

## **ANNEXE : REMARQUES PRINCIPALES SUR LE PROJET DE STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SOUMIS A CONSULTATION**

### **2.1 la solidarité**

L'augmentation des franchises sur les médicaments et les consultations, ainsi que la baisse des remboursements de soins dentaires semble représenter une menace sur l'accès aux soins vis-à-vis des plus vulnérables notamment sur le plan financier et social et ce au-delà des personnes exemptées du fait du bénéfice de l'AME ou de la complémentaire santé solidaire. Une extension de l'exemption de ces franchises pourrait être discutée vis-à-vis de certaines populations.

### **3.8 L'adaptation territoriale des politiques de santé au plus près des besoins**

Le Conseil national de la refondation est actuellement au point mort dans de très nombreux territoires. Même si quelques belles réalisations ont été recensées, celles réellement initiées par celui-ci sont peu nombreuses à l'échelle du territoire. De l'avis de la plupart des acteurs de terrain, son intérêt et sa pérennité pose question. Le projet territorial de santé qui pourrait mettre en cohérence tous les projets du territoire (CLS, CPTS, PMP, ...) et définir des objectifs partagés serait un vecteur plus pertinent

### **4.1 Permettre à nos concitoyens de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie**

Tout au long de ce chapitre des indicateurs et des cibles sont décrits sans dire comment on peut les atteindre et sans préciser comment la réalisation de ces cibles peut avoir un impact positif objectif sur la santé. Ils servent plus d'indicateurs de suivi de la déclinaison des politiques publiques que d'évaluation de l'impact sur la santé de la population.

#### **4.1.1 Développer des environnements favorables à la santé, quels que soient les lieux de vie**

Concernant la route, il serait utile d'évoquer une prévention sur l'approche comportementale face à la route aussi bien que l'on soit piéton, cycliste ou automobiliste.

Il est surprenant que la place de la médecine scolaire et de la médecine du travail ne soit pas clairement évoquée. Or leurs rôles sont fondamentaux dans la prévention et le dépistage.

Le sport à l'école mériterait d'être plus particulièrement évoqué. L'activité physique est un puissant déterminant de la prévention (par exemple elle est plus efficace que la nutrition dans la prévention du diabète).

#### **4.1.2 Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie**

Concernant le tabac, les mesures économiques et l'aide au sevrage sont évoqués. Des actions éducatives pour prévenir le tabagisme devraient plus clairement être évoquées.

Concernant l'alcool, le renoncement actuel aux actions sur le prix, contrairement au tabac, est un peu en décalage avec la SNS.

Il n'est pas fait mention des addictions aux jeux vidéo et aux écrans. Cette dernière a certes des impacts sur l'activité physique mais également sociaux et comportementaux.

Diminuer la prévalence de l'obésité devrait être aussi une cible concernant l'ensemble de la population.

Concernant la santé sexuelle, celle-ci doit aussi consister à respecter la sexualité de l'autre et apprendre à respecter la femme.

Est-on certain que la seule cible de l'augmentation des fruits et légumes, sans lutte contre les aliments riches en gras et sucres simples, aura un impact ?

L'objectif concernant le VIH devrait aussi concerner la population générale. Il existe encore trop de personnes ne connaissant pas leur statut.

La cible sur les dépistages de cancers est-elle vraiment assez ambitieuse ?

Il est capital de développer des campagnes massives d'information sur l'intérêt des vaccinations et ce dès le milieu scolaire.

Il conviendrait d'intégrer une dimension de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. Les ravages sont au moins aussi importants que ceux liés aux nombres de morts et de blessés sur la route (cf étude IATROSTAT, 2022) ; d'autant que la population âgée y est particulièrement sensible.

#### **4.1.3 Améliorer la santé mentale, en particulier chez les jeunes**

Dans le cadre du repérage précoce de la souffrance psychique (4.1.3.3), la question du repérage de la transition psychotique n'est pas évoquée. Il s'agit pourtant là d'un enjeu essentiel de santé publique pour les dix prochaines années. Il nous semble primordial de favoriser la formation au repérage des professionnels de santé à ces émergences psychotiques source de souffrances au long cours et génératrices de coûts importants pour la santé.

Il est assez surprenant que le sujet du harcèlement scolaire ne soit pas développé tant en terme de conséquences mais surtout de dépistage et d'actions de prévention.

#### **4.1.4 Bien vieillir**

La médiation en santé pourrait être confiée au moins en partie au milieu associatif, dont les associations d'usagers et aux acteurs locaux notamment sociaux.

