

RAPPORT D'INFORMATION

HÔPITAL : SORTIR DES URGENCES



À la demande du groupe Les Républicains, le Sénat a constitué une commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France.

À l'issue de près de quatre mois de travaux, la commission d'enquête appelle à **redonner du souffle à l'hôpital** en lui laissant **davantage de liberté et d'autonomie dans son organisation**, en lui attribuant **des moyens proportionnés** aux défis de santé actuels et en **redessinant sa place au sein du système de soins**.

1. MALAISE DES SOIGNANTS : RECONNAÎTRE L'ENGAGEMENT, GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ

A. RÉMUNÉRATIONS ET COMPENSATION DES CONTRAINTES : UN SIGNAL NÉCESSAIRE MAIS NON SUFFISANT

1. Le Ségur : un palliatif conséquent et tardif qui aura généré déceptions et frustrations

Lancées au lendemain de la première vague de covid-19 qui avait singulièrement mis à l'épreuve les hôpitaux et leur personnel soignant, les **concertations du « Ségur de la santé »** ont conduit à des **revalorisations salariales** dont chacun s'accorde à reconnaître l'ampleur sans précédent. Déjà prévues, pour certaines, en réaction au mouvement social de la fin 2019, elles sont pourtant apparues comme **trop tardives** au regard de l'ancienneté de la crise de l'hôpital. Elles ont cependant engagé un rattrapage par rapport aux pays comparables à la France, notamment pour les infirmiers dont la rémunération se situe en « queue de peloton ».

Le **saupoudrage de ces mesures** au fil des années 2020 à 2022 et leur **extension** sans réflexion d'ensemble et **par à-coups** aux « oubliés du Ségur » auront généré une **amertume qui ne tarit pas**. Des insatisfactions demeurent sur le **champ des bénéficiaires** et certains personnels – les praticiens en poste avant 2020 par exemple – se sentent peu pris en compte dans les priorités retenues.

Autre point d'insatisfaction légitime : le Ségur aura laissé de côté la **compensation financière des sujétions inhérentes aux métiers hospitaliers**.

2. Des contraintes mal reconnues : un dévouement qui ne peut être à toute épreuve

Le fonctionnement de l'hôpital repose encore trop souvent sur la bonne volonté des personnels et sur une morale du dévouement, voire du sacrifice, qui peut induire un contournement des obligations légales et réglementaires en matière de travail.

De ce point de vue, les heures supplémentaires et le temps de travail additionnel, d'usage très courant à l'hôpital, doivent être mieux pris en compte et encadrés, la permanence des soins hospitaliers revalorisée et les conditions d'indemnisation du travail de nuit et le week-end, fixées pour certaines il y a une vingtaine d'années, rehaussées et revues plus fréquemment pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie.



Indemnité compensatrice du travail de nuit des personnels non médicaux de la FPH¹ depuis 2001

B. AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET REPENSER L'ORGANISATION DES CARRIÈRES

1. Renforcer la qualité de vie au travail des soignants et leur permettre de se concentrer sur le soin

Plus que les rémunérations insuffisantes ou les écarts de salaire entre secteurs public et privé, ce sont avant tout les conditions de travail dégradées qui génèrent une désaffection préoccupante à l'égard de l'hôpital et risquent de l'entraîner dans une spirale négative.

Face au sentiment de perte de sens, largement exprimé par les personnels, il est nécessaire de remettre le soin au cœur des métiers hospitaliers qui s'en sont trop éloignés faute de disponibilité suffisante pour s'y consacrer.

Vétusté des équipements, charge de travail excessive, mais surtout manque de temps médical et soignant auprès des patients sont autant de facteurs à l'origine d'un profond sentiment de perte de sens qui provoque des départs de personnels en cours de carrière.

S'agissant des territoires ultramarins, où le risque d'effritement de la ressource médicale hospitalière est encore plus prégnant, aucune suite n'a été donnée à l'annonce d'un « Ségur des outre-mer » par Olivier Véran en juillet 2020.

