

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission d'enquête sur les difficultés d'accès aux soins à l'hôpital public

– Audition, ouverte à la presse, de Mme Marie Daudé,  
directrice générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère  
du travail, de la santé et des solidarités..... 2

Mercredi

29 mai 2024

Séance de 16 heures

Compte rendu n° 6

**SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024**

**Présidence de  
M. Paul Midy,  
*Président***



*La commission auditionne Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère du travail, de la santé et des solidarités.*

**M. le président Paul Midy.** Nous auditionnons la direction générale de l'offre de soins (DGOS), représentée par Mme Marie Daudé, directrice générale, et Mme Margaux Vecchioli-Bonneau, directrice de cabinet.

Le champ de compétences de la DGOS est extrêmement vaste : ses sous-directions couvrent notamment l'accès aux soins et le premier recours, la prise en charge hospitalière et le parcours ville-hôpital, le financement de la performance du système de santé, ainsi que les ressources humaines de ce système de santé. La DGOS se trouve ainsi au cœur du pilotage de l'écosystème de l'offre de soins de notre pays, qui est lui-même au centre des préoccupations de la présente commission d'enquête.

Votre audition doit nous aider à mieux cerner les raisons pour lesquelles les difficultés d'accès aux soins à l'hôpital public se sont accumulées au cours des décennies passées, au croisement de logiques politiques, techniques, financières et humaines.

Je rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite à lever la main droite et à dire « Je le jure ».

*(Mme Marie Daudé prête serment.)*

**Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins au ministère du travail, de la santé et des solidarités.** L'accès aux soins constitue une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics, et plus particulièrement pour la DGOS. Depuis mon arrivée à ce poste, j'ai entrepris une réorganisation de la direction générale afin de renforcer la visibilité et l'importance de ce sujet. Ainsi, le 4 avril dernier, nous avons créé une nouvelle sous-direction intitulée « sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours ».

Cette problématique est largement partagée par nos collègues européens. En effet, l'ensemble des pays européens fait face à des défis similaires, notamment une augmentation des dépenses de santé plus rapide que celle du PIB et une crise de l'attractivité des professions de santé. Nous faisons face à une situation de crise et, plus encore, à une transformation structurelle du système de santé, qu'il est impératif d'accompagner pour garantir un accès aux soins le plus égalitaire possible sur l'ensemble du territoire.

Cette tension s'explique par un effet de ciseau entre une demande croissante de soins, due au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, une demande d'un meilleur suivi, et simultanément, une offre en difficulté. Cette dernière est affectée par une diminution du temps médical et soignant, liée à la fois à la pénurie de médecins et aux changements dans les modes de travail et les aspirations des professionnels de santé. Par ailleurs, les établissements de santé rencontrent également des difficultés financières.

Il n'existe pas de solution miracle face à cette situation, mais nous disposons de plusieurs leviers. Le premier concerne les ressources humaines en santé, où se situe l'urgence en matière d'attractivité. À cet effet, nous agissons sur l'appareil de formation, à travers la

réforme du *numerus clausus* pour les médecins et l'augmentation des capacités des instituts de formation des infirmiers et des aides-soignantes au cours des trois dernières années.

Le deuxième levier concerne la politique de revalorisation salariale. Le « Ségur de la santé » a permis des augmentations de salaires inédites, avec près de 11 milliards d'euros (Md€) dégagés pour les rémunérations d'ici fin 2023. Des mesures plus récentes visent à améliorer l'attractivité en tenant compte des contraintes du travail de nuit, du dimanche, des jours fériés et des gardes, avec plus d'un milliard d'euros injectés dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Nous avons également régulé l'intérim médical et l'intérim en général, avec la dernière mesure issue de la loi dite « Valletoux » sur les sorties d'école. Par ailleurs, nous réfléchissons de manière plus globale à la qualité de vie, à la gouvernance et à l'organisation interne de l'hôpital, ainsi qu'aux soins en dehors de l'hôpital.

L'accès aux soins hospitaliers passe aussi par l'amélioration de tout l'écosystème entourant l'hôpital, avec des parcours ville-hôpital rénovés et un accès aux soins de ville territoriaux amélioré. Nous avons travaillé intensivement sur la permanence des soins. En ce qui concerne l'attractivité de ces métiers, nous réfléchissons actuellement à la formation, tant dans les capacités de l'appareil de formation que du contenu, à travers la réforme des études médicales et du référentiel d'activité infirmier.

