

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 des affaires sociales

- Audition de M. François Braun, ministre de la santé et de la
prévention, sur la situation des services d'urgences 2
- Informations relatives à la commission 31
- Présences en réunion 33

Mardi

2 août 2022

Séance de 21 heures

Compte rendu n° 8

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2021-2022

**Présidence de
Mme Fadila Khattabi,
Présidente**



La réunion commence à vingt-et-une heures.

La commission entend M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention, sur la situation des services d'urgences.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur le ministre de la santé et de la prévention, vous êtes la première personne que notre commission auditionne dans cette législature et nous sommes honorés de vous accueillir. Nous vous remercions d'avoir accepté ce rendez-vous, initialement programmé mardi dernier mais dont nous avons préféré qu'il se déroule à une autre date que l'examen en séance publique du projet de loi de finances rectificative.

Nous recevrons rapidement vos collègues chargés du travail et des solidarités. Mais l'unanimité s'est faite pour vous entendre au plus vite, en particulier sur la situation des urgences, plus de deux ans après le début d'une pandémie qui a mis à rude épreuve nos concitoyens et l'ensemble du système sanitaire.

Mme Brigitte Bourguignon, qui vous a précédé dans vos fonctions, vous avait confié une mission « flash » sur les urgences et les soins non programmés dont vous avez remis fin juin les conclusions, comprenant quarante et une recommandations pour l'été. Vous êtes le mieux placé pour présenter ce travail, pour nous dire les conséquences que le Gouvernement entend en tirer et pour indiquer, au-delà de cet été, vos orientations pour améliorer de façon structurelle l'organisation de ces soins.

M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention. Je suis honoré de m'exprimer le premier devant la commission des affaires sociales sur un sujet que je connais bien et qui est au cœur des préoccupations de nos concitoyens. Nos urgences sont le symptôme aigu d'une crise plus large que traverse le système de santé : en amont, avec la question du partage de la permanence des soins ; en aval, avec la difficulté à ouvrir des lits faute de personnel. Toute analyse qui n'adopterait pas cette vision large manquerait le sujet.

Cet été, les difficultés que rencontrent les urgences prennent une acuité particulière à la suite de la crise sanitaire qui éprouve notre pays et nos soignants depuis plus de deux ans. Ce phénomène n'est pas propre à la France. La crise a redonné du sens au travail des soignants, tous engagés pour prendre en charge les personnes malades, mais aussi mis en exergue les fragilités de notre système. Celles-ci tiennent à des tensions importantes sur le plan de la démographie médicale ainsi qu'à des mouvements sociétaux profonds, s'agissant en particulier de la pénibilité du travail moins bien acceptée qu'hier.

Nous devons regarder en face ces fragilités : je ne serai pas le ministre qui niera les réalités. Je souhaite les qualifier, trouver et évaluer des solutions, pour que notre effort réponde efficacement aux besoins des Français. Mon ambition est de fonder un nouveau modèle pour répondre toujours mieux aux besoins de santé de nos concitoyens, partout sur le territoire, aujourd'hui et demain. Il s'agit de passer d'une logique de l'offre, qui tend à devenir concurrentielle, à un système fondé sur les besoins de la population, qui se place du point de vue du patient et de son entourage, pour mieux prévenir, dépister, soigner et accompagner. Je souhaite que nous développions une culture de la prévention : prévenir et dépister précocement les pathologies, c'est une vie en meilleure santé, en particulier concernant les personnes les plus modestes pour qui il est souvent plus difficile de prévenir que de guérir.

Cette œuvre de refondation sera un travail collectif, qui demandera un certain courage et qui devra réunir soignants, soignés et élus aux côtés de l'État. C'est l'objet de la conférence des parties prenantes dont nous préparons les contours pour un lancement à la rentrée, et à laquelle vous serez naturellement associés. À cet égard, je me réjouis de la création de votre groupe de travail sur l'accès aux soins. Nous aurons à cœur de travailler, au-delà des étiquettes politiques, avec l'ensemble de la représentation nationale pour faire avancer cette cause qui nous tient tous à cœur. Les Français exigent que nous avancions ; il est temps.

Avant de présenter le plan « été » des urgences et des soins non programmés, je tiens à couper court à tout débat : l'accès aux urgences à ceux qui en ont besoin est garanti. Je réfute le terme de tri et, surtout, la philosophie malveillante sous-entendue par ceux qui l'utilisent. Chaque Français continuera à être pris en charge si nécessaire. Je suis médecin urgentiste : comment penser que je pourrais vouloir autre chose que soigner au mieux tous les Français, selon leurs besoins ? C'est précisément ce terme de besoin qui compte. Pour que chaque citoyen soit soigné de la manière adaptée et efficace, l'orientation en fonction du besoin est primordiale. Ce n'est pas une dégradation de l'accès aux soins ; c'est au contraire une meilleure organisation de notre système au service des patients. C'est tout l'état d'esprit du plan que je présente aujourd'hui.