Cette situation doit être inversée, dans l'immédiat, par une redynamisation de la politique de qualité de vie au travail, avec la prise en compte des contraintes de logement et de garde d'enfants des personnels hospitaliers. Le développement d'outils numériques plus performants, le recours à des applications intelligentes et la délégation de tâches (prise de comptes rendus, codage des actes médicaux...) à des secrétaires médicales et des techniciens doivent libérer médecins et soignants de tâches chronophages et leur permettre de se concentrer sur le soin.

Les effectifs d'infirmiers et d'aides-soignants doivent être significativement renforcés afin d'améliorer les ratios « patients par soignant ». Des seuils critiques ajustés sur les activités des établissements devraient être définis et un mécanisme d'alerte mis en place lorsqu'ils sont atteints.

2. Repenser les carrières hospitalières au service du soin et des soignants

Si le nombre de postes vacants et le taux de rotation des personnels augmentent, c'est aussi en raison du manque de perspectives de carrière dans les hôpitaux.

¹ Hors personnels affectés en médecine d'urgence, soins intensifs, surveillance continue ou réanimation.

Favoriser l'accès des personnels à la **formation continue**, développer les **passerelles** entre les professions sur la base d'une évaluation rigoureuse des compétences acquises, offrir des possibilités de **reconversion** aux personnels : autant de mesures nécessaires afin de donner aux professionnels expérimentés l'envie de rester à l'hôpital pour encadrer et former les jeunes générations de soignants dans le cadre d'un **tutorat** ou d'un **compagnonnage** qu'il convient de développer.

Une évaluation doit rapidement être menée sur la **formation des personnels paramédicaux, notamment infirmiers**. La sélection par Parcoursup est inadaptée et aboutit à trop d'**abandons en cours d'études**. Les **maquettes de formation** doivent être revues et adaptées aux exigences du métier pour remédier aux lacunes constatées chez certains diplômés.



Demandes d'accès
aux instituts de formation
en soins infirmiers en 2021

Principales recommandations

- Garantir une **reconnaissance financière équitable et adaptée aux contraintes et sujétions** spécifiques auxquelles sont soumis médecins et soignants hospitaliers
- **Redynamiser la politique de qualité de vie au travail**, notamment en prenant en compte les contraintes de logement et de garde des enfants des personnels hospitaliers
- **Alléger la charge administrative des soignants en développant des outils numériques plus performants** et interopérables et en optimisant la délégation de tâches aux secrétaires médicales et aux techniciens
- **Renforcer significativement le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants** et mettre en place un mécanisme d'alerte lorsque le ratio « patients par soignant » dépasse un seuil critique
- Revoir la **sélection** et les **maquettes de formation des élèves infirmiers et renforcer la formation continue**, y compris par le tutorat, en l'inscrivant dans des perspectives de carrière plus motivantes (passerelles entre métiers, etc.)

2. L'HÔPITAL À BOUT DE SOUFFLE : REDONNER LES MOYENS DE LA CONFIANCE

A. DONNER DE LA LIBERTÉ ET DE L'AUTONOMIE AUX ACTEURS HOSPITALIERS

1. Une place mieux reconnue de la communauté médicale dans une gouvernance rééquilibrée

Loin d'une opposition stérile et caricaturale entre administrateurs et médecins, la bonne marche de l'hôpital repose sur un **pilotage « médico-administratif » équilibré**. L'expérience de la crise sanitaire a démontré la capacité des acteurs de terrain à prendre des initiatives conjointes et mener des actions rapides et efficaces.

Les récentes évolutions législatives vont dans ce sens, à travers un **renforcement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME) et de son président**. Il faut désormais infléchir les pratiques en revivifiant le rôle des représentants des praticiens et personnels paramédicaux dans les instances de gouvernance et en dotant les **présidents de CME** des moyens matériels et humains pour exercer leurs prérogatives.

Il est indispensable de renforcer l'**interaction entre les instances décisionnelles dans lesquelles siègent des acteurs médicaux** – directoire et CME – et les services de soins et de donner un rôle accru à la commission des soins infirmiers.

Médicaliser la gouvernance et réconcilier les acteurs hospitaliers est une priorité pour donner un cap et des projets viables à l'hôpital.

Diversifier les profils de directeurs, **intégrer des praticiens hospitaliers au sein de la direction** des établissements les plus importants, comme à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, peut renforcer la **communauté d'approches** et mêler les expériences et compétences dans le pilotage des hôpitaux.