Le deuxième levier concerne les ressources humaines et le financement. Des moyens considérables ont été injectés pendant la crise covid, notamment dans l'Ondam, avec le soutien des pouvoirs publics aux établissements de santé. Le dispositif de la garantie de financement a mobilisé 3,4 Md€ en 2020, 2 Md€ en 2022 et 1,2 Md€ en 2023. Ces aides sont destinées à diminuer progressivement, mais nous restons mobilisés sur la situation financière des établissements, qui demeure complexe pour diverses raisons.

Nous sommes seulement revenus en 2023 à un niveau d'activité légèrement supérieur à celui de 2019, mais il doit encore augmenter pour permettre aux établissements de retrouver leur équilibre financier. Nous faisons face à un choc inflationniste et à des augmentations salariales importantes, provisionnées dans l'Ondam, mais certains effets-prix n'ont pas encore été totalement absorbés en raison de la reprise d'activité plus lente.

Aujourd'hui, en matière de financement, nous nous engageons dans des réformes structurelles et structurantes touchant plusieurs domaines et secteurs, notamment les urgences, les soins médicaux et de réadaptation (SMR) et la psychiatrie. Depuis les annonces du Président de la République en janvier 2023 et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, nous travaillons à une refonte du système médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). L'objectif consiste à réduire la part de la tarification à l'activité afin d'augmenter celle des dotations sur mission et atteindre des objectifs territorialisés de santé publique.

Le dernier levier concerne l'organisation des soins elle-même, à travers le recours à la télémedecine, les délégations de compétences, l'articulation des tâches entre les différents professionnels de santé et l'articulation entre la ville et l'hôpital. Par exemple, la montée en puissance et la généralisation du service d'accès aux soins (SAS) sur tout le territoire illustrent cette démarche.

Nous comprenons parfaitement les difficultés, l'impatience et l'inquiétude des patients sur le territoire ; et nous sommes pleinement mobilisés. Nous restons entièrement concentrés sur notre mission pour accompagner la transformation de notre système de santé.

**M. Christophe Naegelen, rapporteur de la commission d'enquête sur la difficulté d'accès aux soins à l'hôpital public.** Vous assurez la conception, la mise en œuvre et le suivi des règles de financement et de régulation financière des établissements de santé, publics ou privés. Pourriez-vous nous expliquer comment ces établissements sont financés, en distinguant les hôpitaux publics des hôpitaux privés ? Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) sont, me semble-t-il, financés de manière similaire aux hôpitaux publics.

Ensuite, vous avez évoqué la formation. J'aimerais connaître la nature de votre relation avec les facultés de médecine, en particulier avec les doyens. Que pensez-vous de la possibilité d'instaurer un quota minimal de formation d'étudiants par spécialité ? De fait, nous constatons un besoin croissant non seulement de médecins, mais surtout de spécialistes.

**Mme Marie Daudé.** Sur la différence de financement et des modalités de financement entre les établissements que l'on appelle « ex-DG » (ex-dotation globale), d'un côté, et les « ex-OQN » (ex-objectif quantifié national) de l'autre, notre classification se fonde sur plusieurs secteurs et les systèmes de financement diffèrent selon ces secteurs.

Pour la partie MCO, il existe deux échelles tarifaires distinctes. Les Espic fonctionnent sur ces deux échelles tarifaires, car il existe à la fois des Espic ex-DG et des Espic ex-OQN. Il existe deux échelles tarifaires selon le statut des établissements, bien que certains soient majoritairement d'un côté. Par exemple, les centres de lutte contre le cancer sont tous financés comme nos hôpitaux publics, sur la première échelle tarifaire. Ainsi, deux échelles tarifaires différentes doivent être distinguées pour les deux grandes catégories mentionnées. La différence réside dans la manière dont l'échelle tarifaire est construite, mais le système de financement reste identique, à savoir un financement à l'activité par groupes homogènes de séjour (GHS), avec des tarifs fixés chaque année. Une augmentation tarifaire est également déterminée annuellement en fonction des dépenses des uns et des autres.

Ce système est complété par des dotations « MIG » (missions d'intérêt général) et « AC » (aides à la contractualisation), qui compensent dans ces établissements des dépenses ne pouvant pas être financées par la tarification à l'activité (T2A). Un exemple est constitué par la recherche, qui constitue une de nos missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), qui finance pour près de deux milliards d'euros, essentiellement les hôpitaux publics. Il existe ainsi une multitude de dotations qui financent le secteur public ou privé en fonction des dépenses à assumer.