Pour élaborer cette boîte à outils pour l'été, j'ai eu à cœur d'aller sur le terrain et d'y voir ce qui fonctionne ou non. Des solutions durables et innovantes émergent chaque jour, conçues par des professionnels engagés, qui ont la passion de leur métier. Je m'en suis beaucoup inspiré. Cette boîte à outils est riche de nombreuses mesures. Les territoires disposent de nouveaux leviers pour garantir une réponse adaptée aux besoins de santé tout au long de l'été. Ils sont parfois techniques : je concentrerai donc mon propos sur quelques mesures structurantes, et je serai à votre disposition pour détailler l'ensemble des autres.

Tout d'abord, je confirme le diagnostic posé avant la crise par les rapports de Jean-Yves Grall puis, en 2019, de Thomas Mesnier et Pierre Carli. Les urgences sont le point de convergence des difficultés de la ville et de l'hôpital. Par conséquent, elles sont le révélateur d'une crise plus profonde, qui touche l'ensemble du système – démographie médicale inadaptée ; offre de soins inadéquate ; mauvaise articulation entre l'amont, la médecine de ville, et l'aval, l'hôpital ; déserts médicaux ; perte de sens et d'attractivité de certains métiers. Les urgences sont en quelque sorte la partie émergée de l'iceberg. À beaucoup, elles apparaissent le seul recours ; cette situation mine la capacité du système entier à bien traiter les patients qui ont réellement besoin d'un tel plateau technique. Redonner à chacun son rôle, c'est permettre aux patients d'être mieux soignés et aux professionnels de faire leur travail efficacement et sereinement.

Face à ce défi, voici les solutions que nous proposons.

Premièrement, mieux orienter les malades en amont. Pour cela, l'appel aux urgences, par le numéro 15, doit devenir un réflexe pour les Français – en cas de détresse naturellement, mais aussi lorsque, devant une situation aiguë, le médecin traitant n'est pas joignable. Ce numéro doit permettre d'orienter le patient selon son besoin, qui peut être, ou non, les urgences, car ce n'est pas au patient de savoir si son symptôme est une urgence. Pour faire du 15 un réflexe, des messages pédagogiques sont diffusés, sur les radios notamment, relayés par les agences régionales de santé (ARS), afin d'inciter les Français à y recourir avant de se déplacer à l'hôpital. Au bout du fil, ils trouveront soit le service d'aide médicale urgente (SAMU) soit un service d'accès aux soins (SAS) plus large, que nous entendons développer au-delà des vingt-deux sites pilotes, pour orienter le patient vers la solution disponible la plus adaptée. En parallèle, nous encourageons le recrutement d'assistants de régulation médicale (ARM), qui ont

vocation à armer le dispositif d'orientation en transmettant l'appel à un médecin régulateur, urgentiste ou généraliste. En outre, nous améliorons la rémunération des médecins libéraux qui participent à la régulation au sein du SAS.

Notre deuxième priorité, en aval, est de libérer des capacités d'accueil en soins non programmés. La mobilisation solidaire de la ville et de l'hôpital est, en effet, indispensable pour désengorger les urgences. À cette fin, nous attribuons de manière temporaire un supplément de 15 euros pour tout acte effectué par un médecin libéral à la demande de la régulation du SAMU ou du SAS pour un patient hors patientèle – la majoration existe déjà pour une personne de la patientèle. Les médecins nous ont indiqué que la valorisation de leur participation aux consultations orientées par le SAS ou le SAMU représentait un frein à leur engagement : nous améliorons donc notre soutien. À eux de montrer que la mesure est utile et qu'elle renforce la mobilisation au service des Français ! L'objectif est de les inciter à libérer des plages horaires pour l'accueil de ces patients, qui n'ont pas vocation à être pris en charge aux urgences.

Notre troisième axe consiste à encourager le déploiement d'une offre cohérente de soins sur l'ensemble du territoire. Pour que nos concitoyens soient bien soignés rapidement, il faut un maillage et une articulation qui mobilise efficacement l'ensemble des professionnels, libéraux comme hospitaliers, publics comme privés, médecins comme paramédicaux. Pour ce faire, les mesures sont nombreuses ; elles incluent la possibilité pour un ambulancier d'amener un patient vers un cabinet de médecine libérale ou une maison médicale de garde, ainsi que les expérimentations de télé-médecine et de suivi médical à distance. Nous facilitons également les admissions directes en service hospitalier, l'hébergement d'urgence en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD).

