caen avec l'appui de leurs agglomérations/métropole respectives et la Région, en lien (peu affirmé) avec les facultés de Rennes, Lille et Paris. Quoi qu'il en soit, la demande est tellement forte qu'il conviendrait de développer l'offre existante sur les hôpitaux de Rouen, du Havre et de Caen.

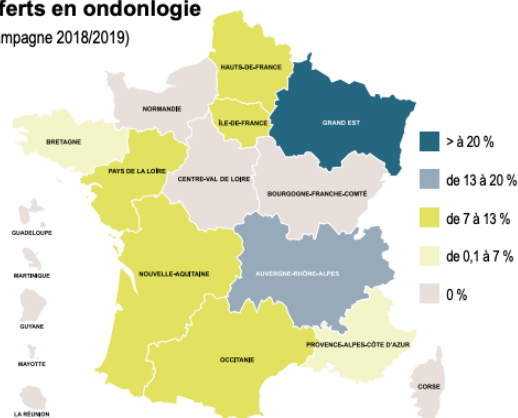
212

Le recours à des contrats d'engagement de service public (CESP)¹⁷⁹ proposés aux étudiants et aux internes en médecine et, depuis 2013 aux étudiants en odontologie, pourraient utilement contribuer à combler la pénurie. Or, on constate malheureusement que la Normandie n'a comptabilisé aucun poste offert en odontologie entre 2017 et 2019.

Répartition régionale des CESP
offerts en médecine
(Campagne 2018/2019)



Répartition régionale des CESP
offerts en odontologie
(Campagne 2018/2019)



Source : Hospimedia, 17 juillet 2020

¹⁷⁹ Les bénéficiaires s'engagent pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu une allocation (et pour 2 ans minimum) à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

Reste la question de la prise en charge du financement d'un « fauteuil » dentaire, dont le coût est estimé entre 50 000 et 70 000 euros¹⁸⁰. Des financements de l'ARS sont espérés et la Région essaie d'ores et déjà de sensibiliser les agglomérations à contribuer au financement de ces installations

Il est à noter que dans ce contexte de pénurie, des formations payantes se développent fortement à l'étranger, et tout particulièrement en Roumanie. Ainsi, on constate dans l'Orne que 90 % des nouveaux dentistes qui s'installent viennent de Roumanie. Bien que soumises à un accord de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, certaines installations ne sont pas sans poser question, notamment en raison de lacunes linguistiques (potentiellement préjudiciables aux soins) mais aussi – de manière plus inquiétante – en raison des formations inégales dont ont bénéficié les praticiens.

Une pénurie d'ophtalmologues et d'orthoptistes

S'agissant de l'**ophtalmologie**, le nombre d'internes formés à cinq ans n'atteint pas la moitié des départs en retraite prévus, ce qui fait qu'**il manquera une centaine d'ophtalmologistes en Normandie à l'horizon 2030**. En 2014, l'Union Régionale des Médecins libéraux (URML) de Normandie a permis l'ouverture de stages d'internes en ophtalmologie dans les établissements privés de la région, suite à un travail en collaboration avec la Faculté de Médecine, l'ARS, la FHP et les ophtalmologistes libéraux ayant une activité chirurgicale. Les internes de l'ouest de la Normandie peuvent désormais effectuer des stages d'ophtalmologie auprès de médecins libéraux, au même titre que les stages en imagerie, réadaptation fonctionnelle, anatomo-pathologie, etc.

Par ailleurs, face à la **pénurie d'orthoptistes**, la Région envisage la mise en place d'une formation en Normandie, qui n'existe pas actuellement. Il est prévu que ce soit la faculté de médecine de Caen qui porte cette dernière, en partenariat avec la faculté d'Amiens, en vue d'une ouverture en septembre 2021. Une formation d'orthoptiste, qui nécessite deux années d'études après le baccalauréat, s'avère plus facile à mettre en œuvre qu'une formation de dentiste.

La Région plaide pour une universitarisation des territoires, à travers des missions d'enseignement à conférer à des hôpitaux de proximité sous forme de contrats de professeurs associés.

Notons enfin que l'ouverture du **Medical Training Center (MTC)** du CHU de Rouen (fin 2016) s'inscrit pleinement dans une stratégie d'attractivité du territoire, en tant que levier de formation des professionnels de santé, d'innovation et de valorisation des initiatives normandes. Proposant des formations à l'ensemble du personnel hospitalier, le MTC offre l'acquisition de nouvelles compétences grâce à l'utilisation de technologies et d'outils de simulation de pointe. Il convient de souligner que ses formations de haut niveau attirent des professionnels du monde entier.

¹⁸⁰ Ces coûts apparaissent toutefois modestes et presque dérisoires, *a fortiori* au regard du service rendu, si on les compare aux coûts de développement d'un robot médical tel que le R-One™ proposé par Robocath, pour lequel la Région Normandie a investi à elle seule 1,7 million d'euros en 2018.

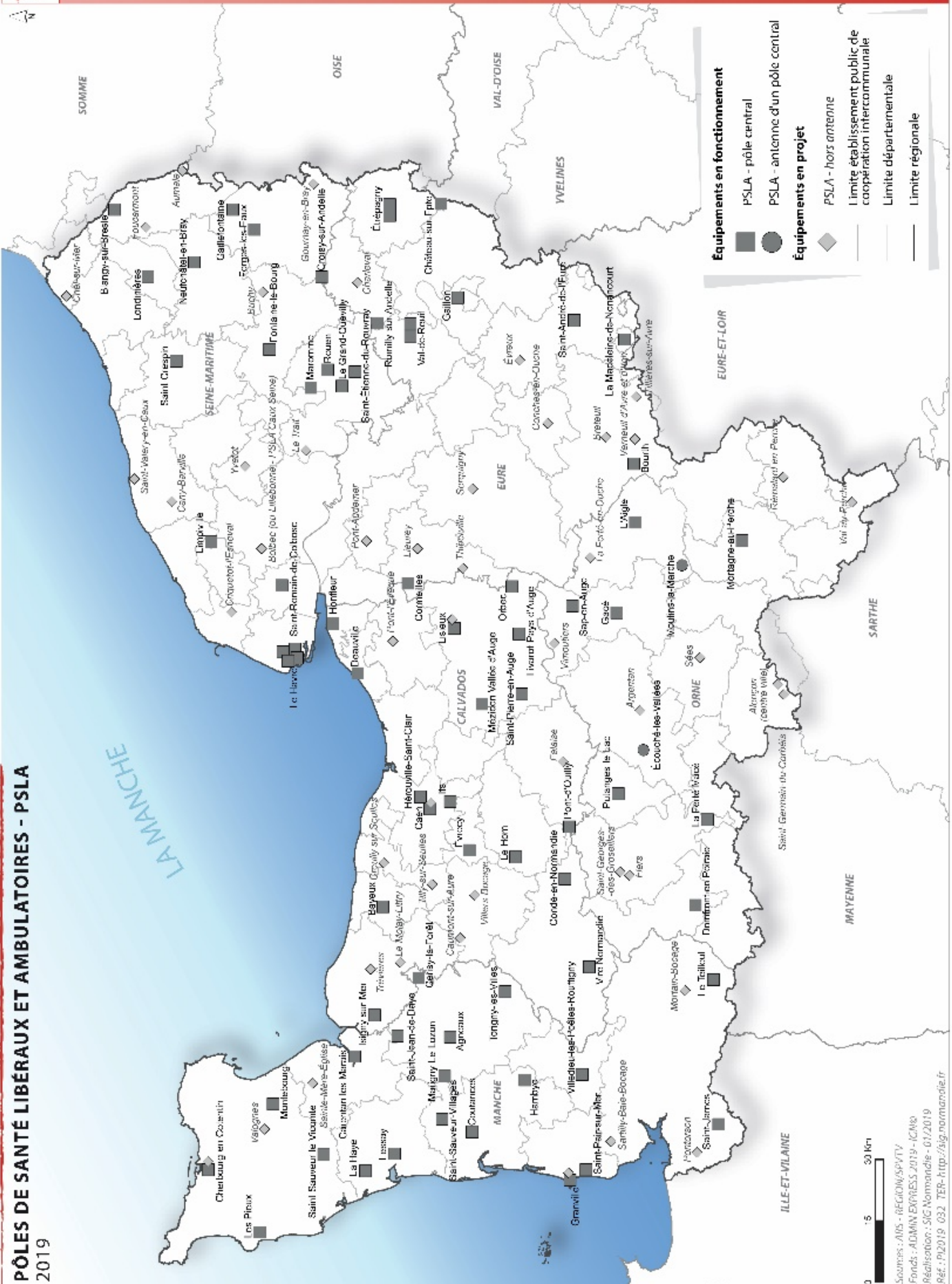


TERRITOIRES



PÔLES DE SANTÉ LIBÉRAUX ET AMBULATOIRES - PSLA 2019

LA MANCHE



0 5 10 20 30 Km

Source : ANS - REGION SPVTY
 Fonds : ADMIN EXPRESS 2019 - ICAN0
 Réalisation : SIG Normandie - 01/2019
 Réf. : P2019_032_TER-<http://sig.normandie.fr>

6.6.2 Diversification de l'offre de soins sur les territoires

En se saisissant de la question de l'offre de soin sur ses territoires, la Région exerce sa compétence en matière d'aménagement du territoire.

Le regroupement des professionnels de santé en forte progression

La Région incite au regroupement d'installations de médecins à même de permettre un exercice plus novateur et plus attractif pour les professionnels de santé, ce qui répond à l'impulsion donnée par l'Etat. Quand on sait que 76 % des médecins généralistes qui exercent en groupe disposent d'un secrétariat présentiel *versus* 34 % des médecins exerçant seuls, on mesure l'importance d'un exercice regroupé. Ceci est d'autant plus vrai que les médecins exerçant en groupe déclarent participer plus souvent à des formations continues, se former en éducation thérapeutique, être maîtres de stage et utiliser des dossiers patients informatisés (DPI).

Le regroupement de professionnels de santé répond désormais clairement aux aspirations des jeunes médecins. Cette même enquête révèle en effet que 72 % des internes envisagent un exercice en groupe, dans le cadre d'une activité mixte (cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire). Pour **81 % des internes** et même **87 % des remplaçants**, le fait de **disposer d'un réseau de professionnels de santé sur le territoire est déterminant dans le choix de leur lieu d'installation.**

La **Charte « Pôle de Santé Local et Ambulatoire »** (PSLA¹⁸¹) signée en 2017 entre l'Etat, l'ARS Normandie, la Région, les Départements, les Unions régionales des Professionnels de santé et des organismes sanitaires, sociaux et médico-sociaux, a pour principal objectif de garantir l'accès aux soins de proximité pour l'ensemble de la population normande et d'œuvrer au décloisonnement des professionnels de santé.

215

Parmi les autres rôles qui lui sont assignés, la charte a également vocation à établir et à mettre à jour un diagnostic territorial commun en définissant des zones d'intervention prioritaires.

L'ouverture de pôles de santé pluridisciplinaires répond notamment au besoin de décloisonnement. Au printemps 2020, les quelque 120 pôles de santé qui existent sur le territoire normand regroupent chacun un minimum de 15 professionnels de santé. Bien qu'ils ne résolvent pas à eux seuls le problème de la désertification médicale, ils permettent toutefois à certains territoires d'en limiter les effets néfastes (Orne, sud Manche...).

Les signataires de la charte PSLA sont conscients qu'une évaluation, tant quantitative que qualitative, s'impose afin de mesurer plus clairement et plus concrètement les effets des mesures mises en œuvre.

Dans un souci de décloisonnement entre les différentes catégories de professionnels de santé, des jeunes en formation sont amenés à conduire ensemble des actions de promotion

¹⁸¹ Il y a 79 pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA) / maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en Normandie (chiffres 2018).

de la santé. A titre d'exemple, notons qu'il a été créé un cabinet expérimental en lien avec le Pôle des formations et de recherche en santé (PFRS) et l'UFR de pharmacie de Caen, qui vise à faire coopérer en simulation des étudiants en médecine et en pharmacie, sur un laps de temps et un territoire donné. L'expérimentation pourrait à l'avenir s'étendre aux infirmières et aux masseurs-kinésithérapeutes.

Le déploiement de la télémédecine

Comment repositionner la télémédecine dans un parcours de soins ? Comment peut-on faire évoluer les pratiques des infirmiers et des médecins... ? Les questions autour de la télémédecine et plus largement des pratiques médicales sont nombreuses et occasionnent de nombreuses réflexions en cours.