Les parcours de soins gériatriques sont actuellement beaucoup trop complexes et mal connus tant des usagers que des professionnels. Un guichet unique devrait être mis en place.

#### **4.2.1.2 Rendre les soins financièrement accessibles pour tous**

L'accès aux soins est bien plus diffus que l'accès au médecin traitant qui reste toutefois un objectif essentiel. L'accès aux soins concerne de plus en plus l'accès au médecin spécialiste et aux soins hospitaliers. Il convient donc de lancer une refondation beaucoup plus profonde du système de santé.

L'augmentation des franchises est en décalage avec ce chapitre. Une extension des exonérations concernant certaines populations précaires mériterait d'être étudiée. C'est un facteur potentiel de renoncement aux soins des personnes vulnérables sur le plan financier et social.

#### **4.2.2 Adapter l'offre de santé aux besoins des territoires**

Définir le rôle et les missions de l'hôpital public et des autres acteurs de soins dans l'organisation du système de santé. A ce jour, l'hôpital est de plus en plus souvent le dernier rempart et le réceptacle des difficultés de l'ensemble du système de santé. Il faut d'une part pouvoir lui garantir les ressources nécessaires à ses missions, mais aussi le préserver en s'assurant que chaque maillon de la chaîne du soin assume ses propres responsabilités.

L'adaptation de l'offre de soins au territoire est en effet indispensable. Cela passe par une analyse territorialisée des besoins en professionnels de santé et singulièrement en médecins spécialistes. L'adaptation nécessite de former les médecins aux bonnes spécialités et donc d'ajuster de manière pertinente le nombre de postes proposés à l'ECN en fonction des spécialités dont le territoire a besoin. Nous constatons trop souvent des surplus de formation dans des disciplines déjà saturées et des insuffisances dans des disciplines en plein essor (gériatrie, oncologie, ...).

Au-delà de l'accompagnement des évolutions de l'offre des maternités, envisagées par le point 4.2.2.5, il semble indispensable de poursuivre une gradation et une coordination des organisations hospitalières.

Un chapitre sur la santé des hommes pourrait être élaboré. Outre certaines spécificités d'origine notamment sociétales, ce chapitre pourrait évaluer notamment comment on peut rapprocher l'espérance de vie des hommes de celles des femmes.

#### **4.2.3 Garantir aux patients et aux personnes accompagnées la pertinence, la qualité et la sécurité des soins**

Sur le versant hospitalier, les Commissions médicales d'établissements doivent être identifiées comme des effecteurs importants pour mobiliser les communautés médicales et soignantes sur ces différents sujets. Récemment reconnues par la Loi pour porter ces missions, elles doivent pouvoir disposer des moyens nécessaires au déploiement de cette politique.

Les actions relatives à la pertinence des soins peinent à se déployer, alors même qu'elles sont présentées depuis très longtemps comme un levier d'efficience et de qualité des soins. Une action volontariste impliquant les professionnels de santé sera nécessaire auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé pour répondre à cet enjeu majeur.

#### **4.2.5.2 Transformer l'offre en EHPAD**

En complément de la transformation de l'offre en EHPAD envisagée, redéfinir leur modèle en lien avec celui des USLD et renforcer leur médicalisation en prenant appui sur les préconisations du rapport Jeandel-Guérin (2021).

#### **4.2.5.3 Répondre aux besoins de prise en charge sanitaire des personnes âgées**

Il n'est pas fait ici de lien avec la formation médicale. D'une part il n'y a pas assez de gériatres formés. Il est impératif que le nombre de médecins formés par spécialité soit priorisé en fonction des besoins de santé. Par ailleurs, le meilleur vecteur de la culture gériatrique souhaité est d'adosser un socle polyvalent à toutes les formations des spécialités. La formation médicale actuelle est devenue trop spécialisée et ne prépare pas assez aux prises en charge des patients vulnérable, fragiles et polyopathologiques.

#### **4.3.1 Mieux anticiper et prévenir les crises sanitaires**

La doctrine de stocks stratégiques doit être pensée en fonction des risques avérés et potentiels, et non seulement selon les expériences passées.

#### **4.3.2 Renforcer les capacités de gestion de crise**

Toutes les structures sanitaires territoriales (notamment les CPTS et les établissements de santé) doivent élaborer des plans SSE. Il semble indispensable que ces plans soient coordonnés au niveau territorial par une cellule de coordination de gestion de crise.

#### **4.3.4 Renforcer la cyber résilience du système de santé**

La capacité des établissements de santé à assurer cette mission doit être questionnée au vu des faibles moyens que ceux-ci sont capables de dédier au numérique.