Plus largement, l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé doit se faire à l'échelle du territoire. Nous demandons que les spécialistes, privés comme publics, soient associés, sous la coordination de l'ARS, car la pénibilité des gardes de nuit et de fin de semaine ne peut reposer uniquement sur le service public.

La pénibilité du travail de nuit dans les établissements publics ne doit pas être oubliée. Ces femmes et ces hommes font un travail difficile et courageux. Nous avons eu à cœur d'en renforcer la reconnaissance en doublant les majorations de nuit pour les personnels soignants et en revalorisant de 50 % les gardes pour les médecins pendant trois mois.

La mise en œuvre du plan est bien entamée. Il s'agit de mesures temporaires, jusqu'à la fin du mois de septembre, qui permettront aux services des urgences partout en France de passer l'été dans les meilleures conditions. J'ai adressé une instruction aux ARS et à l'ensemble des services de l'État, le 10 juillet, pour leur demander de veiller au déploiement rapide des mesures les plus adaptées à leur territoire. Les textes publiés offrent la souplesse nécessaire à la réponse estivale. La réussite reposera toutefois sur un engagement collectif. C'est pourquoi j'ai également demandé aux ARS d'associer l'ensemble des acteurs – préfets, élus locaux, professionnels de santé, représentants des patients et leurs familles – à ce déploiement.

Une fois le plan mené à bien, il faudra en tirer les leçons. Par conséquent, son impact sur les Français sera mesuré et évalué tout l'été. Par la suite, nous envisagerons de pérenniser ou de généraliser des dispositions en fonction des résultats obtenus. Selon la même logique, celles qui n'auront pas démontré leur efficacité ne seront pas reconduites. C'est dans cette optique que j'installerai prochainement un comité de suivi et d'évaluation du plan d'urgence. Afin de construire une vision véritablement partagée, il associera patients et professionnels de

santé, mais aussi représentants des services de l'État et élus. Il sera l'occasion de se projeter vers une réforme du système de santé et de nourrir les travaux de la conférence des parties prenantes souhaitée par le Gouvernement.

Ce plan est ainsi un plan d'urgence, mais aussi une première pierre pour refonder et renforcer notre système de santé. Nous en tirerons toutes les leçons, et je me réjouis d'y travailler avec vous dans les mois qui viennent. Je ne doute pas que nous saurons être au rendez-vous de ce défi collectif.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Monsieur le ministre, je tiens à vous féliciter de votre nomination au Gouvernement ainsi que de la qualité de votre analyse de la situation dans les urgences, qui fournit une boîte à outils à employer dans nos territoires.

Vous soulignez que, pour désengorger les services d'urgences, il est essentiel de parvenir à fluidifier les sorties. En d'autres termes, c'est souvent l'aval qui pêche. Il est assez banal de trouver dans ces services, faute de lits adaptés à leur prise en charge, de nombreux patients qui ne relèvent pas ou plus de l'urgence – bien souvent des personnes âgées auxquelles nous ne parvenons pas à proposer une prise en charge adaptée, en établissement ou à domicile.

Dès l'automne, nous devons absolument traiter cet enjeu. Cela pourra être l'un des objectifs du groupe de travail sur l'autonomie créé au sein de notre commission dans le but d'identifier les sujets sur lesquels avancer dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

La question du parcours de soins en aval des urgences doit nous interroger plus largement sur la prise en charge des personnes âgées dans le contexte du vieillissement de la population. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), il y aura près de 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 60 % de plus qu'en 2015. Pour faire face à ce défi démographique, nous devons innover et diversifier les modalités de prise en charge si nous voulons que notre système de santé tienne le choc à moyen et long terme. Comment rendre plus fluide le parcours de soin des personnes âgées en aval des urgences ? Comment seront-elles soignées dans les années qui viennent, et par qui ?

M. Freddy Sertin (RE). Nous sommes tous concernés par ce qui se passe en milieu hospitalier et, plus généralement, au sein de notre système de santé. Si un budget élevé a été consacré aux mesures du pacte de refondation des urgences – 750 millions d'euros jusqu'en 2022 –, la pandémie a freiné la mise en œuvre de certaines de ses recommandations et de nouveaux besoins sont apparus. Nous appelons donc à réagir et à faire vite. C'est dans ce contexte que le Président de la République et la ministre Brigitte Bourguignon vous avaient confié une mission « flash ». Nous connaissons votre attachement à la restructuration de l'offre de soins, qui souffre de problèmes structurels et de défauts de coordination.