En vue d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, une **charte régionale de télémédecine** a été signée le 8 juillet 2019 entre l'ARS Normandie, l'URML Normandie, la Région Normandie, les Départements et onze autres partenaires de santé.

Le déploiement de la télémédecine doit permettre aux patients – prioritairement dans les zones en tension – de bénéficier d'une prise en charge à distance par un médecin généraliste ou un spécialiste normand, dans un environnement qui puisse garantir la confidentialité et la sécurisation des données échangées. Une expérimentation de télémédecine est conduite dans ce cadre depuis décembre 2018 à Saint-Georges-de-Rouelley dans le sud Manche. Les médecins généralistes exerçant dans les 4 PSLA alentours dédient des plages de téléconsultations, menées en lien avec les infirmiers libéraux du territoire.

Les signataires de la charte – qui doivent évaluer cette dernière en 2021 – s'engagent par ailleurs à informer les porteurs de projets, à former les professionnels, à accompagner le démarrage des projets, à les évaluer et à rendre compte aux patients.

Un projet de « médico-bus » dans l'Orne

Porté par la CPTS de l'Est de l'Orne et le PSLA de Mortagne-au-Perche, un camion médical ambulancier est proposé à titre expérimental pour aller au-devant des patients dans des bourgs du département de l'Orne en manque de médecins. Des médecins à la retraite habitant dans le secteur sont mobilisés pour participer à ce projet et doivent être employés par l'hôpital de L'Aigle.

Désireuse de donner l'impulsion, la Région a consenti à une aide à l'investissement en direction de ce projet qui inclut également des achats de logiciels adaptés (pour la facturation, par exemple).

6.6.3 Actions de prévention et de promotion de la santé

La Région veut faire de la prévention et la promotion de la santé un enjeu prioritaire, à travers des actions menées avec l'ARS et Promotion Santé Normandie.

Ces actions sont essentiellement orientées vers les publics cibles de la collectivité, prioritairement en direction des lycéens et les apprentis. La Région s'appuie sur les missions locales pour mieux identifier les problématiques de santé des jeunes.

Ceci a donné naissance, par exemple, à la création de « capsules » vidéo très courtes¹⁸² (d'environ 40 secondes) qui abordent de manière simple et accessible les questions de l'alimentation et de l'activité physique.

¹⁸² Pour les visionner, se rendre sur <https://www.youtube.com/watch?list=PLmfBi4Fp7hgv-J3oNbGMYYPoFVejm6D9&v=mfSLaN0O-H4>.

Chapitre 7 - Des projets spécifiques adaptés aux territoires

- ☒ Le projet sud-Manche Santé
- ☒ Le projet de santé du Pays de Bray et de la Vallée de Bresle Normandie
- ☒ Le projet de santé de l'Orne Est

Dans son rapport 2018 « *Contribution à la transformation du système de santé* », le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) préconise de **partir de la demande et non plus de l'offre** ; pour ce faire, une révolution dans la manière dont on pense le système de santé s'impose.

De plus en plus de voix s'élèvent pour exprimer le besoin d'une réforme orchestrée par un Etat stratège qui aurait l'habileté de s'appuyer sur la subsidiarité, à partir d'un nouvel acte de décentralisation.

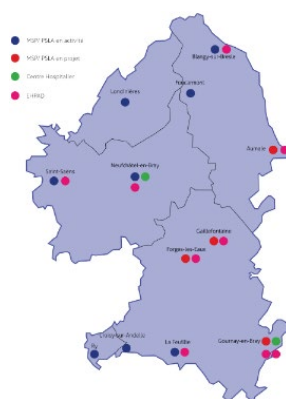
Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontré les principaux acteurs de **trois projets de santé exemplaires** conduits à l'échelle d'un territoire, proposant une **offre de santé au plus près des besoins**.

7.1 Trois projets de santé exemplaires

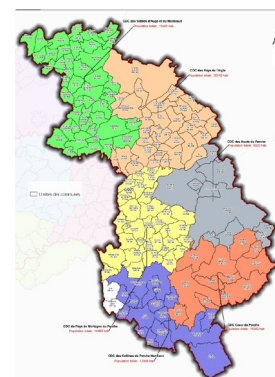
Nous tenons à dire d'emblée que nous avons été particulièrement frappés, en écoutant les fondateurs et animateurs des projets de santé sur trois différents territoires de Normandie – décrits dans ce chapitre – par leur force de conviction, leur détermination, leur ténacité, leur savoir-faire et leur formidable énergie. En l'absence de ces personnalités fédératrices, militantes et combatives, rien ne peut véritablement advenir tant les obstacles sont nombreux et complexes pour mettre en place des projets qui puissent répondre efficacement aux besoins du territoire. A ces personnes, nous tenons à leur exprimer notre admiration pour leur volonté inflexible de se mettre au service d'une population sur un territoire donné, pour réussir à fédérer les savoir-faire et à triompher de la complexité.



219



Une fois le diagnostic posé, l'adhésion autour d'un projet acquise, les énergies rassemblées, reste à accomplir un travail très important, chronophage et complexe, en matière d'organisation financière et juridique. Des questions relevant par exemple de la sécurité ou de la facturation peuvent s'avérer de véritables casse-têtes, d'où l'impérieuse nécessité de s'entourer de personnes compétentes pour en voir le bout.



Le maintien des projets de santé est alors conditionné à la pérennité des moyens qu'on leur octroie. Au vu des carences régulières dans la continuité de dispositifs mis en œuvre par l'Etat, il est souvent difficile pour les porteurs de projets d'envisager sereinement l'avenir.

Ne pouvant hélas en aucun cas prétendre à l'exhaustivité, nous avons dû nous restreindre à interroger trois territoires qui portent des projets de santé : il s'agit de ceux du **sud-Manche**, du **Pays de Bray et de la Vallée de Bresle Normandie** (Neufchâtel-en-Bray) et de **l'Orne Est**.

Les trois projets font l'objet de la mise en place d'une **Communauté professionnelle territoriale de santé** (CPTS). Chacun d'eux illustre **l'intelligence et l'efficacité d'un partenariat entre la médecine de ville et l'hôpital**, condition *sine qua non* de réussite de tout projet de santé dont on peut regretter qu'il ne soit pas expressément inscrit dans les obligations de mise en œuvre d'une CPTS.

7.1.1 Le projet sud-Manche Santé¹⁸³

Le sud-Manche, depuis les côtes granvillaises jusqu'à la campagne de Mortain, est une région qui présente des contrastes socio-économiques particulièrement marqués et un territoire vieillissant où 35 % des **150 000 habitants** qui peuplent le territoire ont plus de 60 ans. Le territoire s'étend sur **154 communes** elles-mêmes réparties sur 3 communautés de communes.

La coopération entre les acteurs de santé impliqués est une réalité déjà assez ancienne dans le Sud Manche mais la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Mont-Saint-Michel lui a donné une nouvelle impulsion dans son versant hospitalier.

La question de la santé, préoccupation de tous, a été soumise au débat public, considéré comme garant de la cohérence des soins. Les échanges publics ont permis d'alimenter le projet stratégique de la direction commune élargie du centre hospitalier d'Avranches-Granville, Saint-Hilaire, Mortain, Saint-James et Villedieu. Concrètement, ce sont 9 réunions-ateliers (3 destinés au grand public, 3 réservés aux acteurs de la santé et 3 autres communs à tous) qui ont été organisées¹⁸⁴ sur une durée de 6 semaines à l'automne 2019, dans 7 communes réparties sur l'ensemble du territoire sud-Manche.

Cette ambition regroupe actuellement les acteurs suivants :

- Les intercommunalités d'Avranches, Granville et Villedieu-les-Poèles ;



¹⁸³ Informations recueillies le 10 décembre 2019, lors d'une audition de Joanny Allombert, directeur du centre hospitalier d'Avranches-Granville et des établissements associés et de Frédéric Goddé, médecin anesthésiste réanimateur, président de la commission médicale d'établissement (CME) des mêmes établissements.

¹⁸⁴ L'obtention de fonds LEADER a permis une prise en charge de 60 % des dépenses ; 300 personnes ont pu être rencontrées au total.

- le groupement hospitalier de territoire (GHT) ;
- le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) Sud Manche ;
- des établissements pour personnes handicapées ;
- les professionnels libéraux (infirmiers, pharmaciens...) ;
- les médecins généralistes libéraux.

Elle inclura également la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) quand celle-ci sera effective.

La **mise en œuvre du projet sud-Manche Santé** a été motivée par la **volonté d'éviter le piège de projets isolés** (hôpitaux, médecins de ville, handicap, personnes âgées, psychiatrie...) dont les acteurs, au mieux, dialoguent entre eux.

Le terreau semblait favorable dans une région où les différents acteurs – élus et professionnels – ont pour habitude d'échanger et font de la santé une priorité. D'autres atouts complètent favorablement ce paysage : un maillage sanitaire fort et la présidence du conseil de surveillance du centre hospitalier assurée par une personnalité qualifiée ayant enseigné à l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Ce qui frappe d'emblée dans la démarche réside dans la **volonté affichée de partager les projets dès leur conception** et de **renforcer la place des usagers**, à la fois **dans la démarche et dans les modes opérationnels de travail** (partant du constat simple que les usagers ne sont pas représentés à la hauteur des enjeux dans le domaine de la santé).

Contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre, les demandes des usagers ne portaient pas sur des revendications de « toujours plus » mais plutôt sur un besoin de mieux connaître l'existant et de mieux travailler ensemble. Ils ont fait part de leur souhait de voir des regroupements de cabinets médicaux mais aussi et surtout de ne pas tout demander aux médecins. Ils ont exprimé en effet qu'ils étaient conscients de l'existence de professionnels en capacité d'apporter beaucoup et par là-même légitimes à occuper une place plus importante dans le champ de la santé.

221

Les constats


« On est au bout du système de rentabilité imposé aux hôpitaux » ; il n'y a plus grand-chose, on est à l'os ».

- Une continuité de soins très insatisfaisante : parcours parfois inadaptés, retards de prises en charge de malades en raison de pertes d'information très importantes ;
- des besoins et des offres de soins très différents suivant la démographie (entre le Mortanais et le Granvillais, par exemple) ;
- sur-sollicitation des médecins et infirmiers et grand manque de coordination : trop de consultations injustifiées, quelle que soit la spécialité ;
- nécessité d'anticiper face au vieillissement des médecins (à Mortain, 6 000 personnes risquent d'être privées d'un médecin généraliste dans les 5 à 6 années à venir) ;
- besoin d'élargir le conseil pharmaceutique, le transport des personnes âgées en besoin de soins, l'accompagnement des patients dans leur parcours de soins.

Des propositions pour y remédier :

- parmi les parcours de soins proposés : un circuit court d'urgences via les cabinets des PSLA (orientation des patients) ; **gradation des soins dans les hôpitaux de proximité** ;
- projet d'homogénéisation des systèmes d'information de l'administration et des soins.

**SÉCUR
DE LA SANTÉ**

-  **MESURE 30** – *une obligation d'association des élus sera intégrée dans l'architecture juridique des hôpitaux de proximité avec des modalités d'organisation adaptées aux enjeux locaux. L'objectif est de donner plus d'autonomie aux hôpitaux de proximité lorsqu'ils sont de statut public en définissant des missions gérées localement à travers une convention avec les groupements hospitaliers de territoire. Il s'agit d'en faire des « laboratoires en matière de coopération ».*

Des adéquations à trouver entre restrictions budgétaires et besoins de soins

Les difficultés financières de l'établissement hospitalier obligent à un plan de retour à l'équilibre qui comporte la suppression de 20 postes. Seuls des postes administratifs, logistiques et techniques seront supprimés afin d'éviter le risque de casser l'activité et d'ignorer la réponse aux besoins.

En 2017, face à des résultats qui n'étaient pas lisibles (en raison notamment d'un système opérationnel peu renseigné), des fermetures de lit¹⁸⁵ avaient été décidées à Villedieu-les-Poëles et à Saint-James.

222

Depuis, dans le cadre des échanges engagés autour de la future communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Sud Manche, une réouverture de lits a été décidée à Villedieu-les-Poëles¹⁸⁶ où l'hôpital comporte des petits plateaux techniques même s'ils sont moins spécialisés. Le volume de lits devrait toutefois être limité (une dizaine au plus) et certains seront dédiés aux soins palliatifs.

