

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e 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 M. Fabrice Lenglard, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de M. Benoît Ourliac, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie. 2

Mercredi

5 juin 2024

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 8

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

**Présidence de
M. Cyrille Isaac-Sibille,
*Vice-président***



La commission auditionne M. Fabrice Lenglard, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et M. Benoît Ourliac, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, au ministère du travail, de la santé et des solidarités.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Après avoir auditionné la semaine dernière la directrice générale de l'offre de soins, nous allons échanger aujourd'hui avec M. Fabrice Lenglard, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (Drees), et M. Benoît Ourliac, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie.

La Drees, mise en place en 1998, est une direction de l'administration centrale du ministère du travail, de la santé et des solidarités, placée conjointement sous plusieurs tutelles.

Les travaux de la Drees couvrent l'ensemble du champ de la santé et du système de soins, englobant l'offre de soins, la demande de soins et les modalités de financement. Le programme d'études et d'enquêtes de la Drees pour 2024, publié en mars dernier, indique qu'en plus de ses études régulières sur l'état de santé de la population, les établissements de santé et les professionnels de santé, la Drees devrait exploiter cette année deux enquêtes ponctuelles réalisées en 2023 : d'une part, les données de l'enquête « Urgences », afin de montrer les évolutions des services d'urgence depuis dix ans ; d'autre part, les données de l'enquête internationale PaRIS (*Patient-Reported Indicator Survey*), menée auprès de médecins généralistes et de leurs patients, devant permettre de comparer les systèmes de soins, et de mesurer leur capacité à satisfaire la demande des patients et à s'adapter à leurs besoins.

Parmi les publications récentes de la Drees, il convient de citer une étude concernant la disponibilité des médecins pour leurs patients en fonction de leur mode d'exercice. Cette étude examine les différences entre les médecins exerçant seuls, ceux travaillant avec d'autres médecins généralistes et ceux collaborant avec d'autres professionnels paramédicaux.

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 le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure. »

(M. Fabrice Lenglard et M. Benoît Ourliac prêtent serment.)

M. Fabrice Lenglard, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique. La Drees est le service statistique ministériel couvrant les politiques sanitaires et sociales. À ce titre, elle est aujourd'hui sous la tutelle principale de Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé et des solidarités, même s'il existe une double tutelle avec le ministère chargé des finances.

En tant que service statistique ministériel, nous produisons diverses statistiques et études, notamment dans le domaine de la santé et plus spécifiquement dans le secteur hospitalier.

L'objectif principal de cette commission d'enquête est d'examiner les tensions actuelles que connaît l'offre de soins hospitaliers. La question centrale pour notre service statistique est de déterminer quels types d'indicateurs nous pouvons mobiliser pour dresser un panorama précis de la situation.

Pour développer des indicateurs sur l'offre de soins et les tensions associées, plusieurs approches peuvent être envisagées. Certaines sont bien couvertes par la Drees, tandis que d'autres le sont moins, principalement en raison de difficultés méthodologiques que je vais tenter de vous expliquer.

Nous couvrons bien évidemment le panorama de l'offre de soins, qu'il s'agisse de soins de ville ou, en l'occurrence, de soins en établissements de santé. Depuis de nombreuses années, la Drees a en charge une enquête annuelle appelée « Statistique annuelle sur les établissements de santé » (SAE).

Cette enquête interroge chaque année l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, lucratifs ou non. Elle permet de décrire l'évolution du nombre de structures, le type de services offerts à la population sur l'ensemble du territoire, ainsi que les capacités des établissements, notamment le nombre de lits et leur évolution dans le temps.

Nous publions également des indicateurs sur le nombre de séjours, leur durée et le nombre de spécialisations partielles. Je pourrai entrer dans le détail si vous le souhaitez.

Cette enquête, initialement administrative, a évolué vers une version statistique. En effet, bien que les taux de réponse soient excellents, il demeure nécessaire de retravailler les données d'un point de vue statistique.

Cet outil de travail est indispensable pour nos collègues de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il fournit des renseignements très détaillés, car l'enquête se déroule au niveau des établissements.

Nous mettons à disposition la base administrative et la base statistique retravaillée pour le grand public. Sur cette base statistique annuelle, nous publions de premiers éléments décrivant l'évolution des lits, généralement à la fin de l'année suivante.