Au nom du groupe Renaissance, je salue la qualité de la mission menée. Vos quarante et une recommandations, toutes retenues par la Première ministre, posent les bases d'une consultation plus vaste et territorialisée que vous lancerez en septembre, avec notre soutien, avec la conférence des parties prenantes. Il importe d'avoir une vision de son objet ainsi que de la façon dont nous pourrions en organiser les débats et identifier des solutions concrètes. Cette consultation, qui réunira sous l'égide de l'État l'ensemble des acteurs de la santé et des élus d'un territoire donné, permettra une concertation objective, dépassant les

clivages entre public et privé, et replaçant au centre des débats nos concitoyens et leur souhait d'accéder à des soins de proximité.

Au-delà des services et des moyens matériels, ce sont surtout les professionnels de santé qui méritent que nous nous engageons pleinement en adaptant les effectifs aux organisations et en reconnaissant la pénibilité de leur métier. Dans l'attente de cette concertation, certaines ARS ont déjà déployé des dispositifs. Avez-vous des éléments à ce sujet ? Enfin, quelles sont les mesures pour une meilleure coopération entre établissements publics et privés s'agissant des urgences et de l'orientation, pour des prises en charge médicales et chirurgicales de proximité ?

M. Victor Catteau (RN). Notre système de soins est complètement défaillant. Ses insuffisances ne se comptent plus. Le Président de la République a fait fermer 18 000 lits. 30 % des postes ne sont pas pourvus. 7,4 millions de Français vivent dans un désert médical. Que fait le Gouvernement ? Nous ne pouvons pas dire qu'il ne fait rien, mais il fait trop peu et mal. Inutile de multiplier les exemples : il suffit de rappeler qu'en 2020, en pleine épidémie de covid-19, le Président de la République a décidé de fermer 5 700 lits d'hospitalisation complète, destinés aux patients qui passent plus d'une journée à l'hôpital. Nous fonçons droit dans le mur.

Et pourtant, monsieur le ministre, des propositions, nous en avons et vous pourriez vous en inspirer. Avec nous, le salaire des infirmiers et des personnels hospitaliers non concernés par le Ségur de la santé serait augmenté pour atteindre la moyenne européenne. Avec nous, des places supplémentaires seraient créées au sein des instituts de formation en soins infirmiers et des centres de formation d'aides-soignants. Avec nous, une gouvernance bicéphale associerait le directeur d'hôpital, pour les aspects administratifs, et un médecin, pour les questions médicales. Avec nous, les ARS seraient supprimées et la tutelle des hôpitaux à nouveau confiée aux préfets de région.

Ces propositions, adoptées, permettraient de fournir à l'hôpital public des moyens pour être efficace, faire face à l'épidémie et au manque de reconnaissance des personnels, et traiter dignement les Français. Ce n'est pas parce que vous avez provoqué l'hémorragie de l'hôpital public que vous ne pouvez pas la stopper.

Mme Caroline Fiat (LFI-NUPES). Monsieur le ministre, en juillet 2019, j'énumérais à la tribune le nombre de services des urgences en grève, dont celui du centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville, que vous connaissez. La situation, déjà, était catastrophique. Depuis, rien ne s'est amélioré. Tout a empiré. Je pourrais désormais énumérer les services des urgences fermés. Deux ans de crise du covid-19 et des épisodes de canicule à répétition n'ont rien arrangé.

Partout dans votre rapport, on retrouve le champ lexical de la finance : « optimisation », « programmation », « plus-value », « contractualisation », « régulation », la palme revenant à « *bed management* ». Quand comprendrez-vous que les urgences n'ont pas à être traitées comme la filiale non rentable d'une entreprise ? Vous avez pourtant été, paraît-il, urgentiste, dans une autre vie qui semble bien lointaine.

Les urgences souffrent d'un manque de moyens et de personnel. En outre, vous ne traitez nulle part, dans votre rapport, du problème des déserts médicaux. Votre solution, pour que les urgences fonctionnent mieux, se résume à une formule : « Merci de ne pas vous y rendre ». Êtes-vous conscient des conséquences ? Vous mettez en danger la vie des patients !

Vous souhaitez mesurer ? Mesurons ! Vous avez sûrement entendu parler du couple de parents auquel on a refusé l'accès aux urgences, alors même que leur bébé souffrait de problèmes respiratoires. Ils ont eu la peur de leur vie. Profondément choqués, ils restent traumatisés de cette expérience. Heureusement, l'histoire s'est bien terminée, mais qu'auriez-vous eu à leur répondre si cette nuit-là s'était tragiquement terminée ?