Après quelques réticences, l'ARS s'est laissé convaincre de la pertinence de la proposition qui leur a été soumise. L'installation de ces lits est une des pièces du plan de recomposition des soins de suite : cela permet le maintien du soin de suite et de réadaptation (SSR) à Mortain, le développement d'une unité cognitivo-comportementale de SRR (pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer) à Granville et le développement de lits d'addictologie à Pontorson.

Les atouts et les clés de la réussite

« Ça ne peut marcher que si on fait la démonstration que ça marche et si c'est porté par tout le monde ».

¹⁸⁵ Il convient de signaler que le projet de reconstruction du CHU de Caen prévoit une réduction de 200 lits.

¹⁸⁶ Cette décision de réouverture de lits a été prise suite à une présentation du dossier auprès de la commission spécialisée pour l'organisation des soins (CSOS) – qui dépend de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) – donnant lieu à un avis très favorable d'une grande majorité de ses membres.

- Besoin d'une très bonne connaissance des acteurs du territoire pour pouvoir déployer un projet similaire et de l'implication de chacun ;
- l'une des principales clés de réussite du projet tient à la **force du quarteron soudé** que forment **le directeur d'hôpital, le président du CME, le président du conseil de surveillance et le président d'agglomération**, permettant la compréhension des missions des uns et des autres ;
- la force du **comité technique établissement local** (CTEL), sorte d'assemblée parlementaire réunissant les élus (maires de toutes les communes concernées, conseil départemental, syndicats...) permet à chacun d'être au même niveau d'information ; il est prévu que la CPTS en fasse, elle aussi, partie afin d'éviter la création de nouveaux silos ;
- Un premier contrat de pôle, en cours d'élaboration, prévoit une gouvernance dotée d'outils de gestion permettant d'identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

La réussite d'un projet comme celui-ci est avant tout une affaire de personnes. Elle repose avant toutes choses sur une personne ressource capable de fédérer les enthousiasmes et les volontés. On s'aperçoit que la principale difficulté est de convaincre et qu'il ne peut y avoir en aucun cas de modèle idéal et unique, applicable à tous les territoires.

Le projet est favorablement accueilli par des généralistes débordés de travail et bien conscients qu'ils ne peuvent répondre à eux seuls à la demande. Il est estimé qu'une grosse erreur a été commise il y a trente ans en tenant les médecins libéraux à l'écart des hôpitaux, dans la mesure où il existe un véritable besoin de mixité entre les deux.

Il convient de mentionner l'existence un programme d'accueil fructueux en direction des internes de médecine générale sur le territoire (organisation de visites de découverte), destiné à faire connaître les richesses locales en vue d'attirer de nouveaux médecins.

« Face à la complexité de ce qu'il y a à faire, on ne parvient à le faire bien que dans un périmètre restreint, et donc à un niveau local. »

La pertinence médicale et la structuration du territoire ont clairement plaidé pour asseoir le projet sud-Manche Santé.

Il ne peut y avoir de méthode universelle efficace, applicable partout, qui puisse être édictée depuis Paris. Heureusement, de plus en plus de latitudes sont accordées dans le cadre des dispositifs proposés par l'Etat. Le caractère assez flou de certains objectifs a par ailleurs pour vertu de laisser plus de place à des actions plus ciblées et plus efficaces.

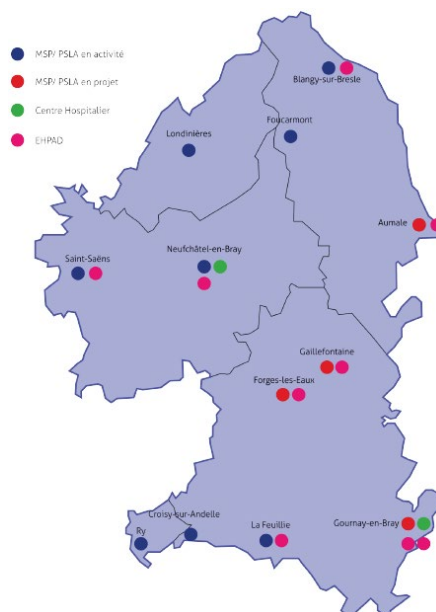
7.1.2 Le projet de santé du Pays de Bray et de la Vallée de Bresle Normandie (Neufchâtel-en-Bray)¹⁸⁷

¹⁸⁷ Informations recueillies le 21 avril 2020, lors d'une audition avec le Dr Jacques Frichet, médecin généraliste au sein de la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de Neufchâtel-en-Bray et Mathieu Morin, coordinateur institutionnel de la Plateforme d'appui Territoriale d'Appui (PTA), co-porteur du projet de la CPTS Pays de Bray et Vallée de Bresle.

Le territoire du projet de santé du Pays de Bray et de la Vallée de Bresle Normandie, situé en Seine-Maritime au nord-est de Rouen¹⁸⁸, concerne **149 communes** et **80 600 habitants**.

Face au constat d'un centre hospitalier qui ne pouvait plus correctement assurer une permanence de soins, faute d'un nombre de praticiens suffisant, une autre organisation engageant à la fois les généralistes et les médecins hospitaliers s'est peu à peu mise en place sur le territoire de Neufchâtel-en-Bray. De nouvelles formes d'exercice ont commencé à être expérimentées parmi lesquelles le caractère essentiel du binôme médecin-infirmier s'est fait jour.

Dès 2003, a été créée une maison de santé associant dans un premier temps des infirmières.



149 communes regroupant 80 600 habitants

MSP et PSLA en activité (bleu)
MSP et PSLA en projet (rouge)
Centre hospitalier (vert)
EHPAD (rose)

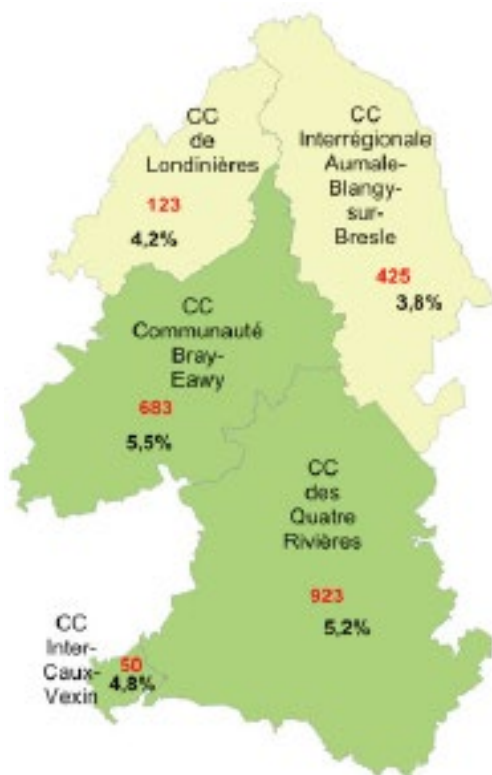
Celle-ci constituait **une sorte de Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) avant la lettre**.

En 2007, un regroupement de médecins a été opéré à travers une SELARL¹⁸⁹ (statut juridique particulier peu connu des entrepreneurs et des professions libérales). Il a été décidé d'une collecte commune des honoraires de consultations médicales ainsi que d'une redistribution en vertu de critères définis collectivement.

Cette même année, et ce après une dizaine d'années de coopération entre l'hôpital et la médecine de ville, a été créé un **groupement de coopération sanitaire** (GCS) qui a permis de développer des spécialités. A cette période, la télémédecine, encore embryonnaire, s'est avérée néanmoins très utile.

Au fur et à mesure que s'aiguissait le goût de « *travailler ensemble et autrement* », il est devenu évident qu'il était **possible et bien plus efficace d'être complémentaire plutôt que concurrentiel**.

Ainsi, alors que s'engageait un travail sur la prise en



¹⁸⁸ Neufchâtel-en-Bray se situe à 50 km de Rouen.

¹⁸⁹ Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée.

charge des urgences et sur les gardes médicales, le secteur géographique du projet déployé s'est peu à peu élargi. Des permanences à l'hôpital et dans les EHPAD s'appuyant sur des modes forfaitisés ont été mises en place, de même qu'une permanence de soins non programmés et d'un parcours ville-hôpital.

La création d'une **Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)** puis d'une **Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)**, a naturellement découlé de la dynamique engagée.

Chacun doit apprendre les contraintes et les approches de l'autre pour conduire efficacement un projet sur un territoire. Nombre d'élus sont facilitateurs, font le lien avec leurs services (ex : CCAS) et mettent parfois des personnels à disposition pour diverses opérations. **Il est impensable de faire aboutir un projet de maison de santé sans les élus.** Ils jouent en effet un rôle important dans la mesure où ils détiennent des clés permettant aux populations un meilleur accès aux soins et un aménagement territorial des services (réseau internet, organisation médico-sociale...).

Le projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

Les **différents dispositifs mis en place** sont **tous complémentaires** : le GCS porte la PTA, l'hôpital, l'association des médecins, d'autres cliniques, l'association du Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), la MAIA...

La **PTA**, le **CLIC** et la **MAIA partagent les mêmes locaux** afin de **fédérer les équipes** appelées à œuvrer ensemble, dans le même sens.

Construire des CPTS est un véritable plus, à partir du moment où l'on s'assure qu'elles aient un contenu. Des CPTS construites à marche forcée risquent d'aboutir à des « coquilles vides », comme cela a pu être le cas avec un certain nombre de maisons de santé.

Face à la très grande complexité de la mise en œuvre de la CPTS, la **PTA s'est avérée un outil essentiel.**

Contrairement à une maison de santé qui regroupe des professionnels de santé autour d'une patientèle, la **CPTS concerne un territoire et tous les acteurs de la santé** (hôpital, médico-sociaux, élus, usagers ...) qui y travaillent. Or, le territoire est hétérogène et exige de trouver des réponses concertées en direction des endroits plus fragiles, afin de mener des actions plus vastes (ex : actions de prévention, de promotion de la santé à l'appui d'un diagnostic préalable).

« On a besoin de ce partage puisque l'on soigne les mêmes personnes ».

Il est jugé que le partage est absolument central pour agir compte tenu de la complexité de certaines situations et pathologies dont la prise en charge requiert de la coordination. Le métier de coordinateur fait à ce titre partie des nouveaux métiers qui apparaissent à la fois au niveau de la MSP et sur les territoires.

Le principe d'enveloppes financières définies en fonction du nombre d'habitants et d'un certain nombre d'autres critères, est estimé être une approche simple et satisfaisante.

Il est regretté que sur les 5 CPTS prévues en Normandie (entre lesquelles se tissent des relations amicales et utiles), aucune n'ait été consultée pour gérer la crise épidémique du coronavirus. Ceci porterait à croire que ces instances ne sont pas encore intégrées ou reconnues par nos institutions.

A ce jour, il n'existe malheureusement pas d'interaction avec le champ médico-social. Comme cela avait également pu être observé entre professionnels hospitaliers et « de ville », il existe des différences de « culture » entre le monde médical et le monde médico-social. Néanmoins, l'expérience a montré que les personnes apprennent à se connaître en travaillant ensemble et que les barrières finissent par tomber quand les mêmes objectifs sont partagés. En revanche, des liens se développent dans le domaine du handicap avec l'ESAT de la Brèche (situé dans la commune de Saumont-la-Poterie).

La CPTS, qui **prévoit la constitution de collèges** (sanitaire, social, médico-social et élus/usagers) est véritablement envisagée comme l'instance territoriale au sein de laquelle l'ensemble de ces acteurs doivent se retrouver.

Enfin, s'agissant de l'organisation des hôpitaux de proximité prévue dans Ma santé 2022, elle est jugée « *lettre morte* » et « *sans aucune avancée concrète* » au moment de l'audition. Il a été exprimé le regret d'une absence de visibilité, d'autant plus que ce temps de cheminement long n'est pas sans freiner le projet prévu pour le territoire de Neufchâtel-en-Bray.

226 Un projet de santé qui attire les médecins

Le projet déployé sur le territoire se montre particulièrement attractif pour les professionnels de santé. Ainsi, pas moins d'une vingtaine de jeunes médecins se sont installés au cours des dix dernières années sur le territoire du pays de Bray.