Cependant, la T2A est identique, qu'il s'agisse d'une clinique privée ou d'un établissement public. Seule l'échelle tarifaire diffère en raison de l'historique de la mise en place de la T2A en 2004, où les échelles tarifaires ont été établies selon les coûts et les besoins spécifiques des uns et des autres.

**M. Christophe Naegelen, rapporteur.** Quelles sont les différences d'obligations imposées aux hôpitaux publics par rapport à celles imposées aux hôpitaux privés, ainsi que les distinctions dans leurs modes de financement ?

**Mme Marie Daudé.** Nous pourrions vous envoyer les détails par grande mission. Par exemple, la permanence des soins est assurée à 85 % par les établissements publics et à 15 % par les établissements privés. Le financement est principalement lié aux gardes médicales, notamment de nuit ou de week-end, et provient du fonds d'intervention régionale (FIR) de l'agence régionale de santé (ARS). L'ARS délègue ces crédits en fonction des lignes de garde ouvertes.

Les établissements publics ont une obligation de permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) et sont rémunérés pour cela par les directeurs généraux (DG) des ARS, qui allouent des lignes de crédit. Lorsque le DG de l'ARS estime que des lignes doivent également être attribuées aux cliniques privées, celles-ci reçoivent le même financement.

Le financement de la T2A permet de rémunérer les séjours. Les établissements privés facturent directement aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), qui remboursent en fonction du séjour. Pour les établissements publics, le système passe par un arrêté de l'ARS, mais verse également les crédits.

Il existe une troisième catégorie de financements, les MIG et les AC, qui sont délégués par le niveau national. La DGOS cible ces financements dans ses circulaires budgétaires, en les fléchissant vers les établissements et les régions en fonction de leurs missions. Par exemple, pour une mission de recherche, l'hôpital public recevra ces crédits. De même, pour la mise en place d'unités spécifiques pour l'enfance en danger, des dotations sont allouées en fonction des besoins identifiés. Le système de financement repose donc sur une échelle tarifaire, des dotations et des crédits du FIR, notamment pour la permanence des soins.

Les relations doivent absolument être les plus fluides possible entre le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. En effet, nous conduisons ensemble les formations médicales, qui se déroulent à l'université. Ce système fonctionne donc sur deux jambes et doit impérativement continuer ainsi. La réforme des études médicales a été menée conjointement par nos deux ministères, pour les premiers et seconds cycles.

S'agissant de la fixation des besoins par spécialité et des formations correspondantes, nous avons d'abord remplacé le *numerus clausus* par des objectifs nationaux pluriannuels sur cinq ans, couvrant la période 2021-2025. Ces objectifs sont définis en lien avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), qui dépend de la DGOS et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), et collabore également avec le ministère de l'enseignement supérieur. Cet organisme détermine le nombre de places d'entrée dans les études médicales. Chaque année, l'ONDPS fixe également, à l'entrée de l'internat, le nombre de postes par région et par spécialité en fonction des besoins du territoire. Nous avons institutionnalisé et rendu plus transparent ce processus. Cela permet chaque année aux agences régionales de santé et aux unités de formation et de recherche (UFR) dans les facultés de médecine de connaître, par exemple, le nombre d'internes en chirurgie pédiatrique qui seront ouverts dans chaque région et circonscription.

L'ONDPS, présidé par le professeur Emmanuel Touzé, effectue cette répartition entre spécialités sur le territoire. Il tient compte des capacités de formation des universités et des capacités d'accueil en stage des établissements de santé. En effet, les internes, après leur première année, passent la majeure partie de leur formation en établissement de santé. Par exemple, récemment, la priorité a été accordée aux postes en médecine générale dans les zones où il existait un déficit important de médecins généralistes, tant à court terme qu'à long terme. En Île-de-France, l'année dernière, un effort particulier a été consenti pour augmenter le nombre de postes ouverts à l'internat en médecine générale. Cette démarche s'applique également à d'autres spécialités, comme la psychiatrie.

Nous pourrions vous transmettre la notice rédigée par l'ONDPS qui détaille la méthode de travail utilisée pour répartir ces postes, mais également la méthode employée lors de la grande conférence de 2021 pour fixer les objectifs nationaux.

**M. Christophe Naegelen, rapporteur.** Je vous remercie de bien vouloir nous transmettre ces éléments et vous indique que je me rendrai au ministère pour rencontrer les différentes sous-directions, notamment la dernière que vous avez mentionnée, qui est extrêmement intéressante.