2. De la souplesse et une plus grande proximité dans la gestion

Les hôpitaux publics doivent désormais pleinement tirer parti de la **liberté d'organisation** ouverte par la loi d'avril 2021. La constitution des **pôles** n'étant plus systématique, elle **doit répondre à une réelle pertinence** et **ne pas faire écran** aux relations entre services et instances dirigeantes.

- La **réhabilitation du rôle du service** est un facteur déterminant de mobilisation collective.

Elle doit surtout s'accompagner d'un **pouvoir renforcé des équipes de soins sur les choix qui les concernent**, en assurant une meilleure prise en compte de leurs projets et en accordant à celles qui le souhaitent une réelle marge d'autonomie. Le **rôle du cadre de santé** doit être renforcé ainsi que le **binôme** qu'il forme **avec le chef de service**.

L'expérience du centre hospitalier de Valenciennes démontre les bénéfices d'un **fonctionnement plus ascendant**, d'une **forte implication des équipes médicales et soignantes** et de **circuits de décision plus courts et plus réactifs**. Alors que les personnels ressentent un manque de proximité dans la gestion des établissements, **les délégations de gestion méritent d'être fortement encouragées** pour l'achat d'équipements courants, les petits travaux ou certains aspects de la gestion des ressources humaines.

Il est également nécessaire de **débureaucratiser les relations entre les établissements et leurs tutelles**, en allégeant et automatisant les processus de remontée d'information et en repositionnant les ARS sur un rôle d'accompagnement, et de **simplifier les procédures de certification et d'accréditation**.

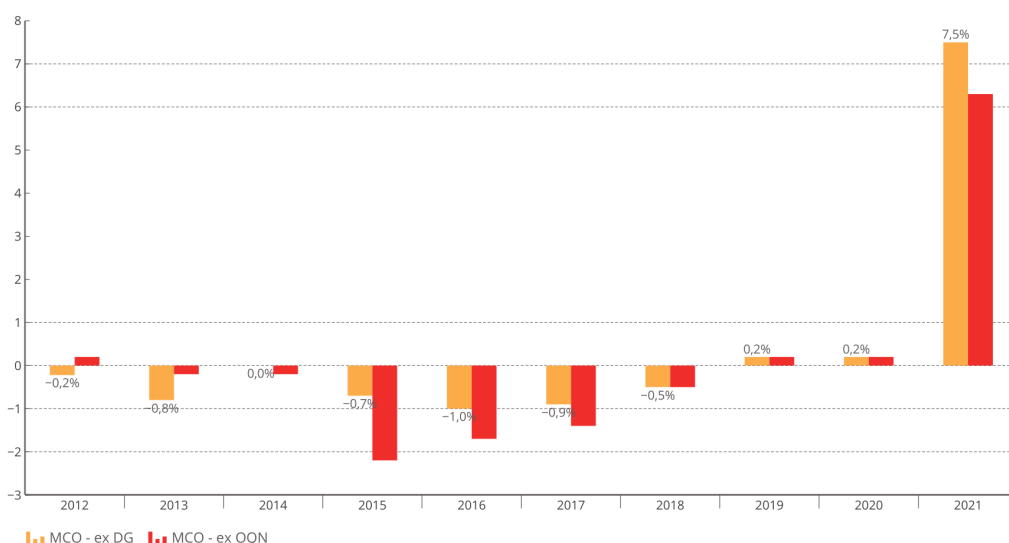
B. APPORTER À L'HÔPITAL UN FINANCEMENT SAIN ET PÉRENNE

1. Un modèle de financement usé à rénover

La bascule vers la **tarification à l'activité (T2A)** était une réforme nécessaire au début des années 2000, mais **le modèle de financement actuel n'est plus adapté à la situation de l'hôpital ou aux défis de prises en charge plus complexes**.

Les tarifs n'ont pas suivi l'évolution réelle des coûts pour les établissements et se sont réduits à un mécanisme de « point flottant » **destiné à une régulation prix-volume**. La T2A s'est écartée de la juste rémunération des charges de soins.

Évolution des tarifs MCO sur la décennie écoulée



Source : Commission d'enquête, d'après les chiffres transmis par le ministère des solidarités et de la santé

- La commission d'enquête estime nécessaire de tourner rapidement la page du « tout T2A » et d'accélérer l'expérimentation d'un **nouveau modèle de financement des activités hospitalières du champ « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO)**.