L'approche pluri-professionnelle et pluridimensionnelle est un facteur d'attractivité certain pour les jeunes médecins. La crise de la Covid-19 a agi comme un révélateur à plusieurs égards : il a été très rapide de se mettre autour d'une table et de trouver un accord.

L'ouverture de la MSP – qui accueille un nombre important de stagiaires¹⁹⁰ – a rapidement donné lieu à **dix installations de médecins**. Les stagiaires s'insèrent dans un cadre dans lequel ils savent qu'ils pourront bénéficier d'un travail en équipe. La **mutualisation des contraintes**, à travers une organisation assurant une **continuité de soins à la patientèle**, est un facteur important d'attractivité. La **lourdeur de gestion** est par ailleurs **compensée par la présence de personnels administratifs** : un coordinateur à temps plein, une secrétaire de gestion et cinq secrétaires.

Alors que l'on impute souvent une **évolution des pratiques des généralistes** à la féminisation de la profession, il convient en réalité d'évoquer un changement de société qui concerne tout un chacun. La profession du généraliste a en effet énormément évolué, entre

¹⁹⁰ Entre 10 et 14 internes, et 20 externes par an.

la montée en puissance des spécialités et des pratiques avancées des infirmiers. Il lui reste toutefois un immense champ d'action.

En participant à un projet collectif, le médecin généraliste ne se contente plus de voir ses patients en consultation mais trouve un intérêt professionnel et personnel accru, à travers la mise en œuvre d'actions ou dispositifs variés pour lesquels il a une appétence particulière (sport sur ordonnance, sexualité des jeunes collégiens et lycéens, toxicomanie, diabète, obésité...).

Certaines de ces actions sont menées en lien avec les MAIA et le CLIC pour les personnes âgées ; des **missions de repérage** (spectre autistique et autres pathologies) sont également instaurées.

Il convient de signaler que l'organisation collective du travail permet également au médecin de mettre en œuvre ces actions sans être pénalisé financièrement. Ceci est loin d'être anodin lorsque l'on sait combien les missions de santé publique seraient appelées à se développer si elles ne se faisaient pas au détriment des revenus des médecins.

Le **paiement à l'acte**, jugé contraignant, **ne doit plus être le seul mode de facturation**. Heureusement, la **forfaitisation**, sans être l'unique réponse, **gagne peu à peu du terrain**. Il est indispensable que le projet professionnel de santé prime¹⁹¹.

Bien qu'il n'y ait pas encore de financements pour mettre concrètement en place toutes les actions, un travail est en cours avec le Rectorat pour des opérations de prévention auprès des jeunes. Des actions concrètes sont impulsées par ailleurs avec différents partenaires, dont les CCAS. Face au constat que la diffusion d'information isolée demeure inefficace, les messages doivent par conséquent être relayés par l'ensemble des acteurs pour être entendus.

227

Le recours à la télémédecine

Pratiquée depuis de nombreuses années à Neuchâtel, la télémédecine est un **apport précieux lorsqu'elle s'exerce dans un cadre professionnel bien défini et un parcours de soins**, en présence d'un professionnel de santé. En dehors de ce cadre, elle trouve très rapidement ses limites en matière de traitement et de diagnostic à distance. On peut s'inquiéter à cet égard de la multiplication des cabines de télémédecine qui se développent ici et là.

La recherche médicale

Il importe d'accorder une place plus importante à la recherche autour des soins primaires, ce qui était encore il y a quelques années une « *terra incognita* ». Il semble impératif d'être en capacité de fournir des réponses coordonnées de la part des généralistes en vue de nourrir des travaux de recherche.

¹⁹¹ Au cours de l'audition qu'il a accordée au CESER, le Dr Frichet a fait part de sa satisfaction qu'aucun des jeunes médecins n'avait demandé le montant de sa rémunération avant de s'installer : « *Ce n'était pas ce qui prévalait dans leur démarche* ».

Des relations tendues avec l'ARS

Les porteurs du projet estiment que la manière dont celui-ci est pensé et conçu, la rapidité de la mise en œuvre des actions qu'elle permet, ne semblent pas toujours bien comprises par l'ARS, avec laquelle les rapports peuvent être conflictuels. Ils regrettent que la promotion de l'innovation encouragée par l'agence se heurte en pratique à de véritables obstacles.

Ce décalage s'est particulièrement illustré lorsqu'il a été décidé d'ouvrir un centre de soins Covid-19 à Neufchâtel, un projet contre lequel l'ARS était fermement opposé. Cette initiative offrait une prise en charge sécurisée et de qualité, au moment où une vague sévère et difficilement maîtrisable était à craindre. L'ARS, considérant que l'on « *anticipait trop tôt* », exigeait de son côté le respect d'une doctrine de gradation, de droit commun qui s'appuie sur des actes facturables. La réponse de l'agence a été particulièrement incomprise et même douloureusement vécue par des professionnels de santé qui déplorent une « *doctrine régionale* » inflexible. L'incompréhension a été d'autant plus vive que le blocage institutionnel se produisait au niveau de l'instance régionale, et non au niveau de l'Etat central.

Les crispations ressenties à l'encontre de l'ARS se cristallisent également autour de l'exigence qu'a cette dernière, en vue de la création de la CPTS, d'une conformité avec des modèles nécessitant la création d'une autre entité juridique (de type associatif), laquelle ferait doublon avec le GCS. Or, le GCS est jugé très satisfaisant par les porteurs du projet qui estiment par ailleurs qu'il s'agit du statut le plus avantageux en matière de fiscalité.

228

Les « remontées d'information » attendues par l'ARS, jugées trop lourdes et nombreuses, ne sont pas bien vécues. Une **logique administrative et budgétaire**, perçue comme étant en **décalage avec le terrain**, des **réorientations radicales** qui ne feraient pas l'objet de la part de l'ARS d'explications ou de concertation auprès des acteurs de terrain, s'ajoutent à ce climat d'incompréhension et de défiance.

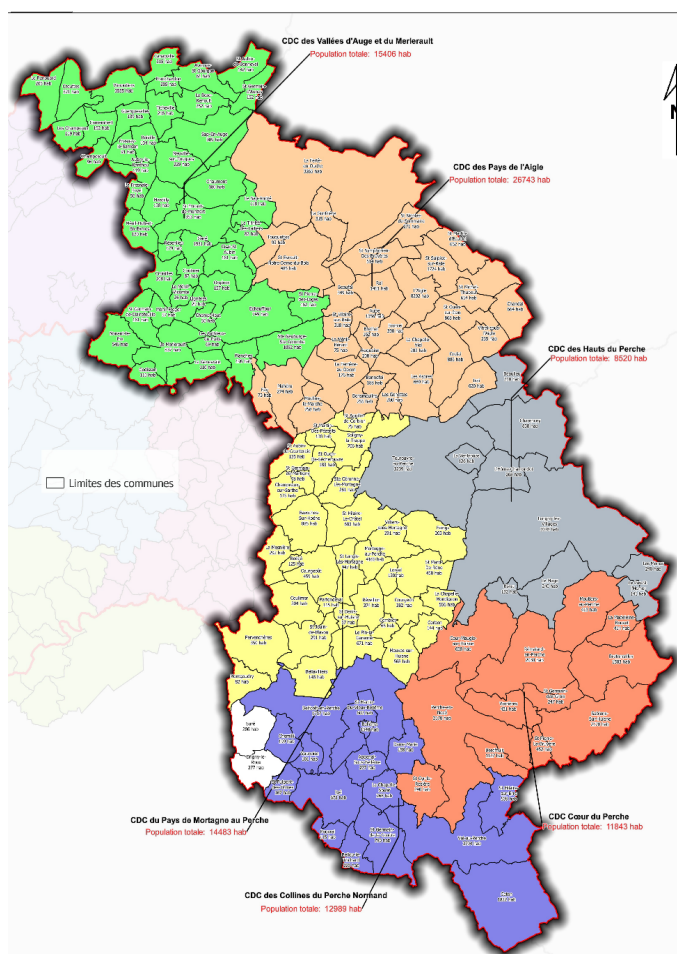
7.1.3 Le projet de santé de l'Orne Est (territoire de Mortagne-au-Perche)¹⁹²

Le projet de santé de l'Orne Est concerne **153 communes** – au sein de 6 communautés de communes – et regroupe **87 000 habitants**.

Le département de l'Orne est particulièrement marqué par le vieillissement de sa population et d'importantes inégalités sociales. L'épineuse question de la démographie médicale y est prégnante : sur le territoire de **l'Orne Est**, ce sont environ **10% des habitants qui n'ont plus de médecin traitant** (soit 9 000 personnes). L'accès à l'imagerie est par ailleurs devenu un problème tel dans le département que cela a encouragé le développement d'un projet de télémédecine en vue d'essayer de compenser les disparités.

En 2008, a été entamé un travail de restructuration des soins dans le département de l'Orne, à une période où il existait, par exemple, une quinzaine de systèmes de garde différents.

¹⁹² Informations recueillies le 14 mai 2020 lors d'une audition avec le Dr Gal, médecin généraliste à Mortagne-au-Perche, président de l'Ordre des médecins de l'Orne, président de la commission de l'organisation des soins, en charge des 11 pôles de santé de l'Orne (charte créée en 2008).



Une division du département en six secteurs a été proposée, chacun ayant une population comprenant entre 25 000 à 40 000 habitants. L'idée était de prévoir un nombre de médecins adapté à la taille de ces territoires.

Un service de prise en charge des patients a été instauré entre 8h et 20h : les appels parvenant au SAMU sont traités par une plateforme laquelle renvoie vers le médecin le plus proche, ce dernier étant amené à décider ce qu'il convient de faire avec le patient.

Pour établir le **projet de CPTS**, il a été nécessaire d'analyser la situation sanitaire et proposer une juste répartition des professionnels de santé. Sur les 208 médecins généralistes libéraux que l'on comptait encore dans l'Orne il y a quelques années, il n'y en a plus que 160 aujourd'hui. 27 % des médecins âgés de plus de 65 ans sont

encore en activité. L'offre de soins est donc devenue très fragile avec des départs réguliers en juin et octobre de chaque année.

Le projet de santé de l'Orne Est a été créé avec l'URML, les collectivités, l'Etat, la faculté de médecine et les pôles de santé.

Il regroupera **70 professionnels de santé** : médico-social, premier recours (5 généralistes, infirmiers, kinés, psychologues, diététicienne, podologues...) et second recours (dont un urologue, un chirurgien vasculaire, un chirurgien viscéral...).

6 pôles de santé sont prévus dans le projet de la CPTS Orne Est.

Il dispose de 1 600 m² de locaux et un projet d'extension est prévu.

La télémédecine est proposée pour certaines pathologies, notamment pour le diabète. Parmi les lignes de force du projet de CPTS figurent : l'organisation de **parcours pluriprofessionnels autour des patients**, l'**organisation de soins non programmés**, une **offre de soins mobiles à titre expérimental** (médico-bus).

Créée en octobre 2018, la **Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)**¹⁹³ permet la prise en charge de toutes les personnes aux pathologies complexes depuis leur domicile, et constitue un élément important d'organisation sur le territoire.

Dans le département de l'Orne, il existe 3 contrats locaux de santé¹⁹⁴ (CLS) actuellement « en suspens » car devant faire l'objet d'une réévaluation.

¹⁹³ Voir schéma en annexe.

Le projet de santé proposé par le Dr Gal concernait initialement le territoire de Mortagne-au-Perche (15 000 habitants). Il a finalement été décidé de l'étendre à l'ensemble de l'arrondissement (regroupant 90 000 habitants) pour plus de pertinence. Le projet comprend ainsi à ce jour 56 médecins généralistes. Le Dr Gal a pu constater avec grande satisfaction que beaucoup de professionnels de santé répondaient présents pour s'associer au projet. En effet, parmi la dizaine de médecins retraités (parfois depuis 3 à 5 ans) contactés par ce dernier, tous sans exception ont répondu favorablement à l'appel. La seule condition qu'ils aient émise consistait à ce qu'on leur permette d'exercer dans un cadre respectant une « *médecine de plaisir* » et non « *d'abattage* », comme cela est trop souvent le cas en cabinet de médecin libéral (recevant un très grand nombre de patients).

Il a donc été proposé que les plannings de consultation soient établis en fonction des disponibilités de chacun. Des réunions hebdomadaires sont organisées autour de questions telles que la facilitation de l'accès aux soins, le diabète, l'insuffisance rénale, etc.