Pensez-vous que le financement de la PDSSES par l'ARS est suffisant compte tenu des contraintes qu'elle impose ? Il semble en effet que la majorité des hôpitaux privés ne la mettent pas en œuvre, bien qu'elle soit potentiellement financée, mais peut-être pas à un niveau satisfaisant.

Comment réagissez-vous lorsque, dans certains CHU, les chefs de service exercent une pression « amicale » sur les internes pour qu'ils restent dans ces établissements plutôt que de rejoindre des hôpitaux de référence des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou des hôpitaux secondaires ? Cette situation contribue fortement à un manque criant de médecins et de spécialistes dans certains hôpitaux ruraux, puisque ces professionnels sont accaparés par les CHU. Souvent, cela tient au fait que les maîtres de stage ou les professionnels les plus reconnus sont issus de ces mêmes CHU.

**Mme Marie Daudé.** S'agissant du financement de la PDSSES, plusieurs points méritent d'être abordés. Tout d'abord, cette question entraîne des contraintes significatives, régulièrement évoquées par les professionnels. C'est pourquoi nous avons décidé de revaloriser très fortement les gardes des personnels médicaux à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, en augmentant de 50 % le montant des gardes, notamment de nuit, et en majorant fortement les indemnités des personnels non médicaux, qui participent également à cette permanence des soins. Notre objectif consistait à offrir un véritable coup de pouce et à valoriser cette fonction, car il est indéniable que travailler la nuit, les week-ends et les jours fériés est devenu plus difficile qu'il y a quelques années, en raison des évolutions sociétales. Le financement a été accordé, ayant été provisionné dans l'Ondam.

Ensuite, les cliniques privées et la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) expriment leur mécontentement. Elles estiment avoir été écartées lors des derniers schémas de PDSSES, il y a cinq ans. Elles demandent un processus transparent pour comprendre pourquoi il existe si peu de lignes de PDSSES dans certains territoires. En réponse à cette demande, la loi dite « Valletoux » de décembre 2023 prévoit un processus formalisé autour du directeur général de l'agence régionale de santé. Ce processus comprend plusieurs étapes : vérifier si l'ensemble du territoire est bien couvert, identifier les éventuelles lacunes, réunir tous les acteurs concernés et, en cas de carence persistante, utiliser des outils pour contraindre, notamment l'hospitalisation privée, à participer à la PDSSES. Un appel à candidatures transparent sera élaboré par l'ARS, permettant à tous les établissements de candidater. L'hospitalisation privée pourra ainsi soumettre un dossier au même titre que l'hospitalisation publique, permettant ainsi de dresser un bilan, région par région, des établissements écartés.

Ce sujet de la PDSSES est particulièrement sensible et explosif, car le secteur public a souvent l'impression de participer pleinement dans certains territoires, sans recevoir un soutien suffisant, tandis que le secteur privé se sent parfois écarté. Pour clarifier la situation, nous avons initié une enquête visant à remettre les choses à plat. Cette enquête, élaborée avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), a été envoyée à tous les établissements, publics et privés, impliqués dans la permanence des soins. Pendant plusieurs semaines, en avril et en mai, ces établissements ont scrupuleusement renseigné leur planning de garde. Ils ont détaillé le nombre de lignes de garde, le nombre de seniors et d'internes participants, ainsi que les astreintes et les spécialités concernées.

Cette enquête est en cours de remontée au ministère et elle permettra de déterminer précisément le nombre de lignes de PDSES ouvertes dans le public et dans le privé dans chaque région. Elle doit d'abord être synthétisée et analysée pour permettre d'obtenir des résultats publics, car elle est très attendue par tous les acteurs. La publication est prévue pour fin juin-début juillet et servira principalement aux agences régionales de santé, en tant que base pour leur futur schéma de PDSES dans les schémas régionaux de santé (SRS).

À partir de cette enquête, des appels à candidatures ainsi que des nouvelles mesures mises en œuvre, nous devrions disposer, d'ici la fin de l'année, d'une vision assez claire du nombre de lignes de garde nécessaires dans chaque territoire. Nous pourrions ainsi déterminer si les secteurs public et privé participent et dans quelle mesure, et identifier les éventuelles lacunes ou sous-financements. Il se peut que certaines lignes de garde n'aient pas été reconnues, car le territoire est parfois vaste et des initiatives locales peuvent émerger sans être officiellement enregistrées. Certains acteurs peuvent également déclarer qu'ils assurent la PDSES sans être reconnus par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ces aspects doivent être clarifiés d'ici la fin de l'année pour établir de nouvelles bases sur ce sujet essentiel pour les acteurs, mais surtout pour les patients.