#### **5.1.1 Libérer du temps médical pour mieux prendre en charge les patients**

Dans le cadre des nouveaux métiers, les infirmiers de coordination de parcours notamment ville-hôpital doivent se développer.

Le déploiement des assistants médicaux doit aussi pouvoir aussi concerner les équipes hospitalières pour libérer du temps médical et les décharger d'obligations administratives.

Il convient d'être beaucoup plus ambitieux sur le développement des IPA en ayant une politique de VAE large. Le rôle des IPA doit être évalué précisément avant de le faire évoluer, notamment dans le domaine de la primo-prescription, sous peine d'induire une résistance forte des acteurs médicaux ce qui conduirait à l'échec de ce métier à priori indispensable.

Il est indispensable de tracer des perspectives sur le partage de compétences et l'impact sur les besoins en formation en professionnels qu'il induit. Par contre, la cible doit être à terme une amélioration de la prise en charge des patients dans un cadre pluri-professionnel ou la question de la valeur ajoutée du temps médical doit toujours se poser. Le partage de compétences ne peut être une réponse dégradée durable face aux difficultés démographiques actuelles induisant des prises en charge à 2 vitesses.

#### **5.1.2 Attirer et fidéliser les professionnels de santé, du social et du médico-social**

L'augmentation des besoins de formations (5.1.2.1) concerne l'ensemble des professions de santé, y compris médicales et pharmaceutiques. La suppression du *numerus clausus* au bénéfice du *numerus apertus* est loin de répondre aux besoins prospectifs en terme de temps médical disponible, notamment au regard de l'évolution du rapport au travail des nouvelles générations. Un travail soutenu doit être engagé dès à présent pour augmenter significativement le nombre d'étudiants / internes en lien avec les besoins prospectifs identifiés au plus près du terrain.

La question des conditions de travail et de la charge de travail ne peut être éludée. La charge en soins a fortement augmenté dans les unités d'hospitalisation complète et la mise en place de ratios de soignants semble nécessaire. De nombreuses études internationales montrent un retour sur investissement tant en termes financiers que de qualité de vie au travail et de qualité des soins de cette organisation.

Dans la continuité des propositions visant à prendre soins des soignants et de ceux qui prennent soin (5.1.2.2), la médicalisation de la gouvernance des hôpitaux publics reste une priorité. Les textes issus de la Mission Claris (2020) doivent pouvoir s'appliquer partout et maintenant. En complément et en lien avec la mission Claris-Baille (2023), d'autres mesures doivent être obligatoirement prises concernant le rôle majeur des présidents de Commissions médicales d'Etablissement dont le rôle doit s'étendre y compris aux relations ville-hôpital indispensables au décloisonnement délétère du système de santé.

En lien avec la nécessaire valorisation des professionnels qui s'engagent dans les métiers du soin (5.1.2.3), il devient indispensable d'engager une convergence des contraintes et des rémunérations entre les secteurs publics et privé pour favoriser les coopérations mais aussi retenir les talents à l'hôpital public.

Un rééquilibrage devient par ailleurs incontournable entre les spécialités médicales à actes diagnostics, chirurgicaux et médicotéchniques par rapport aux spécialités à acte intellectuel. La révision des nomenclatures et la création d'une CCAM clinique et doit permettre de former, de valoriser des métiers tournés vers les besoins d'une population vieillissante, et de favoriser la transformation d'un système de soins vers un système de santé.

La cible de 2300 managers n'a guère de sens. Il faut plutôt viser à obliger tous les établissements de santé à disposer d'une organisation managériale robuste, bien formée et bien outillée dans tous leurs secteurs et échelons d'organisation collective. C'est point essentiel concernant le management médical dont on sait combien l'absence de formation mais aussi de temps dédié a des conséquences délétères.

## **5.2 Donner de nouvelles capacités d'action aux acteurs de santé dans les territoires**

Le CNR santé est très peu dynamique dans de très nombreux territoires. Même s'il a le mérite de favoriser les liens entre les acteurs, ses impacts concrets sont de ce fait très limités. Les travaux entre les CPTS et les établissements de santé, les Contrats Locaux de Santé assurent également cette dynamique qu'il faut amplifier.

Le Projet Territorial de Santé est à favoriser. Il doit permettre à partir d'un diagnostic territorial de mieux identifier les priorités spécifiques de sa population. Il doit également permettre de mettre en cohérence l'ensemble des projets développés par les acteurs locaux pour qu'ils répondent ensemble à des objectifs de santé publique partagés.