La question de la coordination des soins, au cœur de la CPTS, donne lieu à une proposition d'un certain nombre de **parcours de soins** : insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, diabète (pathologie en augmentation), addictions, pédiatrie...

Est également proposée une prise en charge diététique et, de manière plus globale, une **éducation thérapeutique « pour tous et de la même façon »** (en faveur de laquelle une formation des professionnels de santé est nécessaire).

Une coopération a été mise en œuvre avec le centre hospitalier de L'Aigle pour la prise en charge salariale des médecins mais aussi pour des supports techniques (dont le système informatique). La question de la sécurité informatique ayant beaucoup compliqué les choses, la mise en œuvre du projet a été significativement retardée. Cette organisation, hélas très coûteuse, amène à faire le choix entre un partenariat avec un établissement public ou la création d'un organisme privé.

Aller au-devant des populations les plus en besoin de médecins grâce à un « médico-bus »

En juin 2019, a commencé à circuler, à titre expérimental, un **camion allant au-devant des populations les plus en besoin de médecins**.

Il est prévu que ce « **médico-bus** » – dont l'acquisition sera en partie financée par la Région – puisse être mis à proximité d'une maison de service ou même d'une mairie pouvant par exemple mettre à disposition un local pour faire attendre les patients. Une assistance aux médecins est par ailleurs prévue.

Le projet est relié à l'organisation des soins non programmés ; le traitement des appels des patients (sans médecin traitant ou ne parvenant pas à le voir) est assuré entre 8h et 20h. Les cabinets médicaux – voire les pharmaciens et les infirmiers – pourront en principe déclencher le processus, pour les prises de rendez-vous et les consultations urgentes.

La télémédecine

¹⁹⁴ Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche, Pays de l'Aigle et de la Marche, Pays du Perche ornais.

Face au **manque de spécialités de second recours** (pneumologie pour laquelle les patients sont envoyés vers Le Mans, dermatologie ou insuffisance rénale pour lesquelles les patients sont envoyés vers Alençon...), est né un projet de **mise en place de plateaux de télé-médecine** permettant d'accéder à des consultations qui posent problème. Les consultations en anesthésie peuvent ainsi, par exemple, se faire à distance à partir des pôles de médecine.

La crise sanitaire liée au coronavirus devrait encore accélérer le recours à la télé-médecine.

Un dossier de demande de financement FNADT¹⁹⁵ a été déposé pour aider au développement de cette pratique de médecine à distance.

« *Le projet est véritablement le fruit d'un partenariat qui émerge* ».

La construction et la mise en œuvre du projet de CPTS n'ont pu être possibles que grâce à un partenariat avec l'URML, l'ARS (« *qui s'est beaucoup investie et démenée* »), l'Etat (fonds FNADT), la Région...

Une association a été créée suite à l'obtention de l'accord de l'ARS. Les locaux nécessaires ont été trouvés pour mettre en route toute l'organisation prévue et six candidatures ont été reçues pour le poste de coordination.

Au sein d'une répartition prévue par l'ARS en 4 secteurs, le projet de l'Orne Est se situe en secteur 3, ce qui lui permet de se voir octroyer un **budget de fonctionnement important** (300 000 euros par an). Cela donne la possibilité d'investir dans des équipements et dans des moyens plus innovants.

A terme, 3 CPTS sont prévues dans l'Orne (à l'est, à l'ouest et au nord du département).

Une demande de Nogent-le-Rotrou qui souhaitait s'investir dans une CPTS n'a pu aboutir dans la mesure où une seule CPTS par territoire est autorisée à se créer. Il semblerait toutefois assez logique que la CPTS de l'Orne Est puisse être étendue jusqu'à Nogent-le-Rotrou, situé en Eure-et-Loir.

« *Le tandem élus – professionnels de santé est indispensable* »

Par les différents mandats et fonctions qu'il occupe depuis de très nombreuses années, le Dr Gal entretient des relations suivies et régulières avec les élus. Il souligne que Jean-Claude Lenoir, en tant qu'ex-député-maire de Mortagne-au-Perche a par chance été l'un des premiers élus à avoir conscience des problèmes de désertification médicale. Pourtant, bien qu'il ait été « *en parfaite harmonie* » avec lui, il lui aura fallu malgré tout pas moins de 8 ans pour monter le projet de santé à Mortagne-au-Perche, ce qui donne une idée de la complexité d'une telle mise en œuvre.

Ce sont surtout les **présidents de communautés de communes** – ceux-ci portant la majorité des projets permettant des demandes de fonds – et pas tant les maires qui sont **en première ligne pour monter les projets**. Il ne cache pas que les « *querelles de clocher* » sont régulièrement un frein et qu'il y a parfois quelques échecs, faute d'entente.

¹⁹⁵ Fonds national d'aménagement et de développement du territoire.

Heureusement, il constate qu'une fois « le projet sur les rails », une dynamique d'adhésion s'engage et les difficultés pour attirer les professionnels se lèvent, ces derniers se joignant généralement d'eux-mêmes au projet. Bien que le projet de CPTS soit encore trop récent pour permettre un recul suffisant, le Dr Gal voit avec satisfaction arriver des jeunes sur le territoire (Flers, Putanges...). Ce souffle nouveau le rend confiant quant à la poursuite d'une **tendance favorable en matière d'attractivité médicale.**



**AVEZ-VOUS
VU CETTE
FEMME ?**

La campagne de communication lancée en septembre 2020 par la municipalité de Val-au-Perche (commune de 3 600 habitants, dans le périmètre de la CPTS), à la recherche d'un médecin généraliste, illustre la nécessité et l'urgence dans lesquelles se trouvent nombre de collectivités, qui n'hésitent pas à avoir recours à des moyens plus singuliers ou décalés pour pallier le manque.

Signe incontestable des temps : le « cadre de vie » et une « équipe pluridisciplinaire » figurent parmi les « récompenses » énoncées.

Recherchée par la commune de Val-au-Perche (61260) pour rejoindre le pôle de santé tout neuf, ouverture en 2020

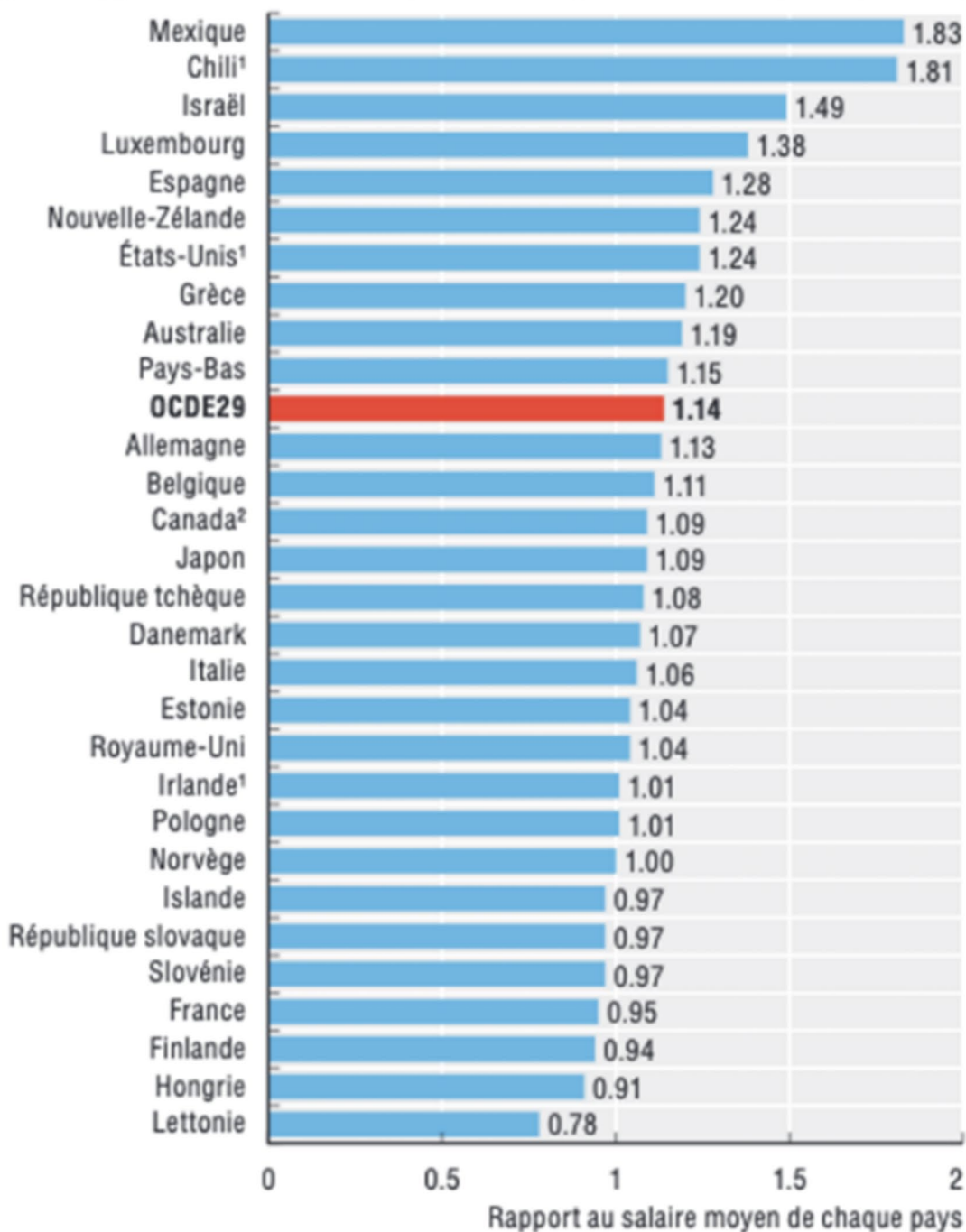


RÉCOMPENSE : UN CADRE DE VIE IDEAL, UNE ACTIVITÉ CHOISIE, UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Pour tout renseignement, contactez nous au 02 37 49 59 80 ou valauperche@gmail.com

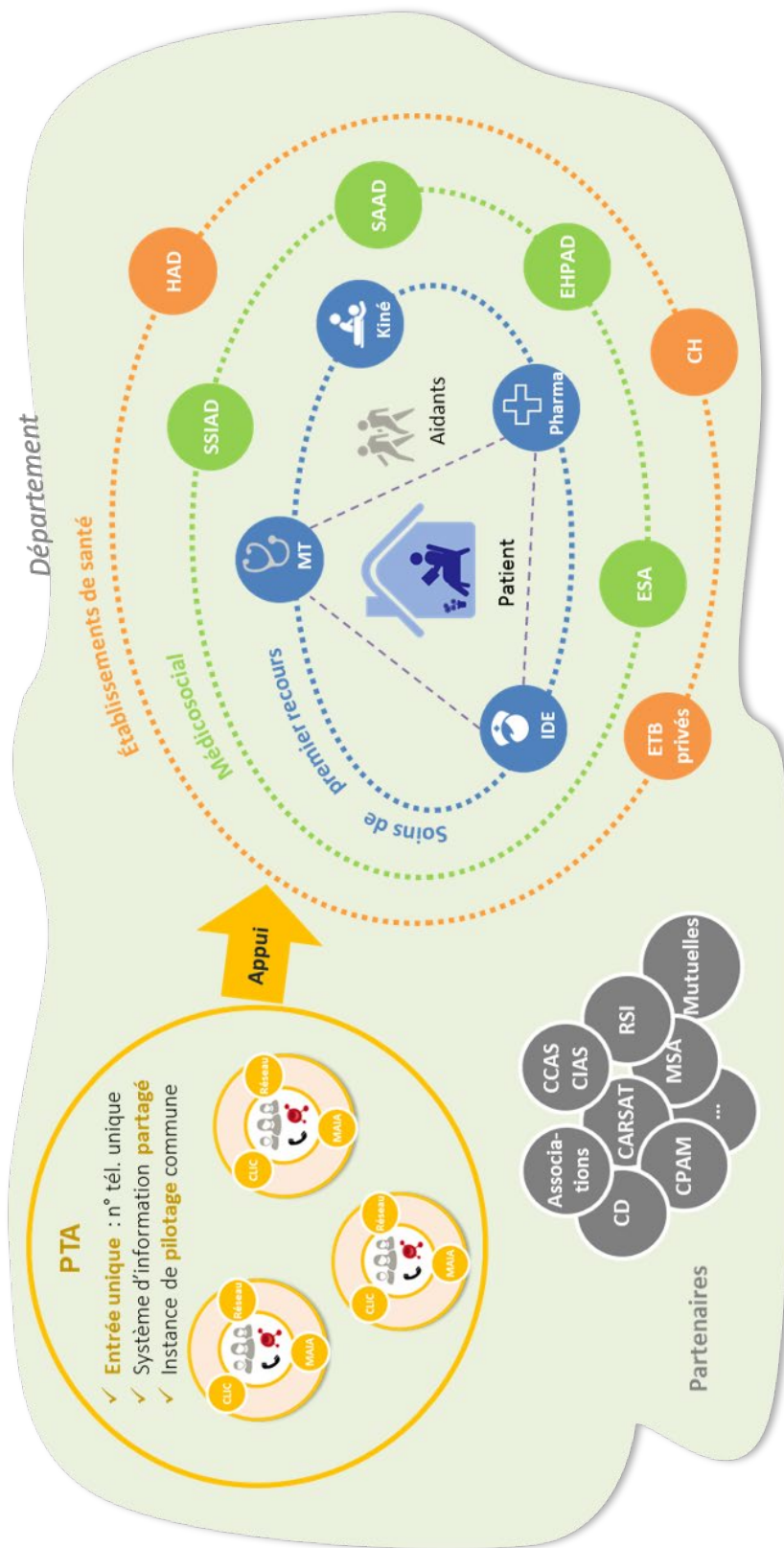
Annexes

Graphique 8.16. Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2015 (ou année la plus proche)