S'agissant de la pression « amicale » des chefs de service, nous veillons à être attentifs aux cas qui nous sont signalés, notamment concernant les internes. Nous entretenons des relations étroites avec les associations et syndicats d'internes et cherchons à accompagner ces futurs professionnels de santé, en espérant qu'ils restent dans le système, et de préférence dans le secteur hospitalier public, surtout pour les spécialités qui l'exigent.

Il est impératif de bannir toute forme de pression. Nous nous efforçons de la limiter au maximum, notamment en encourageant fortement les agences régionales de santé et les universités à désigner des terrains de stage qui ne se limitent pas aux CHU. Pour éviter les situations que vous soulignez, monsieur le rapporteur, il est nécessaire que des centres hospitaliers se fassent connaître comme terrains de stage, afin d'inciter les internes à y revenir.

Ce matin, j'ai visité à Lyon un centre hospitalier de proximité spécialisé en gériatrie, soins palliatifs et soins médicaux de réadaptation (SMR). La présidente de la commission médicale d'établissement (CME) m'a exprimé sa satisfaction d'avoir obtenu un interne en médecine d'urgence, malgré l'absence de service d'urgences dans son établissement. Cet interne, devant effectuer un semestre en médecine polyvalente, viendra chez elle, ce qui pourrait encourager d'autres internes à choisir cet hôpital par la suite. Il est essentiel de cultiver ces initiatives pour diversifier les terrains de stage et répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire.

**M. Christophe Naegelen, rapporteur.** Les résultats de l'enquête seront rendus publics et sont attendus avec impatience. Je vous invite à visiter l'hôpital de Remiremont, où l'on constate un manque flagrant d'internes par rapport à d'autres hôpitaux du département, sans même mentionner le CHU de Nancy.

En réalité, la majorité des cliniques privées se trouve dans des grandes villes déjà pourvues d'hôpitaux publics de référence. Comment comptez-vous gérer les territoires ruraux, où l'accès aux soins est beaucoup plus compliqué ? Si, dans certaines villes, les cliniques privées augmentent leur participation à la PDSES, cela signifie-t-il que les médecins des hôpitaux publics seront transférés vers des hôpitaux plus petits et ruraux pour continuer cette mission ?

Enfin, comment pouvons-nous expliquer à la population qu'un médecin, en travaillant dans deux hôpitaux, perçoit des primes relativement importantes, alors même que son hôpital de référence manque cruellement de médecins dans sa spécialité ? Les retours du terrain indiquent que certains médecins « mercenaires » semblent moins enclins à s'investir dans leur hôpital d'origine. Est-il normal que l'argent public contribue à cette situation ?

**Mme Marie Daudé.** Sur la première question, je me permets de nuancer le constat. Il est vrai que l'hôpital public constitue souvent le recours principal dans les territoires éloignés et ruraux. Cependant, il existe également des zones où l'offre de soins est exclusivement privée, soit en complément du public, soit en remplacement. Cette situation, bien que minoritaire, est réelle. Par exemple, en Occitanie, l'offre privée est très significative, représentant environ 50 % de l'offre régionale. Dans certains départements comme la Haute-Garonne, la psychiatrie est assurée à 80 % par le secteur privé, ce qui a conduit à des dysfonctionnements. Il existe donc des territoires où le privé joue un rôle complémentaire. En Auvergne-Rhône-Alpes, la clinique Elsan d'Ambérieu-en-Bugey est la seule à proposer des services de maternité, la maternité publique la plus proche étant située à quarante-cinq minutes en voiture. Si cette clinique venait à fermer, il se poserait un problème majeur d'accès aux soins.

En général, cependant, le public reste l'établissement de recours principal. La question posée est avant tout territoriale. Les directeurs généraux des ARS et leurs équipes doivent élaborer des solutions adaptées pour combler les lacunes dans les services de santé. L'enquête en cours vise à les outiller davantage, bien qu'ils soient déjà conscients des réalités locales. La loi Valletoux officialise, par exemple, un régime de responsabilité permettant, sur la base du volontariat, à un médecin du public de réaliser des gardes dans le privé et vice versa. Le régime de responsabilité a été inscrit dans la loi, toujours sous la forme du volontariat.