Pour illustrer mon propos, l'enquête réalise une photographie de l'état de l'offre de soins hospitalière à la fin décembre de chaque année N . La collecte des données se fait durant le premier semestre jusqu'à l'été et nous publions les premiers résultats à l'automne. Ensuite, nous diffusons des résultats plus détaillés et un ouvrage intitulé *Panorama sur les établissements de santé*, habituellement à l'été $n + 2$ pour une photographie prise en décembre n . Nous publierons donc en juillet prochain un panorama des établissements de santé retraçant une photographie précise de l'état de l'existant à fin 2022. Cette photographie est toujours légèrement datée, mais c'est inhérent au temps nécessaire à la statistique. Cette base permet de décrire de manière très fine le territoire et fournit de nombreuses autres informations.

Un deuxième indicateur pour décrire l'offre et les éventuelles tensions ou difficultés d'accès est le concept d'« accessibilité potentielle ». L'accessibilité potentielle consiste à rapporter une offre de soins à un besoin potentiel de soins. La méthode la plus simple consiste à ramener cette offre de soins localisée à la population dans le même bassin de vie.

Pour affiner l'analyse, nous devons également considérer la structure démographique de la population, notamment l'âge, qui varie selon les régions. Cette variation influence l'offre potentielle de soins, car les personnes âgées sont statistiquement plus nombreuses à nécessiter des hospitalisations.

La Drees élabore des indicateurs sophistiqués d'accessibilité potentielle aux soins primaires en ville, tels que l'accès aux médecins généralistes et à d'autres professions médicales

libérales. Pour mesurer la demande adressée à un médecin généraliste, une méthode relativement simple consiste à compter les consultations. Ces statistiques, bien que périphériques à notre sujet, sont publiées annuellement par la Drees sous forme d'indicateurs d'accessibilité potentielle localisée. Ces indicateurs permettent de mesurer, à l'échelle locale, le nombre de consultations accessibles par an, en tenant compte de la structure démographique. Ils donnent lieu à des analyses et des commentaires autour de la thématique des déserts médicaux.

En ce qui concerne l'offre de soins hospitalière, le degré de sophistication des mesures d'accessibilité potentielle est moindre, et ce pour des raisons fondées. En effet, les besoins hospitaliers de la population nécessitent une segmentation très fine, car les services requis varient selon les pathologies. De plus, la structuration de l'offre hospitalière présente un gradient géographique significatif.

Il est donc plus pertinent de décrire la géographie des offres hospitalières, des établissements et des lits d'un point de vue régional, départemental ou par bassin de vie, sans descendre à un niveau aussi détaillé que celui que nous utilisons pour les médecins généralistes, qui va jusqu'à l'échelle communale. Cela n'aurait pas nécessairement beaucoup de sens sur le fond.

En termes d'accessibilité, nous publions et mettons à disposition divers indicateurs, utiles pour rapporter l'offre de soins hospitalière à une échelle géographique adéquate à la population résidente.

Ensuite, un troisième type d'indicateur d'intérêt concerne les conditions effectives d'accès. Il est essentiel de distinguer l'accès aux soins non programmés par rapport aux soins programmés.

Pour les soins programmés, idéalement, nous souhaiterions disposer d'indicateurs tels que le délai entre le moment où un patient a besoin d'un soin programmé et le moment où ce soin intervient. Actuellement, nous ne possédons pas ce type d'indicateur, qui serait difficile à recueillir en l'absence de bases de données administratives détaillées. Cela nécessiterait des enquêtes auprès des patients, ce qui constitue une démarche lourde à mettre en œuvre.

Il existe potentiellement un support qui permettrait de mesurer ce type d'indicateurs. Il n'est actuellement pas pris en charge par la Drees, mais par la Haute Autorité de santé (HAS). Celle-ci mène des enquêtes qualitatives de satisfaction auprès des patients hospitalisés.

Toutefois, ces enquêtes visent principalement à évaluer la qualité des soins prodigués plutôt que les délais d'attente pour des soins programmés. À ce titre, progresser dans cette direction impliquerait une réflexion méthodologique approfondie. De surcroît, il faudrait que la Drees réfléchisse en association avec la HAS afin d'éviter la duplication d'opérations lourdes.

Concernant les soins non programmés, nous décrivons principalement l'activité des urgences. La Drees, dans son panorama annuel, fournit diverses statistiques de base sur les passages aux urgences.

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix jusqu'à l'avant-covid, nous avons observé une hausse structurelle spectaculaire du nombre de passage aux urgences en France, qui a doublé en un peu plus de vingt ans. La crise de la covid a entraîné une chute exceptionnelle, suivie d'une reprise qui ne nous ramène toutefois pas à des niveaux sensiblement supérieurs à

ceux atteints en 2019. À ce stade, la tendance qui préexistait à la pandémie de covid-19 a peut-être été momentanément interrompue.