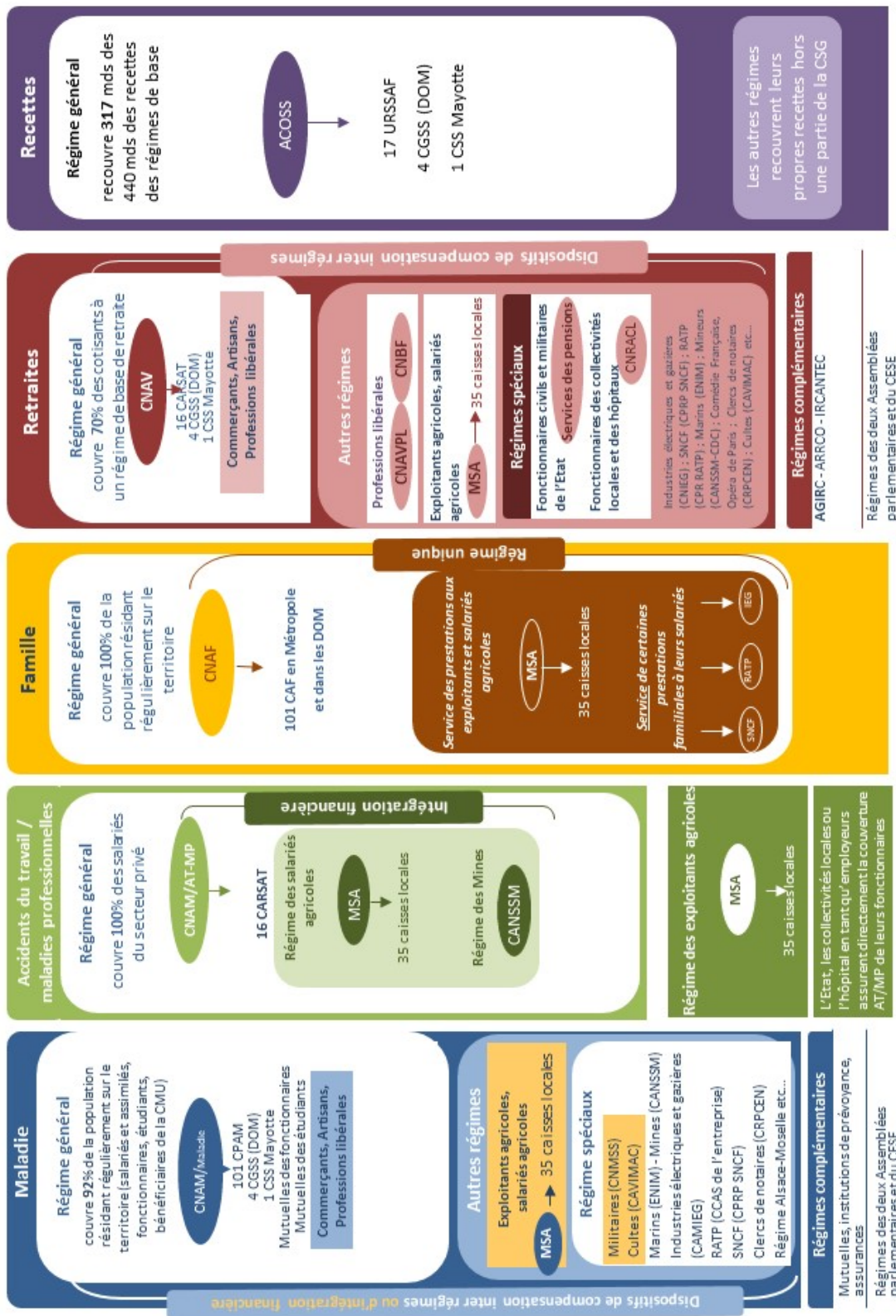


La rémunération des infirmiers à l'hôpital en 2015 dans les pays de l'OCDE

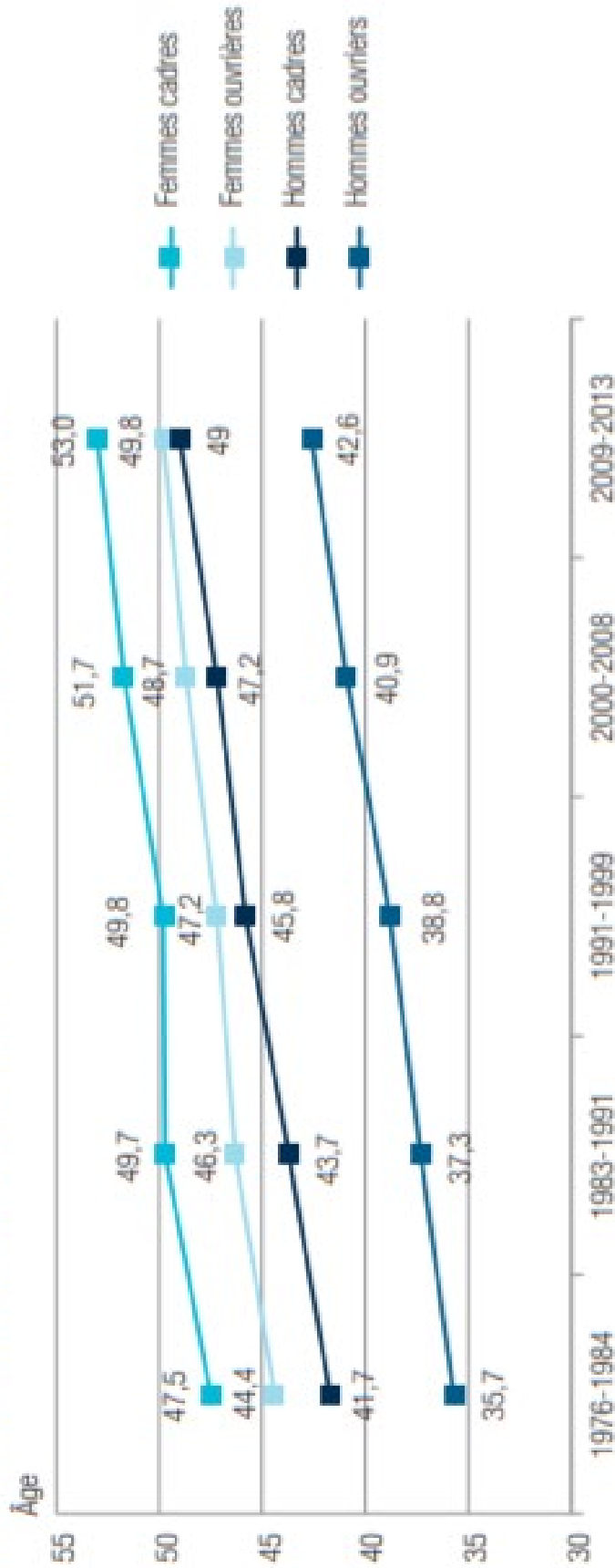
Plateforme territoriale d'appui (PTA)



La Sécurité sociale



GRAPHIQUE 3
Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers

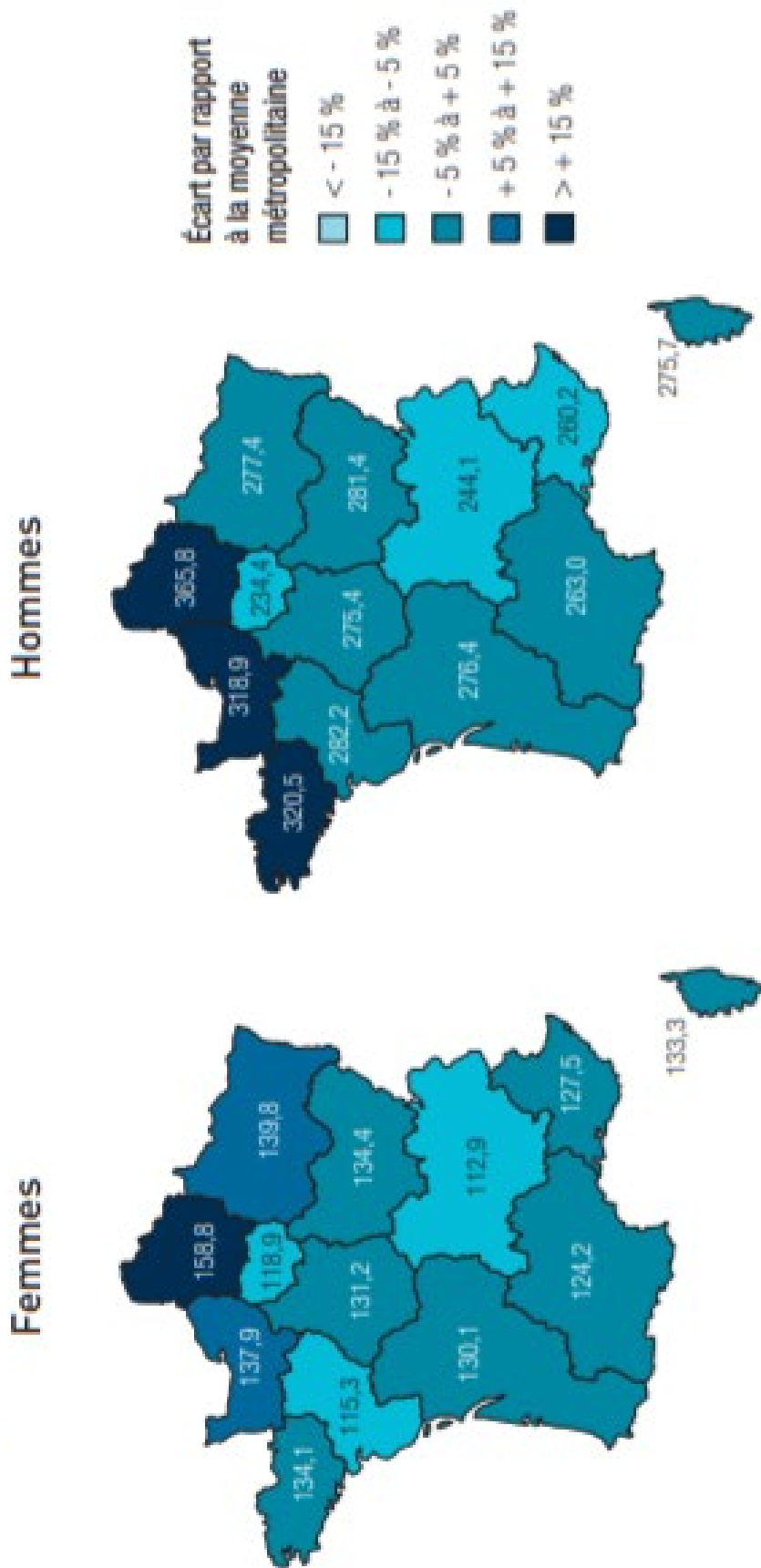


Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ • France métropolitaine.

Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

CARTES 1 ET 2
Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité prématurée (< 65 ans), en 2013

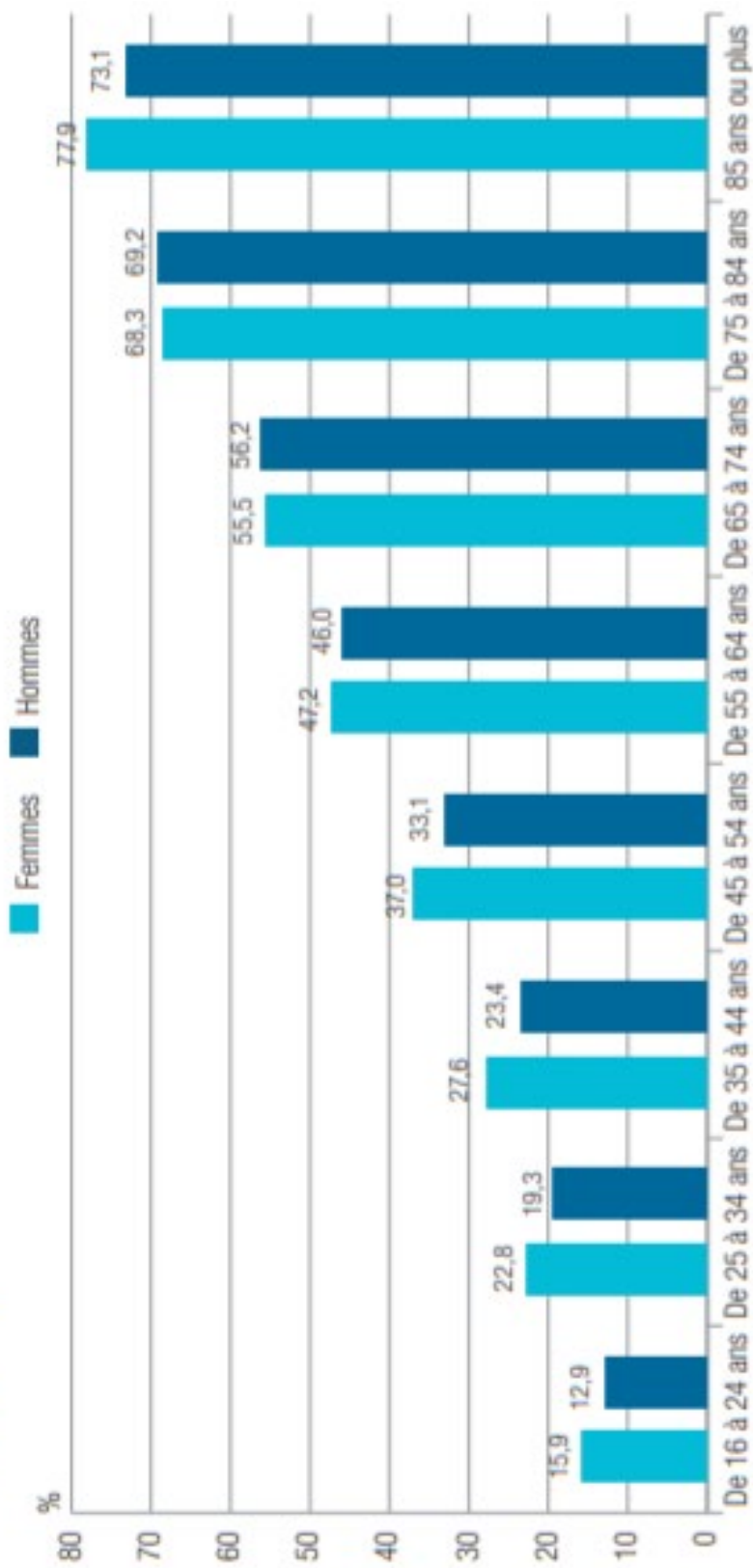


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

GRAPHIQUE 8
Répartition des personnes déclarant une « maladie chronique » selon le sexe et l'âge, en 2014 (en %)

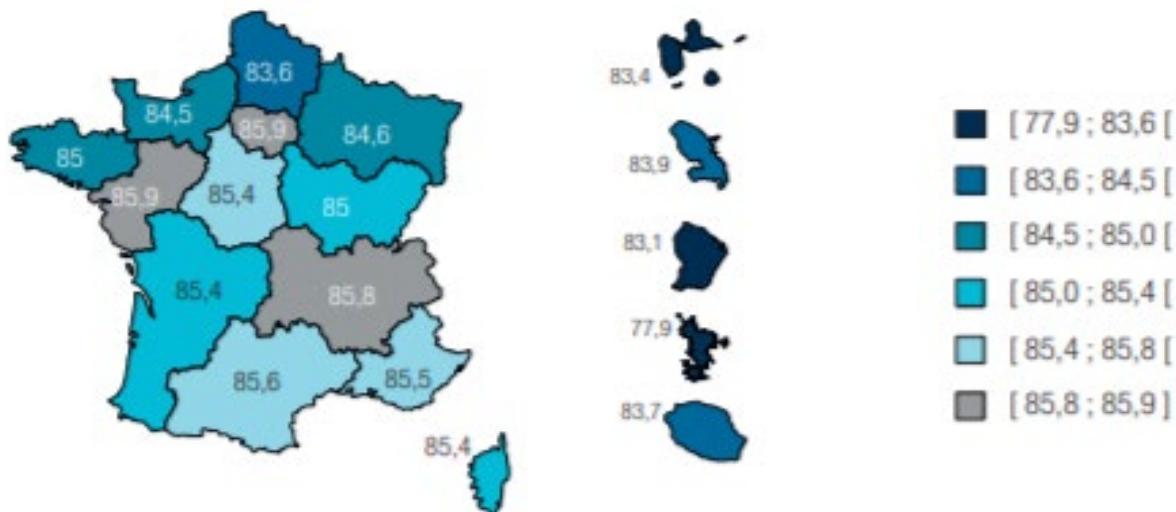


* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

Espérance de vie à la naissance des femmes en 2014 (en quantiles)

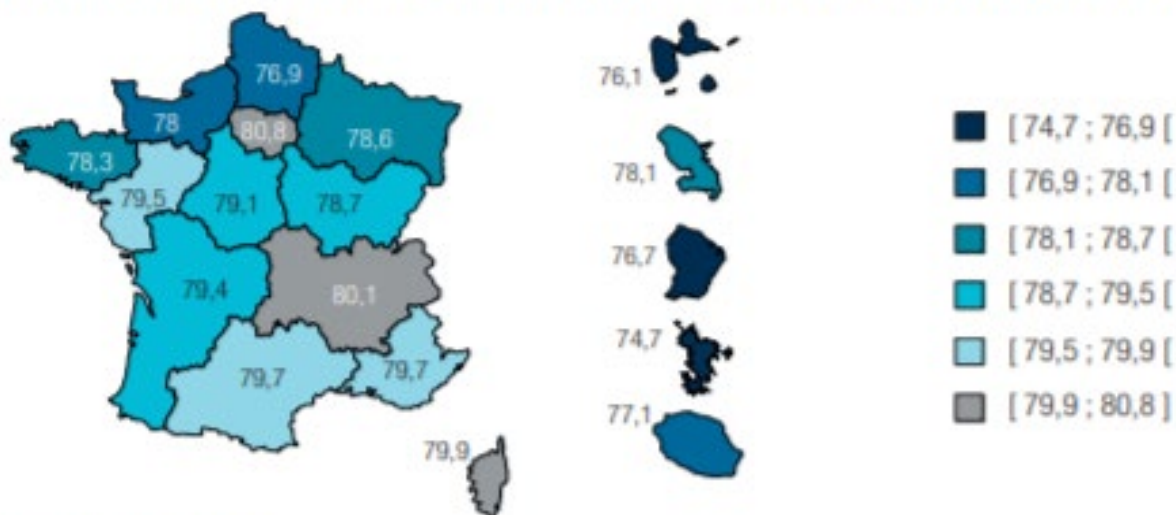


Champ • France entière.

Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

CARTE 10

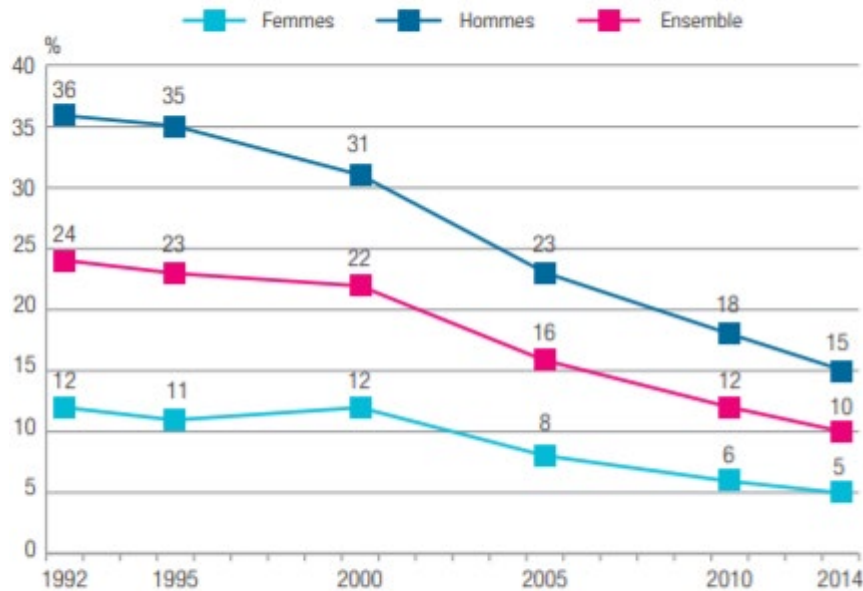
Espérance de vie à la naissance des hommes en 2014 (en quantiles)



Champ • France entière.

Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

Évolution de la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool selon le sexe parmi les 18-75 ans, entre 1992 et 2014



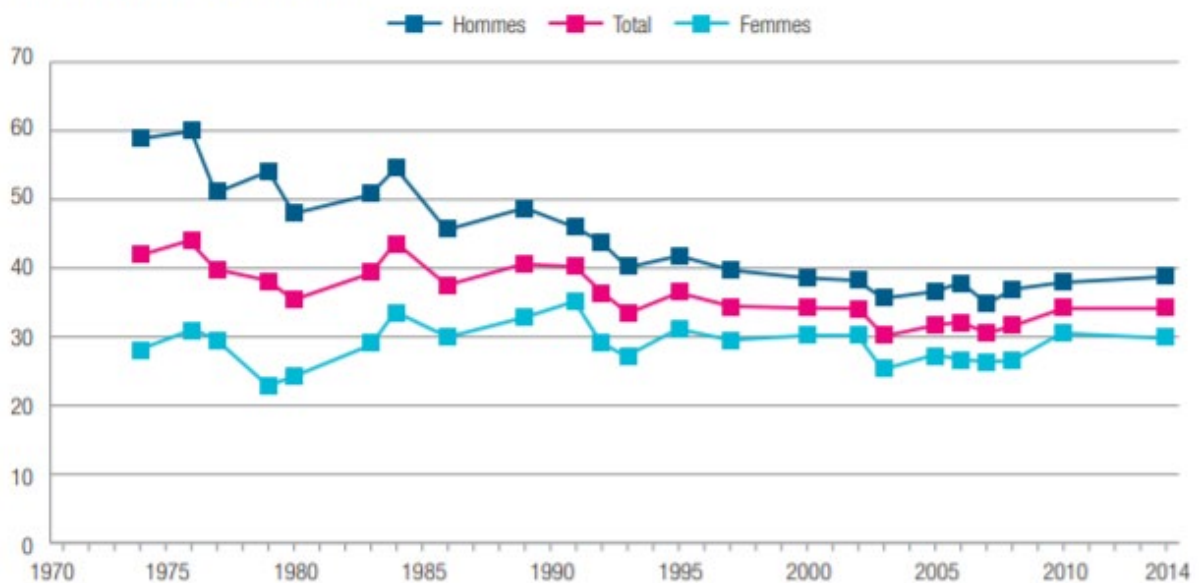
Champ • France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire.

Sources • Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014 (INPES).