Dans certains endroits, il est possible de procéder à la mutualisation. Ailleurs, on peut également recourir à l'alternance, c'est-à-dire une semaine dans une clinique privée, une semaine dans un hôpital public, lorsque cela est possible. De nombreuses solutions existent et nous souhaitons les promouvoir. Nous avons collaboré avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui fournira, au début de l'été, des outils innovants pour les ARS. Nous espérons que ces nouveaux schémas de permanence des soins, les premiers depuis cinq ans, permettront une couverture territoriale différente de la couverture actuelle.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur la PDSES, rendu public l'année dernière, révèle des zones où le personnel manque et où le public est débordé, car ils sont seuls à la manœuvre. Cependant, il existe également des territoires avec des redondances, où certaines lignes de garde ne devraient pas être ouvertes sous cette forme. Un travail de rationalisation et d'optimisation des moyens sur les territoires est donc nécessaire et les ARS vont s'y atteler.

Concernant la rémunération des médecins, vous mentionnez probablement la prime d'exercice territorial ou la prime de solidarité territoriale. Si ces primes conduisent aux résultats que vous décrivez, il s'agit clairement d'un dévoiement de l'objectif initial.

**M. Damien Maudet (LFI-NUPES).** La situation globale du système de santé suscite de nombreuses interrogations : les anciennes ministres Marisol Touraine et Agnès Buzyn ont évoqué devant nous une problématique mondiale, tandis que vous parlez d'une situation européenne. Nous avons du mal à comprendre pourquoi, soudainement, l'ensemble de l'Union européenne rencontre des difficultés dans ce domaine. Le député européen Martin Schirdewan a souligné qu'entre 2009 et 2019, une décennie a été perdue pour le système de santé. En



Espagne, par exemple, les investissements en santé ont chuté de onze points du PIB. En France, nous avons assisté à des suppressions de lits et, en Italie, la moitié des lits ont été supprimés. Ne pensez-vous pas que les politiques d'austérité ont conduit à cette situation ?

La Fédération hospitalière de France a récemment alerté sur le fait qu'il manque entre 2 et 4 Md€ pour les hôpitaux, simplement pour compenser l'inflation et la hausse des salaires. Ne croyez-vous pas que cette situation va aggraver les difficultés des hôpitaux ? Enfin, il nous est souvent indiqué que le « Ségur de la santé » a permis de nombreuses avancées. Pourtant, 70 % des infirmières estiment qu'il n'est pas satisfaisant. Quel bilan en tirez-vous ?

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Quelles sont les instructions de vos ministres de tutelle concernant la préservation de l'accès aux soins dans les zones rurales éloignées des centres urbains ? La préservation et le maintien des services de ces hôpitaux constituent-ils une priorité ?

Je souhaite également aborder la mise en œuvre des engagements de l'État, notamment les processus dérogatoires parfois utilisés dans la médiation avec les hôpitaux de territoire. Avez-vous connaissance du protocole de sortie de crise signé en octobre 2023 pour l'hôpital de Carhaix ? Ce protocole s'est-il traduit par des dispositifs particuliers ou des moyens concrets dérogatoires pour améliorer l'attractivité de ce site ?

Ensuite, quelles études territorialisées existent sur les conséquences du non-accès aux soins, du retard de prise en charge, de la régulation des urgences et du renoncement aux soins dans des secteurs où il n'existe aucune alternative à l'hôpital public à moins d'une heure de trajet ?

Enfin, comment assurer la mise en œuvre et le suivi apaisé du dialogue social ? Dans mon territoire, une dizaine de représentants du personnel ont déjà été entendus sous le régime de la garde à vue et dix-neuf autres vont l'être. Comment maintenir le dialogue social dans ces conditions ?

**M. Éric Alauzet (RE).** Quelles sont les pistes les plus sérieuses et prometteuses en termes d'économie et de santé, susceptibles de permettre une redistribution vers les secteurs où les besoins sont les plus pressants, notamment en matière de personnel ? Je pense par exemple à la redondance des examens ou à l'utilisation de médicaments inutiles.

**M. le président Paul Midy.** Comment mesurez-vous l'accès à l'offre de soins et la qualité de cette offre de manière globale ? Suivez-vous régulièrement quelques indicateurs chiffrés ? Pourriez-vous nous les préciser ? Quelle a été leur évolution au cours des dernières années ?

**Mme Marie Daudé.** En matière de ressources humaines, nous subissons indéniablement un effet post-covid, partagé avec nos collègues à l'échelle mondiale, notamment en termes d'attractivité des métiers. Outre les problématiques démographiques et le départ à la retraite des générations du *baby-boom*, nous faisons face à un véritable choc d'attractivité, qui s'explique en partie par les contraintes et les exigences du métier de soignant.