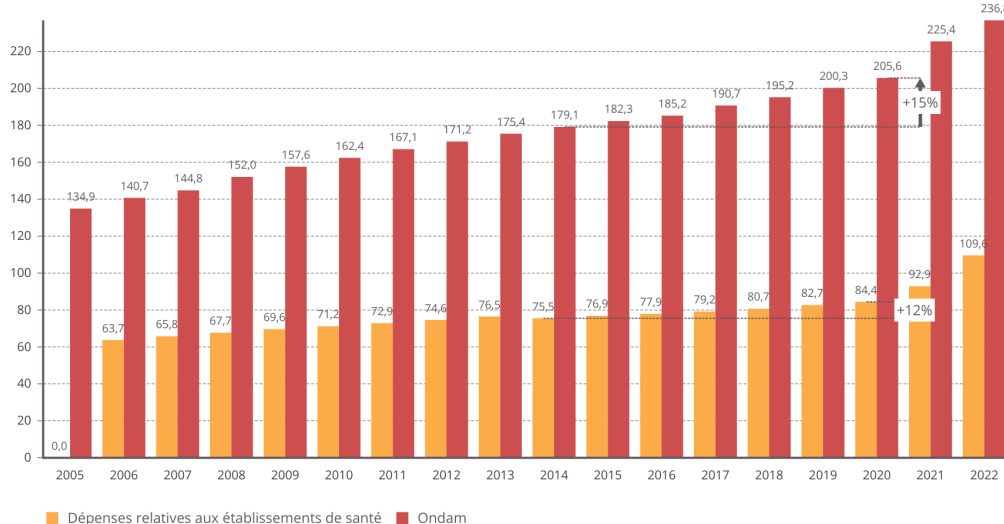
Si un **lien entre financement et activité réelle** de l'établissement doit demeurer pour ne pas revenir aux travers de l'ancienne dotation globale, il apparaît opportun d'assortir cet étage de financement de deux autres : l'un, qui doit rapidement monter en puissance, prenant la forme d'une « **dotation populationnelle** » **liée aux besoins de santé identifiés pour le territoire et sa population** ; l'autre, renforçant le **financement à la qualité** encore marginal.

2. Une norme de dépenses qui ne permet pas de pilotage des moyens de l'hôpital

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été respecté depuis 2010 **au prix d'une rigoureuse gestion de l'Ondam « établissements de santé »** marquée, **à de rares exceptions près, par une sous-exécution sensible**, quand l'Ondam « soins de ville » demeure très régulièrement dépassé, parfois de manière très importante.

Évolution de l'Ondam et du sous-objectif « établissements de santé »

en milliards d'euros



Source : Commission d'enquête, d'après les chiffres des PLFSS

Sans entrer dans une vaine concurrence entre Ondam de ville et Ondam hospitalier, la commission d'enquête souligne que c'est bien **la construction de l'Ondam comme son découpage qui sont dysfonctionnels**.

La construction de l'Ondam comme norme de dépenses avec la maîtrise de la dépense publique comme finalité doit être revue. Alors que le vote de l'Ondam est un élément structurant de l'examen annuel du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il est **déterminant de pouvoir mieux analyser les tendancielles d'évolution des besoins et dépenses et les économies demandées au système de santé**.

- En particulier, le sous-objectif « établissements de santé » doit être plus finement appréhendé : **l'Ondam hospitalier doit pouvoir être arbitré, notamment sur les volets de dotations, et les mesures de régulation attendues mieux éclairées**.

3. Un financement heurté de l'investissement structurant à stabiliser

L'hôpital a été modernisé par à-coups au rythme des plans « Hôpital 2007 » ou « Hôpital 2012 ». L'investissement hospitalier a été divisé par deux en dix ans tout en restant confronté à un problème structurel de financement se soldant souvent par de l'endettement.

Le Ségur de la santé a prévu un soutien à l'investissement correspondant à l'équivalent de la reprise d'un tiers de la dette hospitalière, soit 13 milliards d'euros, auxquels s'ajoutent 6 milliards d'euros au titre du plan de relance. La complexité de la programmation, des échéancier et circuits de versement appellera un suivi extrêmement attentif du respect de ces engagements.