Le nombre de passage aux urgences crée une tension notable. Nous publions des données annuelles, mais il existe également des indicateurs infra-annuels exploités par la DGOS. Je pense en particulier au relevé des passages aux urgences, qui informe non seulement la DGOS, mais aussi les agences régionales de santé (ARS), sur la situation quotidienne à un niveau détaillé sur le territoire. Bien que ces relevés aient un caractère statistique en partie administratif, ils constituent tout de même un outil de gestion.

La Drees travaille actuellement à la consolidation de ces séries pour construire une histoire infra-annuelle des passages aux urgences plus solide sur le plan statistique.

Se pose également la problématique du délai d'attente aux urgences. Quelques éléments peuvent figurer dans les résumés de passage aux urgences (RPU), mais la Drees a également mené une opération d'envergure en collaboration avec l'ensemble des urgentistes. Je tiens à saluer et remercier tous les personnels ayant participé à cette initiative. Dix ans plus tard, la Drees a réalisé, le 13 juin 2023 et durant 24 heures, une enquête exhaustive dans les sept cents services d'urgence français pour mesurer de manière détaillée ce qui s'y passait.

Nous sommes désormais dans la phase de « nettoyage » des données et de traitement statistique classique. Nous prévoyons de publier les premiers résultats sur les structures d'ici la mi-juillet, et à l'automne pour ce qui concerne la patientèle. Cette enquête fournira, comme en 2013, des mesures précises des temps d'attente observés ce jour-là aux urgences.

Enfin, dans le cadre de la mesure de l'offre de soins hospitaliers et des tensions éventuelles, il est essentiel d'aborder la question des renoncements aux soins.

La Drees évalue qualitativement les renoncements aux soins à travers des enquêtes auprès des ménages. Toutefois, cela ne permet pas d'obtenir une vision extrêmement détaillée sur le territoire. De plus, il est difficile de mesurer un renoncement aux soins hospitaliers : en effet, lorsqu'on interroge les individus sur les renoncements aux soins, ils évoquent principalement l'accès aux soins primaires, notamment aux médecins généralistes. De ce point de vue, il est complexe de construire des indicateurs de renoncement aux soins à ce stade.

Il convient de compléter cette analyse en soulignant, par exemple, que la question de la réduction structurelle du nombre de lits dans les hôpitaux français est très présente dans le débat public. La Drees construit des séries de données détaillées sur le territoire. En analysant les séjours hospitaliers des années correspondantes, elle est capable de calculer le taux d'occupation des lits.

Sur les quinze dernières années, la décroissance des lits dans les hôpitaux publics ne s'est pas traduite par une augmentation du taux d'occupation de ces lits. Avant la pandémie de covid-19, cette diminution a plutôt conduit à une stabilité des taux d'occupation, du moins d'un point de vue agrégé. Il serait pertinent d'examiner cette question plus en détail au niveau territorial. Bien que cela ne réponde pas entièrement à la question du renoncement aux soins, cet indicateur montre que l'activité hospitalière nécessitant des hospitalisations complètes n'a pas entraîné une augmentation des occupations.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Vous avez évoqué des éléments rétrospectifs, notamment sur le nombre de lits. Mais qu'en est-il des indicateurs relatifs au personnel ? Si l'on

peut se procurer des lits auprès de fabricants de matériel médical, la démarche est plus complexe en ce qui concerne le personnel. Par exemple, j'ai entendu un directeur de centre hospitalier universitaire (CHU) expliquer qu'il avait perdu deux mille infirmières lors de la covid. Disposez-vous de chiffres ou d'indicateurs concernant le personnel, dont les effets sont plus évidents et plus significatifs que les lits ?

Dans une démarche prospective, analysez-vous également les besoins actuels et futurs plutôt que l'offre ? Nous constatons une accélération des maladies chroniques et du vieillissement de la population. La Cour des comptes, récemment auditionnée, a estimé les besoins globaux en santé à 17 milliards d'euros (Md€) supplémentaires d'ici 2030.

Par ailleurs, vous êtes également en charge des modalités de financement. Quelles sont-elles actuellement, notamment pour les hôpitaux ? Un de vos prédécesseurs a été auditionné par rapport à un financement « à la pathologie ». Où en êtes-vous à ce sujet ? Vous avez évoqué le passé ; mais qu'en est-il des besoins actuels et futurs, ainsi que des modalités de financement, notamment de l'hôpital public ?

M. Fabrice Lengart. Concernant les personnels, il est essentiel de rappeler que la Drees est chargée de publier les données de référence sur les personnels hospitaliers et, plus généralement, sur les établissements médico-sociaux. À cet égard, chaque année, nous publions des données sur les effectifs, en termes de nombre de personnes et d'équivalents temps plein.