Ajouter dans la cible sur l'ensemble du territoire couvert par une CPTS, une relation obligatoire avec les établissements de santé afin de favoriser le décloisonnement entre l'ensemble des acteurs

### **5.3.1/5.3.2 Réformer les modalités de financement des établissements**

La réforme du financement n'aura réellement d'impact que si elle permet de réviser globalement celui de l'ensemble des acteurs, de financer à leur juste valeur les établissements de santé.

Une politique d'investissement concernant le parc hospitalier appuyée, pluriannuelle et indépendante des tarifs hospitaliers doit être poursuivie au-delà du Ségur de la Santé. Elle doit

permettre d'accompagner les établissements face aux évolutions organisationnelles notamment dans le cadre du développement ambulatoire du maillage territorial et de la gradation des soins. Les établissements sont actuellement incapables de rénover correctement leur parc immobilier du fait du mode actuel de financement, de l'inflation et de l'envolée des coûts de la construction. L'absence d'accompagnement adapté ne peut qu'avoir des effets délétères sur la réponse aux besoins de santé.

#### **5.4.3 Conforter la représentation et la participation des usagers tout au long du parcours de santé**

Il convient en effet de renforcer la place des usagers au sein de tous les secteurs du système de santé. La démocratie en santé doit être consolidée. Une réflexion sur l'évolution de la représentation des usagers doit être conduite. Celle-ci reste trop portée dans les territoires par des associations très spécialisées et par des usagers insuffisamment formés aux enjeux du système de santé.

#### **5.5 Mettre les données et le numérique au service de la santé**

C'est un enjeu majeur.

Mon espace santé dans sa conception actuelle, même si c'est déjà un progrès, ne reste en première intention, qu'une compilation de documents qui risquent d'être difficilement utilisables en cas de soins fréquents chez des patients polypathologiques qui restent ceux pour lesquels l'exhaustivité de l'information est essentielle. Le premier enjeu à court terme est déjà d'obtenir que tous les acteurs déposent leurs documents au sein de cet espace santé ce qui est actuellement loin d'être le cas.

Il faut envisager des dossiers patients interopérables et plus intégrés entre les différents intervenants des parcours de soins. Ces dossiers doivent permettre que chaque acteur puisse disposer simplement des informations concernant par exemple les actes de prévention dont a bénéficié ou non son patient. Ils seront un levier majeur à l'obtention massive d'indicateurs de résultats territoriaux et par équipes de soins. Il semble illusoire d'espérer un développement massif, pertinent et évalué de la prévention auprès de tous sans ce levier.

De plus le développement de tels dossiers doit permettre une constitution et utilisation beaucoup plus pertinente des bases de données essentielles au pilotage et à l'évaluation des politiques de santé.

Les impératifs de traçabilité et la conception actuelles de outils numériques, souvent peu ergonomiques sont une source importante de dégradation de la qualité de vie au travail et altèrent la relation patient-soignant. Il est nécessaire de conduire une réflexion sur l'utilisation et la conception de ces outils voire de discuter la place d'assistants médicaux sur ce sujet pour libérer du temps médical.

#### **5.6 Miser sur la recherche et l'innovation**

La place de l'intelligence artificielle et de la médecine personnalisée ne sont pas développées. Des parcours recherche dans les territoires doivent être mis en place afin de développer la recherche clinique en potentialisant notamment les liens entre les soins primaires, les Centres Hospitaliers et les CHU.

#### **5.7 Eclairer les décisions par l'évaluation et la prospective**

Il est dommage que ce document sur la stratégie nationale de santé ne soit pas positionné d'emblée dans cette perspective. Il ne fait place qu'aux évolutions induites par des organisations ou réglementations pour la plupart déjà existantes sans véritablement se projeter au-delà.

Il en effet capital d'évaluer constamment toutes les politiques de santé afin de rendre beaucoup plus pertinente toute évolution réglementaire ou normative.

## **6.1 Volet Politique de santé des enfants et des adolescents**

Concernant la partie néonatale, le document reste très vague. On aimerait savoir quelle est la stratégie pour réduire la prématurité.

IL devient indispensable de disposer d'une réelle base de données néonatales comme à peu près partout dans les pays développés.

Le choc d'attractivité pour les métiers de la santé de l'enfant reste à construire.

Rien ne sera possible sans une réorientation forte des besoins en terme de formation en pédiatrie et en pédopsychiatrie. Ces deux disciplines sont aujourd'hui délaissées par les étudiants en médecine alors qu'elles sont essentielles pour l'accompagnement des enfants et des adolescents en souffrance psychique.