Ensuite, il est exact que la décennie précédente a été marquée par une fermeture de lits relativement stable, qui s'est quelque peu accélérée après la crise sanitaire. Cette fermeture ne doit pas être interprétée comme une conséquence d'une politique d'austérité. Elle est liée à l'augmentation des places en hospitalisation partielle, en médecine et en chirurgie ambulatoires.

Les chiffres de la Drees montrent clairement que le nombre de places continue de progresser de plus de 3 % par an et les courbes de fermeture de lits et d'augmentation des places se croisent.

Concernant le choc inflationniste, il est également indéniable que nous avons subi un impact très marqué, touchant l'ensemble de l'économie et affectant particulièrement nos établissements de santé, tant publics que privés. Des crédits exceptionnels ont été alloués à cette fin dès la fin de l'année 2022, et également en 2023, avec 500 M€ dégagés pour faire face à ce choc inflationniste. Est-ce suffisant ? Des crédits supplémentaires sont prévus en 2024 afin de continuer à gérer l'inflation. Il est certain que ce choc a fortement impacté les charges des établissements, et il faudra du temps pour retrouver une trajectoire plus conforme.

Ensuite, 70 % des infirmiers déclarent ne pas être satisfaits du « Ségur », qui représentait pourtant un investissement massif, avec plus de 11 Md€ délégués. Nous avons jugé nécessaire de cibler plus spécifiquement les infirmières, en raison des fermetures de lits principalement dues au manque d'infirmières, surtout de nuit. Le gouvernement a ainsi mis en place des majorations de nuit pour les infirmières, liées à leur ancienneté. Cette approche est assez novatrice, car elle vise à fidéliser le personnel. Nous avons également voulu rendre le métier attractif pour les jeunes, tout en envoyant un signal clair : choisir de travailler de nuit, malgré les désagréments, permet une rémunération croissante au fil des ans. Pour une infirmière en fin de carrière, cela représente une augmentation substantielle de 300 à 400 euros nets par mois. Ce choc d'attractivité produira progressivement ses effets.

L'accès aux soins dans les territoires constitue une préoccupation majeure de mes ministres de tutelle. Le ministre Valletoux, alors député, a d'ailleurs œuvré sur une loi mettant en place divers outils pour faciliter cet accès territorial. Cette question nous préoccupe et nous travaillons continuellement pour préserver l'accès aux soins dans les territoires ruraux, en trouvant un équilibre entre sécurité des soins et proximité, au service de nos concitoyens.

La sortie de crise à Carhaix, avec le protocole mis en place et la mutualisation avec le CHU de Brest, illustre les solutions vers lesquelles nous devons tendre. Toutefois, le médecin urgentiste constitue une ressource rare aujourd'hui. Nous devons donc répondre aux demandes de la population tout en tenant compte des contraintes de recrutement.

Le dialogue social représente également une préoccupation majeure. Je déplore les tensions qui peuvent surgir dans les régions, les territoires et les établissements, menant à des situations objectivement compliquées dont il faut sortir. Il est essentiel que tous les acteurs se réunissent pour maintenir le dialogue ; je reçois régulièrement les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière, des personnels médicaux, des syndicats libéraux ou les fédérations.

En matière d'économies et de performance, il est crucial d'adopter une vision globale, en nous concentrant sur la performance du système de santé dans son ensemble. Il faut réfléchir aux actions possibles en ville, à l'hôpital et à la collaboration entre les deux. Vous avez mentionné la redondance des actes ; nous parlons quant à nous de pertinence. Nous allons intensifier nos travaux sur la pertinence des actes entre le public, le privé, la ville et l'hôpital. Il est également nécessaire de comparer les pratiques et d'établir des grilles de comparaison pour fixer des objectifs dans chaque région et établissement. Nous travaillons enfin sur les achats hospitaliers, ainsi que sur la régulation et l'encadrement de l'intérim, en espérant réaliser des économies significatives dans ces domaines.

S'agissant de la convention médicale et l'assurance maladie, des travaux sont en cours sur des sujets tels que la biologie et la radiologie. Des plans de performance sont également discutés au sein des ARS, avec certains établissements en difficulté, parfois avec le soutien de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), qui a repris les appuis à 360 degrés pour aider ces établissements.