À ce stade, nous ne diffusons pas de données infra-annuelles sur ce sujet. Cependant, il n'est pas exclu que nous puissions améliorer cela. Nous fournissons en tout cas des informations détaillées sur les effectifs des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ainsi que sur les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs.

En règle générale, les statistiques annuelles sont disponibles dans un délai raisonnable, en ce sens où les effectifs de la fin d'une année n sont connus à la fin de l'année $n + 1$, en tout cas s'agissant des hôpitaux publics. En ce qui concerne la période très récente, en raison d'un changement de source, nous avons affiché un léger retard, puisque les effectifs de fin 2022 ont été publiés en mars dernier. Néanmoins, je suis convaincu que la situation se normalisera prochainement.

Par ailleurs, lorsque nous parlons de « lits hospitaliers » *via* l'enquête statistique annuelle d'établissement, nous ne comptons pas uniquement des meubles. Il est important de comprendre que cette enquête inclut également les personnels associés : c'est ce que nous mesurons. Ainsi, notre statistique sur l'offre capacitaire reflète implicitement un effet de pénurie de personnel si, au moment de l'enquête – par exemple, à la fin de l'année 2022 – un certain nombre de lits ne sont pas disponibles faute de personnel. Cet aspect est bien pris en compte dans notre enquête. En ce sens, le sujet est plus complexe qu'on pourrait le laisser croire et il ne faut pas se laisser abuser par la sémantique.

S'agissant des éléments prospectifs, la Drees réalise environ tous les dix ans des exercices de prospective sur l'activité hospitalière. Le dernier exercice datant de 2017, il est ancien. Même si nous sommes en train de dresser le bilan, celui-ci est bien entendu impacté par les événements survenus à partir de 2020 et la crise sanitaire.

Quoi qu'il en soit, la Drees fait l'effort – non pas chaque année, car cela n'aurait pas de sens – de conduire périodiquement des exercices de prospective en termes d'activité. Ces exercices sont compliqués à mener, car ils tiennent compte des tendances démographiques et

du vieillissement de la population. En outre, ils demandent également un travail assez fin en collaboration avec les médecins. Il faut en effet apprécier, par grands types de pathologie, les tendances sous-jacentes, notamment en matière de maladies chroniques. Finalement, la Drees n'est pas absente de cette dimension prospective en termes hospitaliers, mais elle ne produit pas régulièrement d'études à ce sujet et elle ne l'a pas fait récemment.

S'agissant de la prospective en matière d'offre et de demande de santé, je vous renvoie à un rapport récent produit par le Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui appelle à relancer ce type d'exercice et à y consacrer des moyens plus conséquents que ceux dont nous disposons en période pérenne. En tout cas, le HCAAM a travaillé cette question sur le plan de la méthodologie.

Vous m'avez interrogé sur le mode de financement des hôpitaux. Vous avez auditionné, la semaine dernière, madame Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins (DGOS). Je pense que ce qu'elle a dit est très pertinent et je risque de paraphraser ses propos.

Le mode de financement des hôpitaux, en particulier publics, a considérablement évolué au milieu des années 2000, avec l'instauration de la tarification à l'activité (T2A). Nous sommes aujourd'hui dans une phase d'inflexion, puisque la DGOS travaille à une réforme du financement des hôpitaux publics : cette réforme ne vise pas à supprimer la T2A, ce qui ne semble pas souhaitable, mais à mieux prendre en compte d'autres modes de financement. Il s'agit notamment des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), mais également de trouver des indicateurs qui reflètent davantage les besoins en matière de santé publique et la qualité des soins. La DGOS, qui s'est saisie de ce sujet complexe, s'efforce d'amender ce système de financement pour mieux répondre aux exigences actuelles.

M. Christophe Naegelen. La DGOS a fourni à la commission d'enquête des éléments extrêmement intéressants et je me rendrai prochainement au ministère de la santé pour auditionner plusieurs sous-directions, en ma qualité de rapporteur.

Je souhaiterais que vous puissiez nous envoyer le plus rapidement possible le panorama 2022, dans la mesure où le rapport doit être rendu au mois d'octobre. Cela nous permettra probablement de nous inspirer de quelques chiffres.

Comment sont calculés les délais d'attente ? En visitant les hôpitaux, on voit qu'il est compliqué d'agrèger toutes ces données pour obtenir des éléments précis. Il en va de même pour la question des personnes ayant renoncé aux soins. Notre commission d'enquête sur les difficultés d'accès aux soins à l'hôpital public aborde également, de manière indirecte, l'accès aux soins en médecine de ville, qui constitue souvent la première étape avant l'hôpital.

En quoi les statistiques que vous fournissez influencent-elles les politiques conduites par les agences régionales de santé, sur l'évolution des maternités et des services d'urgences ?