Alors que la commission d'enquête estime que le financement des investissements structurants ne peut ressortir des tarifs hospitaliers, au regard des situations hétérogènes et des besoins inégaux des établissements, il n'est pas viable d'attendre un plan spécifique par décennie pour impulser les investissements lourds comme un rattrapage toujours tardif. Sortir l'hôpital des tensions continues, c'est aussi lui donner un outil pérenne de financement de ses investissements structurants, par une ressource budgétaire dédiée.

Principales recommandations

- Garantir un pilotage « médico-administratif » équilibré en revivifiant le rôle des représentants des praticiens et personnels paramédicaux dans les instances de gouvernance, en renforçant l'interaction entre celles-ci et les services de soins et en donnant un rôle accru à la commission des soins infirmiers
- Décentraliser les décisions en développant les délégations de gestion au niveau des pôles et services et réaffirmer la place de référence du service dans l'organisation de l'hôpital
- Débureaucratiser les relations avec les tutelles et simplifier les procédures de certification et d'accréditation
- Faire évoluer de manière rapide le modèle de financement sur un triptyque activité-population-qualité et garantir une dynamique des tarifs hospitaliers cohérente avec l'évolution des coûts constatés. Dans l'attente, suspendre les baisses de tarifs et les mises en réserve
- Redéfinir le découpage de l'Ondam et assurer sa construction sur la base des besoins de santé régulièrement documentés et de tendancielles et économies justifiées
- Prévoir un outil pérenne de financement des investissements hospitaliers structurants

3. ENGORGEMENT DE L'HÔPITAL : FLUIDIFIER LE SYSTÈME DE SOINS ET ASSURER UN JUSTE RECOURS À L'HÔPITAL

A. DONNER PLUS DE COHÉRENCE AU PARCOURS DES PATIENTS

1. Revaloriser la médecine générale et la prise en charge des soins non programmés

La saturation des services des urgences tient en partie aux difficultés de la médecine de ville à faire face à l'augmentation des besoins de santé de la population. Au cours de ces dernières années, l'accès aux soins primaires s'est dégradé : de 2015 à 2018, la part de la population vivant dans des zones sous-dotées en médecins généralistes est passée de 3,8 à 5,7 %. Quant aux effets de la suppression du *numerus clausus*, ils ne se feront sentir au mieux qu'à partir du début de la décennie 2030, sans garantie de répartition équitable sur le territoire.

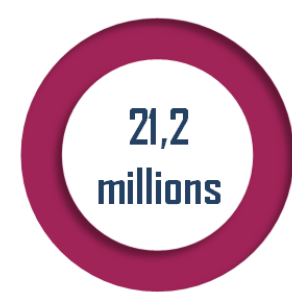
- Dans ce contexte, il est nécessaire de diversifier les efforts pour renforcer l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées, notamment par la mise en place d'une quatrième année d'internat qui s'y déroulerait en priorité, et de libérer du temps médical en ville. À cette fin, les modalités d'exercice infirmier en pratique avancée doivent être repensées et le recours aux assistants médicaux facilité, notamment par l'allègement des exigences de formation.

La **prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville** doit être renforcée. Intéressant dans son principe mais devant encore être évalué, le **service d'accès aux soins** ne saurait constituer une réponse unique aux difficultés des soins non programmés. Il est ainsi prioritaire de **revaloriser les tarifs de la permanence des soins ambulatoires de manière ciblée, ainsi que les tarifs de la visite à domicile.**

2. Raffermer le lien entre les services d'urgences et la médecine de ville

S'il est indispensable de mieux répondre aux besoins de santé en amont de l'hôpital, tout indique que la pression sur celui-ci va demeurer forte : **le nombre de passages aux urgences** est passé de 10,1 millions en 1992 à 21,2 millions en 2019.

- Le développement des **maisons médicales de garde** à proximité des services d'urgence et **l'expérimentation de consultations par un cabinet médical au sein même de ces services**, en lien avec les CPTS, sont autant d'outils pour contribuer au désengorgement des urgences hospitalières.