En matière de qualité, nous disposons de plusieurs indicateurs. Certains d'entre eux sont pilotés par la Haute Autorité de santé (HAS), notamment à travers les processus de certification. Nous avons également instauré divers indicateurs permettant de financer les établissements de santé en fonction de leur qualité, à travers le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq). Bien que perfectible, ce dispositif constitue l'un des axes de la future réforme de la T2A annoncée par le Président de la République. Cette réforme prévoit un compartiment entier dédié à la santé publique, intégrant des objectifs territorialisés en lien avec les directeurs généraux des ARS. Nous travaillerons sur ces aspects, en incluant également les questions de qualité et de pertinence. L'Igas finalise actuellement son rapport, qui permettra de relancer plusieurs chantiers sur la qualité, avec des résultats attendus dès 2025, notamment en matière de financement.

**M. le président Paul Midy.** Disposez-vous d'indicateurs permettant de mesurer l'accès aux soins dans les hôpitaux publics ? Existe-t-il un indicateur suivi de manière régulière et suffisamment agrégé pour nous fournir une vision claire de la situation ?

**Mme Marie Daudé.** Nous suivons plusieurs indicateurs, dont le nombre de passages aux urgences, le nombre de séjours hospitaliers par type de pathologie ou de prise en charge, ainsi que le nombre de séances, par exemple, de chimiothérapie ou de dialyse par territoire. Cependant, nous ne disposons pas d'indicateurs pour évaluer le renoncement aux soins hospitaliers.

Concernant l'accès aux urgences, nous disposons du nombre de passages. Nous souhaiterions également travailler sur les délais d'attente et sur la présence d'un service d'urgence au sein d'un territoire. Nous suivons également la permanence des soins ambulatoires, c'est-à-dire les territoires couverts ou non pour l'accès à un médecin en cas d'urgence.

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Dans le cadre de la régulation des urgences, de quelle manière la population est-elle redirigée vers d'autres hôpitaux ? Dispose-t-on de chiffres à ce sujet ? Pouvons-nous également obtenir des comparatifs entre les périodes où les urgences étaient ouvertes et celles où elles ne le sont plus ? L'ARS ne communique pas ces chiffres, que de nombreux élus demandent pourtant avec insistance et courtoisie, car ces données sont fondamentales.

**Mme Marie Daudé.** L'un des objectifs consiste à éviter le passage aux urgences lorsqu'il n'est pas nécessaire et éviter leur saturation. Un travail est en cours sur les motifs de recours aux urgences, bien que les résultats ne soient pas encore publics. La DGOS mène une analyse approfondie des raisons pour lesquelles les patients se rendent aux urgences, et il apparaît qu'un certain nombre de ces recours pourraient être évités. Il s'agit ainsi de permettre aux personnes, avant de se précipiter aux urgences, d'accéder à un dispositif de soins non programmés, surtout si elles ne peuvent pas consulter leur médecin traitant.

Nous pouvons également suivre les motifs d'appel au service d'accès aux soins, dont l'un des objectifs consiste à rediriger les patients vers des solutions alternatives, notamment en

ville. Plus de la moitié des appels au SAS concernent la médecine ambulatoire. À l'issue de ces appels, 50 % des personnes sont orientées vers des rendez-vous en ville dans les quarante-huit heures, et d'autres reçoivent des conseils médicaux sans qu'un rendez-vous ne soit nécessaire.

Il serait sans doute pertinent d'auditionner la Drees sur ces aspects. Il y a vingt ans, le nombre de passages aux urgences était tel qu'un patient pouvait y accéder sans difficulté. Aujourd'hui, ces urgences sont désormais régulées, mais avec le SAS, un rendez-vous en médecine de ville peut être obtenu dans un délai de quarante-huit heures. À mon sens, cela ne constitue en aucun cas un renoncement aux soins, mais bien une optimisation de notre système de santé. Tout cela demeure difficile à conceptualiser et à objectiver.

**M. le président Paul Midy.** Je vous remercie.

**Membres présents ou excusés**

**Commission d'enquête sur les difficultés d'accès aux soins à l'hôpital public**

Réunion du mercredi 29 mai 2024 à 16 heures

*Présents.* - M. Éric Alauzet, Mme Véronique Besse, M. Jorys Bovet, M. Emmanuel Fernandes, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Murielle Lepvraud, M. Damien Maudet, M. Paul Midy, M. Benoit Mournet, M. Yannick Neuder, Mme Mélanie Thomin

*Excusé.* - M. Jean-Claude Raux