Votre direction existe depuis 1998. Pourriez-vous, si vous ne les avez pas à disposition, nous adresser les éléments suivants : l'évolution des diplômés en faculté de médecine depuis 1998 (de manière générale, et si possible par spécialité), l'évolution de la répartition homme-femme parmi ces diplômés depuis 1998 et l'évolution du nombre de lits fermés depuis 1998 jusqu'à aujourd'hui ? Ces informations sont en effet essentielles pour comprendre les dynamiques actuelles et orienter nos réflexions.

M. Fabrice Lenglard. Vous recevrez bien entendu le panorama des établissements de santé, ainsi que nous en avons l'habitude. La Drees transmet ce panorama à l'ensemble des députés dès qu'il est disponible, en l'occurrence au cours de la seconde quinzaine de juillet au plus tard.

Concernant les délais d'attente, je suppose que votre question porte spécifiquement sur les délais d'attente aux urgences. Deux types d'indicateurs peuvent être construits à ce sujet.

Le premier consiste à exploiter au mieux le RPU. Ce n'est pas une source de données que la Drees exploitait habituellement, car elle sert principalement de base de gestion pour les agences régionales de santé et la DGOS sur le terrain. Toutefois, il est possible de construire des indicateurs à partir du RPU, qui contient un relevé horodaté du moment où la personne arrive ainsi que des différents événements de prise en charge.

Le second est lié à l'enquête « Urgences », qui sera l'objet de publications détaillées à l'automne. L'un des principaux intérêts de cette enquête réside dans le fait qu'elle a été réalisée de manière quasi identique il y a dix ans. Cela nous permettra donc de mesurer l'évolution des délais d'attente aux urgences sur cette période. Compte tenu des informations disponibles et de la situation sur le terrain, il est probable que ces délais aient augmenté. Nous disposerons d'une mesure précise sur ce sujet en septembre. Cette enquête sera extrêmement riche, car elle a consisté en un recensement exhaustif, sur vingt-quatre heures, de tout ce qui se passe dans les services d'urgence en France.

Par ailleurs, vous m'avez interrogé sur l'évolution des diplômés. J'avais omis de le mentionner, mais la Drees produit également des statistiques sur les effectifs médicaux et paramédicaux. Elle mène également des enquêtes auprès des écoles de formation de professionnels paramédicaux et infirmiers.

Concernant les médecins, nous disposons de toutes les séries de données nécessaires. En particulier, nous sommes en mesure de répondre sur l'évolution du nombre de médecins diplômés et sur la répartition hommes-femmes parmi ces nouveaux diplômés.

Qualitativement, la tendance est bien connue. La profession médicale se féminise depuis de nombreuses années. En observant la pyramide des âges des médecins généralistes actuels, on constate qu'elle prend la forme d'une toupie. Les médecins de soixante ans et plus sont très nombreux, tandis que ceux âgés de 45 à 55 ans le sont nettement moins, en raison des politiques de *numerus clausus* des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. À l'inverse, les jeunes générations de médecins sont plus nombreuses. Par ailleurs, cette pyramide des âges se déforme lorsqu'on la représente avec les hommes d'un côté et les femmes de l'autre. Dans les générations les plus anciennes, les médecins hommes sont majoritaires, alors que dans les générations récentes, ce sont les femmes.

Toutes ces informations sont documentées. En ce qui concerne l'évolution des lits fermés, je peux vous fournir des données sur le nombre de lits. Ce que l'on pourrait appeler le « nombre de lits fermés » correspond à la variation du nombre de lits, que l'on peut décliner soit à un niveau totalement agrégé, soit par territoire, par exemple par région ou par département...

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Par services aussi, en termes de médecine et de chirurgie, avec le virage ambulatoire ?

M. Fabrice Lengart. Nous disposons de toutes les informations nécessaires, y compris la mesure du nombre de places disponibles, c'est-à-dire les capacités d'hospitalisation partielle. Notre offre de soins hospitaliers est marquée depuis vingt ans par un phénomène de ciseaux, dans lequel on note une décroissance structurelle du nombre d'hospitalisations complètes, tandis que le nombre d'hospitalisations de jour augmente de manière tout aussi structurelle. Cette évolution est largement due aux progrès de la médecine, permettant de traiter certains patients sans nécessiter une hospitalisation nocturne.

Vous m'avez interrogé sur les effectifs. Nous publions les effectifs hospitaliers. Cependant, une question très prégnante dans le débat public concerne les problèmes de recrutement et les emplois vacants, ce qui explique en partie la fermeture temporaire de certains lits.