Passages aux urgences en 2019

L'aval des urgences doit également être pris en compte : **il est fréquent que le besoin de lits en aval ne soit pas anticipé**, allongeant le temps d'attente avant hospitalisation : les **cellules de gestion des lits** apparaissent une solution efficace.

Les **cellules de coordination ville-hôpital** ont aussi un rôle important à jouer, en organisant des filières d'admission directe des patients sans passage par les urgences et en préparant leur sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant : la commission d'enquête recommande ainsi **leur mise en place systématique.**

Enfin, **les alternatives à l'hospitalisation doivent encore être développées** : le recours à l'hospitalisation à domicile doit être amplifié.

B. REPENSER L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

1. Répondre au besoin d'une santé de proximité de la population



Groupements hospitaliers de territoire en 2022

Les **groupements hospitaliers de territoire (GHT) n'ont pas encore produit de résultats probants en termes d'amélioration de l'organisation territoriale des soins hospitaliers.** Leur bilan est contrasté : ceux qui sont parvenus à une vraie cohérence sont souvent ceux **qui ont été le plus loin dans leur rapprochement.**

- Si la commission d'enquête estime qu'il faut être **plus incitatif dans la démarche intégratrice des GHT, celle-ci doit être fondée sur un principe de subsidiarité.**

Alors que le GHT a permis de structurer l'offre publique, il peine encore à pleinement **associer les établissements privés : l'intégration facilitée d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)** pourrait être justifiée au titre de la cohérence du service public hospitalier.

Enfin, véritable opportunité de lien entre la ville et l'hôpital et de structuration du maillage local de l'offre hospitalière, les **hôpitaux de proximité** et leurs plateaux techniques **doivent être confortés comme structures hospitalières de premier recours.**

2. Donner plus d'autonomie aux acteurs de santé pour se coordonner

L'**organisation territoriale** de la santé est aujourd'hui à la fois **complexe** et conçue selon un mode trop **uniforme**. Le sentiment général des professionnels de santé est celui d'une certaine **fatigue face à l'accumulation des normes législatives**, si bien qu'il devient difficile de se repérer dans ce qui ressemble à un « **maquis** » **institutionnel et administratif**.

- Sans chercher à créer de nouvelles structures qui désorienteraient davantage les acteurs, une grande latitude doit être laissée à ceux-ci pour s'organiser, dans une logique d'une **responsabilité populationnelle** qui devra davantage **impliquer les collectivités et les usagers**.

L'enjeu est avant tout de **favoriser la coordination des professionnels et des établissements de santé** à partir de projets qui répondent à des **besoins de santé mieux évalués** et obéissant à une **logique de terrain**.

Principales recommandations

- **Rééquilibrer la répartition de la prise en charge entre ville et hôpital**, en dégagant du temps médical en médecine de ville (développement du rôle des infirmiers de pratique avancée, recrutement d'assistants médicaux), en revalorisant la visite à domicile et en veillant à rendre attractive la participation de la médecine de ville au service d'accès aux soins
- **Soulager les services d'urgence** par une meilleure collaboration avec les professionnels de ville, par le biais de **structures conjointes et par un adressage facilité aux services compétents** *via* les cellules de coordination ville-hôpital
- Actualiser le cadre des **groupements hospitaliers de territoires** : revoir leur **périmètre**, approfondir leur gouvernance tout en respectant un principe de **subsidiarité** et permettre **l'intégration d'établissements privés** participant au service public hospitalier
- **Améliorer la structuration de l'offre de proximité**, en s'appuyant sur un maillage d'**hôpitaux de proximité** et en facilitant la **coordination des professionnels et des établissements de santé** sur la base d'initiatives de terrain

Réunie le 29 mars 2022 sous la présidence de Bernard Jomier,

la commission d'enquête a **adopté le rapport** et les recommandations présentées par Catherine Deroche, rapporteure, et en a **autorisé la publication sous la forme d'un rapport d'information**.



Bernard Jomier
Président
Sénateur de Paris
(Socialiste, écologiste et républicain)



Catherine Deroche
Rapporteure
Sénatrice de Maine-et-Loire
(Les Républicains)

Retrouver les travaux de la commission :

http://www.senat.fr/commission/enquete/2021_sante_et_hopital.html

Consulter le rapport : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-587-1-notice.html>