## **6.2 Volet Outre Mer**

Des mesures urgentes d'attractivité sont à mettre en place concernant le professionnel médical. Il conviendra d'accélérer la carrière des jeunes médecins. Il est indispensable d'accompagner les jeunes médecins afin de les fidéliser en favorisant l'accélération de leur échelon avec notamment la création de contrat de poste prioritaire de 3 ans. Il convient de supprimer la limite d'âge. Des mesures doivent concerner la majoration outre-mer et de la retraite, avec des gains de trimestres, un déplafonnement du montant de la cotisation retraite. Enfin l'assiette relative à la cotisation retraite doit être calculée sur la totalité de rémunération perçu (salaire indiciaire+ régime indemnitaire).

Les violences intra-familiales sont une préoccupation croissante en outre-mer. Les violences intra-familiales ont été identifiées comme préoccupation majeure lors de nombreuses enquêtes. Le nombre de plaintes pour violences conjugales est en augmentation permanente. Face à ces constats, la consolidation d'une filière globale sur chaque territoire, allant du repérage à la prise en charge du psycho trauma grâce à l'installation de Maisons des femmes, de la mère et de l'enfant sur les territoires de proximité, est nécessaire. En réponse au cahier des charges, ces structures de référence pour la prise en charge des violences répondront aux missions suivantes : accueillir et prendre soin des femmes, de la mère et de l'enfant victime, organiser le dépôt de plaintes ou le recueil de preuves sans plaintes in situ, assurer la fonction ressource en victimologie et assurer une réponse de proximité grâce à une implantation sur chaque site des établissements de santé publics. L'acculturation et l'accompagnement des professionnels de santé pour qu'ils repèrent et orientent les victimes de violences sont indispensables. La mise en place d'un parcours hospitalier pour les violences intra-familiales, qui s'appuie sur une meilleure connaissance réciproque entre les acteurs de la prise en charge et sur la définition des process communs devra se concrétiser. Ses objectifs sont: améliorer le repérage des violences, fluidifier le parcours des victimes au sein de chaque établissement et formaliser la coordination entre les acteurs hospitaliers ainsi que les liens avec les acteurs extrahospitaliers (signalement à la justice, au département pour les enfants...), la communication et la sensibilisation des acteurs externes (médecins généralistes, infirmiers, intervenants auprès des personnes âgées, ...) au repérage et à l'adressage des violences intrafamiliales et enfin l'ajustement des dispositifs d'accueil en victimologie adulte et pédiatrique en fonction des évolutions de la file active, afin d'apporter une réponse au repérage des violences dans les quatre zones de proximité.

## **6.2 Volet Corse**

Il faut voir la Corse comme 2 départements loin l'un de l'autre et dont les communications sont difficiles pour des raisons géographiques.

Il convient de préciser que pendant 6 à 8 semaines par an, pour des raisons climatiques, les transports sanitaires ne fonctionnent pas vers le continent ce qui impacte les soins

L'hyperspécialisation médicale rend compliqué dans beaucoup de disciplines l'organisation des soins notamment pour la permanence et la continuité des soins ;

Il serait utile de faciliter les formalités administratives entre les hôpitaux de Corse et du continent pour la gestion des dossiers.

## **7. Mettre en œuvre, suivre et évaluer la SNS**

Ce sujet est capital si on veut donner du sens à la SNS.

Le document est exhaustif et il est illusoire dans le contexte budgétaire actuel d'espérer une déclinaison exhaustive.

Il n'y aurait rien de pire que de laisser la SNS élaborant une liste à la Prévert sans qu'à un moment une hiérarchisation des priorités ne soit effectués. C'est hélas encore trop le cas des PRS qui au final sont trop peu structurants sur les politiques publiques puisque tout peut y être inclus sans réelle priorisation.

Il sera donc capital de décliner année par année des priorités qui devront être intégrées dans l'Ondam. Le choix des priorités devra être définies d'une part par un débat en amont entre tous les acteurs mais aussi par la représentation nationale, en amont du vote de l'Ondam, mais aussi en fonction de la soutenabilité financière et donc de la capacité de l'état à financer la SNS. Cela implique d'être transparent et d'assumer les arbitrages.

La déclinaison efficiente de la SNS nécessite également de supprimer la dichotomie assurance maladie / ministère santé qui est un frein à la cohérence de mise en œuvre de la santé publique.

Elaborer la SNS sur 10 ans est ambitieux. Aussi, son évaluation chaque année est indispensable pour la faire évoluer au fil de l'eau. Un bilan exhaustif pourrait être mené à 5 ans.