Jusqu'à présent, la statistique publique sur ce sujet est restée aveugle – ce sera encore le cas un certain temps, même si nous en voyons le terme - car il n'existait pas de source fiable pour mesurer les emplois vacants. En effet, la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), service relevant du ministère du travail, met en œuvre une enquête trimestrielle sur les emplois vacants dans l'ensemble des fonctions publiques, y compris la fonction publique hospitalière. Je ne désespère pas, en collaboration avec la Dares, que cette enquête couvre non seulement le secteur public, mais également le secteur privé.

Ainsi, à l'horizon de 2026, voire dès la fin de 2025, une nouvelle statistique trimestrielle sur les emplois vacants dans le secteur hospitalier devrait apparaître dans le paysage de l'information statistique. Le système statistique public, dans son ensemble, se prépare à intégrer cette nouvelle statistique, ce qui permettra une meilleure consultation et compréhension des emplois vacants dans le secteur hospitalier.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Même si nous n'obtenons pas les séries rétrospectives, serait-il possible, à défaut, d'avoir une photographie instantanée des demandes d'emplois vacants ? Si vous êtes en train de construire la statistique, l'objectif est de comparer et de suivre l'évolution depuis les dernières années.

Le président Paul Midy m'a demandé de vous poser la question suivante, question également posée à la directrice générale de l'offre de soins et portant sur les indicateurs de suivi de la disponibilité d'accès au système de soins : quels sont les trois indicateurs les plus importants ? Comment faire pour les mettre davantage en évidence pour piloter le système ? À l'instar du taux de chômage pour l'emploi ou du taux de délinquance pour la sécurité, comment pouvons-nous finalement procéder dans le domaine de la santé ?

Par ailleurs, êtes-vous en mesure de fournir le pourcentage d'entrées aux urgences en provenance de la médecine de ville ? En d'autres termes, il s'agit de toutes les personnes arrivant aux urgences sur recommandation d'un médecin de ville. Quel pourcentage de ces entrées aurait pu être pris en charge par la médecine de ville ?

Pour ce qui concerne la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA), pouvez-vous communiquer l'effectif en formation et l'effectif nécessaire ?

M. Fabrice Lengart. Si je comprends bien la question du président Midy, il s'agit de déterminer quel type d'indicateur infra-annuel, de type conjoncturel, pourrait être utilisé pour suivre l'évolution de la situation dans les hôpitaux, en prenant l'exemple des indicateurs économiques.

Il n'est pas nécessaire de multiplier les indicateurs infra-annuels, s'agissant de politiques publiques ayant une vocation pérenne et structurelle. Je ne plaide pas pour une multiplication d'indicateurs mensuels ou trimestriels pour décrire ce qui se passe dans les hôpitaux. Une grande partie des informations peut être retracée par des statistiques annuelles.

Cependant, il est possible de suivre l'activité des hôpitaux de manière infra-annuelle *via* les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) – ce qui est d'ailleurs réalisé. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), organisme sous tutelle de la DGOS, produit ce type d'indicateur, bien que ce ne soit pas toujours visible pour le grand public. Aussi, un effort supplémentaire pourrait être consenti pour mieux valoriser ces indicateurs existants.

Le deuxième point concerne la construction de séries trimestrielles sur l'emploi. De même que dans le domaine économique, où l'on produit des données trimestrielles par grand secteur d'activité, il pourrait être souhaitable de disposer d'une évolution trimestrielle de l'emploi dans les hôpitaux, plutôt que seulement annuelle. Ce n'était pas le cas jusqu'à présent, mais cela va devenir accessible.

En effet, depuis 2022, les fonctions publiques remplissaient uniquement annuellement les déclarations annuelles de données sociales (DADS), avec un certain nombre de renseignements servant à la statistique publique pour construire des données de référence sur l'emploi. Or depuis 2022, les DADS ont basculé vers une déclaration mensuelle *via* la déclaration sociale nominative (DSN). Par conséquent, ce qui était déclaré annuellement par les établissements hospitaliers est désormais déclaré implicitement tous les mois. Il est donc possible d'engager un travail qui n'est pas immédiat, mais qui demande un certain temps. À moyen terme, nous pouvons envisager de construire des séries trimestrielles d'emploi. Je ne plaide pas pour aller plus loin.

La vacance de certains emplois peut être liée à des facteurs conjoncturels. Nous allons aider la Dares, sur la partie santé, afin de faire progresser l'appareil statistique et d'être en mesure de fournir un discours trimestriel sur les emplois vacants d'ici la fin de cette législature. Il s'agit là d'un progrès indéniable.