242

GRAPHIQUE 2

Évolution de la prévalence de fumeurs actuels* au sein de la population adulte, entre 1974 et 2014 (en %)



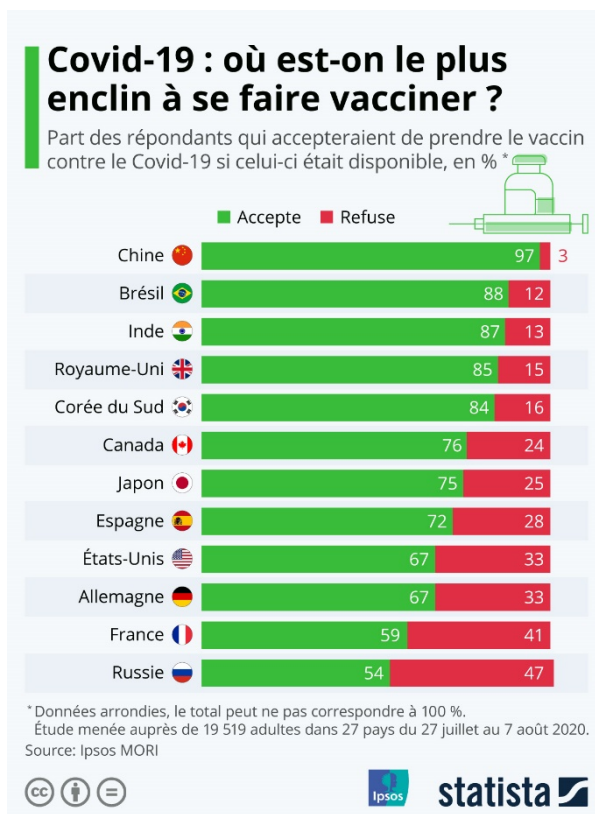
* Part des personnes répondant positivement à la question : « Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps? ».

Champ • France métropolitaine. Population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

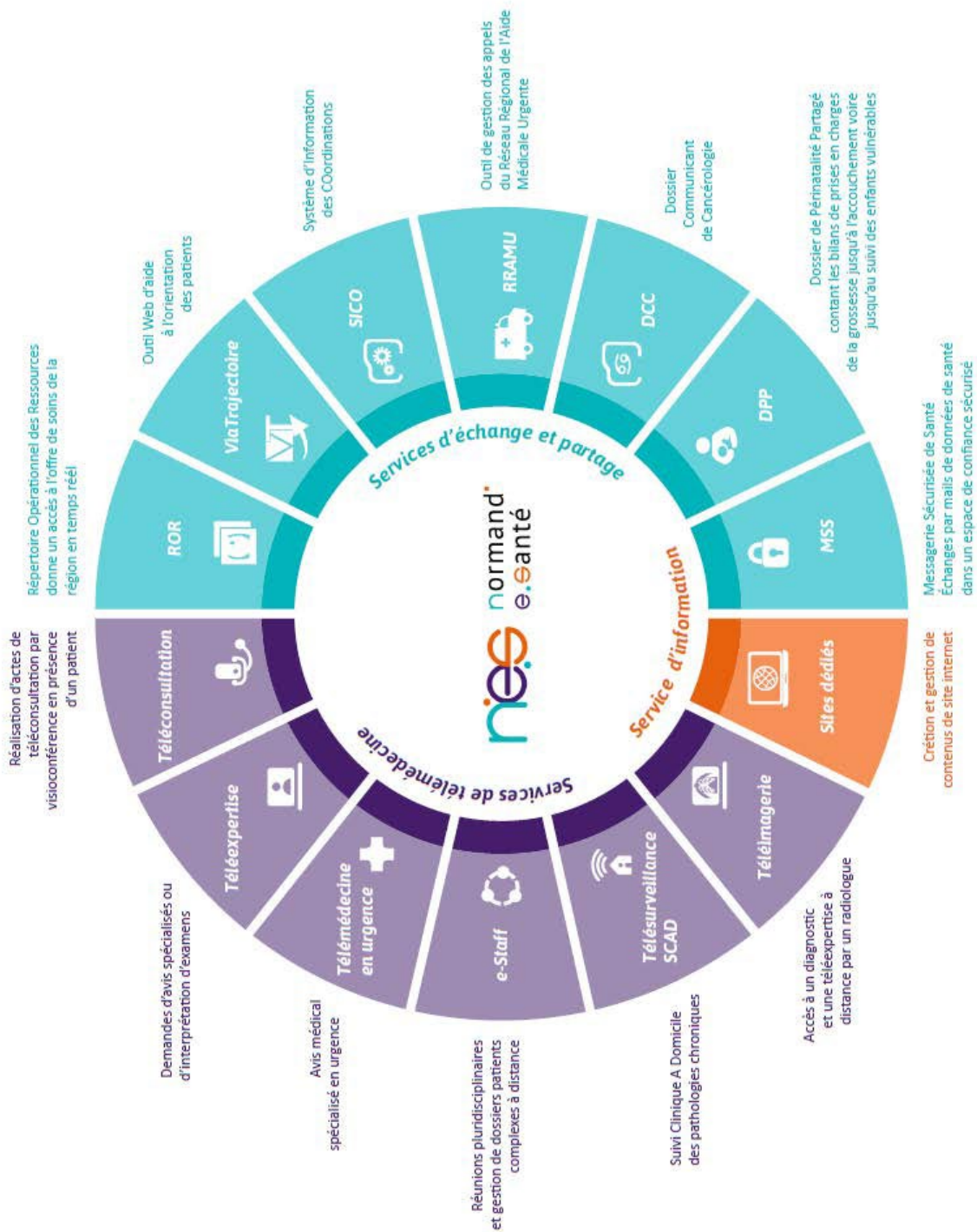
Sources • Enquêtes CFES de 1974 à 2000; EROPP 2002 (OFDT); Enquêtes Prévalences 2003-2005 (INPES); Baromètres santé 2005, 2010 et 2014 (INPES), Baromètre santé environnement 2007 (INPES); Baromètre santé nutrition 2008 (INPES).

La vaccination : la défiance des Français

La **défiance des Français vis-à-vis de la vaccination** est particulièrement nette par rapport à des pays voisins tels que le Royaume-Uni ou l'Espagne, comme l'illustre ce sondage ci-contre réalisé par Ipsos MORI, portant sur l'acceptation d'une prise de vaccin – encore hypothétique – contre le coronavirus.



La large palette de services offerts par **Normand'e-Santé**, groupement régional d'appui au développement



Liste des sigles

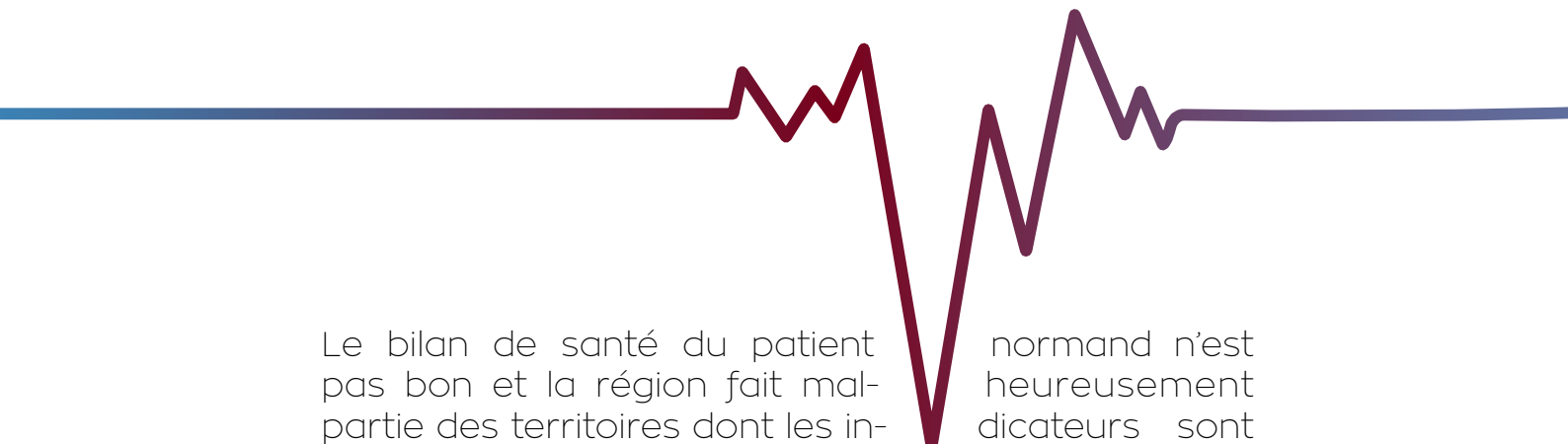
AD-PA	Association des directeurs au service des personnes âgées
AFDET	association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique
ALD	affection de longue durée
AMC	assurance maladie complémentaire
AME	aide médicale de l'Etat
AMI	acte médical infirmier
ANDES	association des élus en charge du sport
APL	accessibilité potentielle localisée
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
ARS	agence régionale de santé
BEH	bulletin épidémiologique hebdomadaire
CCAS	Centre communal d'action sociale
CEA	commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives
CESP	contrat d'engagement de service public
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLIC	centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CLS	contrat local de santé
CLSM	contrat local de santé mentale
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNOM	conseil national de l'Ordre des médecins
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COS	cadre d'orientation stratégique
CPTS	communauté professionnelle territoriale de santé
CRSA	conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSBM	consommation des soins et de biens médicaux
CSS	complémentaire santé solidaire
DCS	dépense courante de santé
DCSi	dépense courante de santé au sens international
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGCS	direction générale de la cohésion sociale

DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGS	direction générale de la santé
DMP	dossier médical partagé
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	école des hautes études en santé publique
EHPAD	établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EMPP	équipe mobile psychiatrie précarité
ESSMS	établissement ou service social ou médico-social
ETP	éducation thérapeutique du patient
FHF	Fédération hospitalière de France
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHT	groupement hospitalier de territoire
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
INRA	institut national de la recherche agronomique
INSERM	institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA	infirmier.ère de pratiques avancées
IRDES	institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRIB	institut de recherche et d'innovation médicale
L.AS	licence avec accès santé
LHSS	lit halte soins santé
MAIA	maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MCO	médecine, chirurgie et obstétrique
MSP	maison de santé pluri-professionnelle
MTC	medical training center
N2S	Normandie sécurité sanitaire
OCAM	organisme complémentaire d'assurance maladie
OCDE	organisation de coopération et de développement économique
OFDT	observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	organisation mondiale de la santé
ONDAM	objectif national de dépenses d'assurance maladie
ORS	observatoire régional de la santé
PACES	première année commune aux études de santé
PASS	parcours d'accès spécifique santé

PASS	permanence d'accès aux soins de santé
PBCO	bronchopneumopathie chronique obstructive
PFRS	pôle de formation et de recherche en santé
PLFSS	projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI	protection maternelle et infantile
PMP	projet médical partagé
PRAPS	programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS	plan régional de santé
PRSE	plan régional santé-environnement
PSLA	pôle de santé local et ambulatoire
PTA	plateforme territoriale d'appui
PUMA	protection universelle maladie
RRAPP	réseau régional en action psychiatrie précarité
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
SNS	stratégie nationale de santé
SPASAD	service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROS	schéma d'organisation des soins
SRS	schéma régional de santé
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suite et de réadaptation
SSTi	services de santé au travail interentreprises
T2A	tarification à l'activité
UNIOPSS	union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
URML	union régionale des médecins libéraux
USLD	unité de soins de longue durée

Accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie

Il est **urgent** d'agir !



Le bilan de santé du patient normand n'est pas bon et la région fait malheureusement mal-partie des territoires dont les indicateurs sont parmi les plus défavorables, que l'on parle d'espérance de vie à la naissance, de surmortalité prématurée, d'addictions ou encore d'affections de longue durée. Face à cette situation, le CESER fait une série de propositions relatives à la prévention, aux métiers du soins, aux territoires et bien évidemment à la gouvernance du système de santé. Avec un message fort à l'attention de l'État : un plan de rattrapage spécifique pour la Normandie est nécessaire.

Décembre 2020

Présenté par Philippe Tessier | Avec le concours d'Isabelle Labiche

Crédit photo : Adobe Stock

ISBN : 978-2-492245-01-5



CONSEIL ÉCONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL

Caen Abbaye aux Dames - CS 50523 - 14 035 CAEN Cedex 1 | 02 31 06 98 90

Rouen 5 rue Schuman - CS 21129 - 76174 ROUEN Cedex | 02 35 52 56 30

ceser.normandie.fr