Par ailleurs, peut-être faudrait-il rendre plus lisible la conjoncture dans les services d'urgence, puisque la matière première existe. Nous pourrions réfléchir à rendre plus visible ce qui se passe en termes d'activité dans les services d'urgence de façon infra-annuelle. Si la Drees s'est emparée des RPU, c'est précisément parce qu'elle travaille à « nettoyer » ses données sur le plan statistique et à les « recalculer » sur des données annuelles issues de la statistique annuelle des établissements. Cela permettrait, au moins pour le passé, de disposer d'une description relativement fine de l'activité aux urgences sur le territoire, et donc de comparer les différents événements qui peuvent survenir avec un passé plus ancien.

M. Éric Alauzet (RE). Nous examinons la capacité d'accueil des hôpitaux. En tenant compte de la dégradation observée ces dernières années, qui est également partagée avec la médecine en contexte épidémique, peut-on, sans risque de biais, analyser l'évolution de l'offre de soins à l'hôpital en la dissociant de ce qui se passe en médecine de ville ?

Nous avons évoqué la question des urgences, mais il ne s'agit pas uniquement de cela ; de nombreux autres sujets sont concernés. Actuellement, dans de nombreux endroits, les spécialistes ne sont plus présents en ville et le patient fait directement appel aux spécialistes à l'hôpital.

Il est donc crucial de déterminer si les problèmes constatés sont intrinsèques à l'hôpital ou s'ils résultent d'un problème de « vases communicants » entre les différents acteurs de soins. Cette complexité rend l'analyse plus difficile. Disposez-vous d'indicateurs permettant de mesurer la diminution de l'offre de soins à l'hôpital parallèlement à celle de la médecine de ville ? Cela permettrait de mieux comprendre la situation et de voir comment ces deux aspects interagissent éventuellement.

Mme Géraldine Bannier (Dem). Disposez-vous de statistiques sur l'accès des femmes à des médecins spécialisés, notamment des gynécologues ? Quelles sont les implications de cet accès sur la prévention des cancers de l'utérus et sur le suivi de l'infertilité ? Dans mon département, il est fréquent que les jeunes filles, dont les mères ne sont pas suivies par un gynécologue, rencontrent des difficultés à consulter un spécialiste. Bien que des gynécologues d'urgence soient disponibles dans les hôpitaux, l'accès à ces professionnels reste problématique. Existe-t-il des statistiques à ce sujet ?

Par ailleurs, je souhaite attirer l'attention sur les statistiques concernant les personnes non admises aux urgences. Ces personnes, qui devraient être prises en charge, sont parfois renvoyées chez elles, ce qui peut entraîner des conséquences dramatiques. Dans nos départements, par exemple, l'attente pour un lit en psychiatrie peut mener à des suicides.

De plus, certaines personnes sont renvoyées chez elles durant le mois d'août, faute de moyens adéquats. Existe-t-il des statistiques sur ces personnes qui devraient être admises aux urgences, mais qui ne le sont pas ?

Mme Sophie Blanc (RN). Le rapport annuel 2023 de la Drees sur la consommation des soins et des biens médicaux, publié en février 2024, offre une analyse détaillée de l'évolution des dépenses de santé dans notre pays. Il met en évidence une augmentation globale de ces dépenses. Selon vous, quels sont les principaux facteurs expliquant cette hausse ?

Par ailleurs, les innovations dans le domaine médical et technologique peuvent entraîner un impact significatif sur les dépenses de santé. Quelle influence, selon vous, les nouvelles technologies et les médicaments innovants ont-ils sur l'évolution des coûts ? Comment la Drees évalue-t-elle l'impact de ces innovations sur le budget de la santé ?

M. Fabrice Lenglard. La problématique ville-hôpital est fondamentale et je me permets de vous renvoyer également à ce qu'a pu dire madame Marie Daudé sur le sujet. Il est indispensable de penser à l'organisation globale de l'offre de soins. De ce point de vue, il est indéniable qu'il faut analyser les choses ensemble.

Le premier exemple concerne les initiatives des pouvoirs publics pour améliorer l'accès aux soins primaires, notamment avec les services d'accès aux soins (SAS). Ces derniers visent à mieux orienter les patients et à éviter l'engorgement des urgences, en assurant, dans certains cas, l'accès aux soins par la médecine de ville.

Un autre exemple pertinent est lié à la question de la propension des patients à consulter la médecine de ville avant ou après leur passage aux urgences. La Drees a publié une étude à ce sujet en 2021 : basée sur les données de santé des personnes passées par les urgences en 2017, cette étude révèle que la grande majorité de ces patients n'ignorent pas la médecine de ville. En effet, la plupart d'entre eux ont consulté un médecin généraliste dans les douze mois précédant leur arrivée aux urgences. De plus, dans un grand nombre de cas, une consultation avec un médecin généraliste ou un spécialiste a lieu dans la semaine ou les deux semaines

suivant le passage aux urgences. À ce titre, il ne faut pas considérer que l'engorgement des urgences est à mettre en perspective avec le fait que les patients ne consultent pas leur médecin de ville ou leur médecin traitant. Cette étude s'inscrit en faux contre cette idée. Par ailleurs, elle démontre que la consommation de soins de santé, notamment les consultations de médecins généralistes, est plus élevée chez les personnes ayant fréquenté les urgences en 2017 que chez celles qui ne les ont pas fréquentées. Je fournirai les références de cette étude, disponible en ligne, qui sont, à mon avis, assez éclairantes sur ce sujet.

Concernant l'accès des femmes à l'offre de soins, je n'ai pas en tête d'étude très détaillée sur ce thème. Cependant, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) travaille à l'élaboration d'indicateurs d'accessibilité pour les médecins généralistes et les sages-femmes. La Drees publie également des indicateurs permettant de mesurer l'accessibilité locale aux sages-femmes. À ma connaissance, l'Irdes mène une étude similaire sur certaines spécialités, notamment la gynécologie, mais je n'ai pas encore les résultats, car l'étude est en cours.

Quant au non-accès aux urgences, il est très difficile de le mesurer. Je ne nie pas l'existence de cas individuels de ce type, mais je doute qu'ils soient statistiquement significatifs.

Un certain nombre de personnes qui se sont rendues aux urgences ces dernières années ont pu constater une dégradation de l'accessibilité, notamment en termes de temps d'attente et de disponibilité de lits. Cependant, je ne suis pas certain que l'on ait refusé l'entrée aux urgences à quelqu'un de manière significative. À mon avis, ces cas restent très minoritaires, mais je n'ai pas de données statistiques précises sur ce point.

Les dépenses de santé ont fortement augmenté en France depuis la crise sanitaire. Cette hausse est principalement due à l'épidémie de covid-19 en 2021, qui a engendré un surcroît de dépenses. Tout cela est parfaitement documenté. Depuis, les dépenses de santé ont suivi des évolutions plus traditionnelles, mais la hausse provoquée par la covid ne s'est pas inversée. Deux phénomènes expliquent cette situation : premièrement, la revalorisation des personnels hospitaliers, notamment à travers le « Ségur de la santé », représente plusieurs milliards d'euros ; deuxièmement, le choc inflationniste a également entraîné des surcoûts pour les établissements hospitaliers. Je vous renvoie aux propos de la directrice générale de l'offre de soins sur ce sujet.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous avez indiqué que les personnes se rendant aux urgences avaient consulté leur médecin dans les douze derniers mois. Toutefois, la question portait sur la consultation dans l'heure précédant leur arrivée aux urgences. S'agit-il de patients ayant consulté leur médecin de ville, lequel les aurait ensuite dirigés vers les urgences ? S'agit-il de personnes se rendant directement aux urgences sans passer par un médecin de garde ou sans avoir consulté leur médecin dans l'heure ou la journée précédente ?

Par ailleurs, vous n'avez pas abordé la question de la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA), notamment en ce qui concerne les effectifs en formation et les objectifs à atteindre.

M. Fabrice Lenglard. L'étude à laquelle je fais référence ne concerne pas l'heure précédente, mais plutôt le mois ou la semaine précédant l'événement. Ma mémoire me fait défaut dans le détail, mais je vous encourage vivement à consulter cette étude intéressante et approfondie.

Si la question porte véritablement sur l'heure précédente, je ne suis pas en mesure de fournir une réponse précise aujourd'hui. J'imagine toutefois que cela concerne une minorité de cas. Par ailleurs, je pense que la mise en place des SAS devrait permettre de générer des bases de données administratives. Ces dernières permettront de répondre de manière plus précise à la question de la proportion de patients orientés, selon leurs déclarations téléphoniques, vers un service d'urgence, une consultation d'urgence en cabinet de ville, ou bien une consultation le lendemain ou dans la semaine suivante. En tout cas, l'étude à laquelle je fais référence ne traite pas de ce mode de fonctionnement.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Je vous remercie.

Membres présents ou excusés

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

Réunion du mercredi 5 juin 2024 à 15 heures

Présents. – M. Éric Alauzet, Mme Géraldine Bannier, Mme Sophie Blanc, Mme Julie Delpech, Mme Mathilde Hignet, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Matthieu Marchio, M. Benoit Mournet, M. Christophe Naegelen, M. Jean-Claude Raux, Mme Stéphanie Rist

Excusés. – Mme Mélanie Thomin