Ma question est simple : êtes-vous conscient de l'inhumaine responsabilité que vous faites peser sur les personnels des urgences, qui, à cause de votre politique de casse de l'hôpital public, doivent toujours plus choisir entre qui sera soigné et qui ne le sera pas ?

M. Philippe Juvin (LR). Monsieur le ministre, la question n'est pas que l'accès aux urgences soit garanti – c'est heureux ! –, mais la qualité de l'accueil. Quand vous étiez responsable de sociétés savantes, vous avez lancé le *No bed challenge* consistant à compter, chaque nuit, les Français dormant sur un brancard dans un service d'urgences. Au cours des trois premiers mois de 2018, vous en avez dénombré jusqu'à 120 000. Or, la qualité des soins est notre priorité.

Il y a, premièrement, un problème de nombre de médecins. Le Royaume-Uni vient de faire passer de 10 000 à 20 000 le nombre de praticiens formés par an. Un médecin formé aujourd'hui ne fait pas le même travail qu'un médecin formé il y a trente ans : il travaille moins et différemment.

Il y a, deuxièmement, un problème de conditions de travail. Les infirmières diplômées d'État (IDE) sont 30 % à cesser de travailler dans les cinq ans qui suivent leur diplôme. Il y a là une question de ressources humaines. Or, dans la plupart des hôpitaux, nous avons des services du personnel, mais pas de service de ressources humaines. Peut-être pourrions-nous travailler sur la différenciation des rémunérations de ceux qui travaillent chaque jour et de ceux qui ne travaillent que le jour, bref sur la différenciation entre jour et nuit.

Par ailleurs, j'aimerais vous interroger sur le plan national de réponse à une menace de variole, dont la dernière mise à jour date de 2006. Existe-t-il toujours, dans l'hypothèse d'une résurgence de la variole à visée terroriste ? À l'époque, il disait que la France disposait de 72 millions de doses et fixait l'objectif de vacciner 60 millions de Français en quatorze jours. En sommes-nous capables ?

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Monsieur le ministre, dans votre mission « flash », vous avez apporté un éclairage bienvenu sur le niveau de tension de nos services d'urgences, ainsi qu'une boîte à outils et des pistes de travail pour remédier aux difficultés. Vous faites état, dans votre rapport, d'un déficit de l'offre de soins, d'une pénurie de médecins urgentistes et de recours inappropriés aux urgences comme principales causes de la crise.

En sus des mesures temporaires que vous proposez, ce constat nous invite à réfléchir, sur le long terme, à la place d'un système de soins non programmés et urgents pour des pathologies n'engageant pas le pronostic vital tout en nécessitant un plateau technique léger. Si les patients se tournent vers les urgences pour de telles pathologies, en dépit des longues heures d'attente, c'est d'abord parce que l'offre de ville n'est pas outillée ; c'est ensuite parce que les urgences offrent souplesse et facilité en l'absence de contraintes horaires ; c'est enfin parce que le patient est certain, à l'issue de l'attente, de bénéficier d'examen complémentaires sur place, d'un avis spécialisé et, si nécessaire, d'un diagnostic précis et d'une prise en charge complète, grâce aux plateaux techniques dont disposent ces structures, qui évitent de nombreux allers-retours entre différents professionnels de santé. Si l'un de

nous, ce soir, est victime d'une chute entraînant une plaie au genou et une incapacité à se relever, il sera dirigé vers un service d'urgences alors même que la médecine de ville peut prendre en charge ces pathologies.

Depuis 2019, je défends une solution, travaillée avec Jean-Yves Grall, à ce problème des soins non programmés n'engageant pas le pronostic vital. Nous pouvons pérenniser les structures dédiées à ces prises en charge grâce une identification et à une labellisation : il s'agit des points d'accueil pour soins immédiats, qui existent sous diverses dénominations dans plusieurs territoires. Des médecins de ville y disposent d'un plateau technique minimal, comprenant des services de radiologie, de biologie et du matériel permettant d'administrer des soins tels que les sutures et les immobilisations.

La proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de points d'accueil pour soins immédiats, adoptée par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, ne demande qu'à poursuivre son chemin parlementaire. Elle permettrait de répondre à une demande pressante des patients et de résoudre des problèmes de santé grâce à une organisation territoriale moderne de la médecine.

M. Arthur Delaporte (SOC). Madame la présidente, je vous remercie d'avoir organisé cette audition sollicitée par mon groupe.

Nous aurions mille questions, monsieur le ministre ; je vous en poserai seulement deux. Auparavant, parce que votre rapport est technique et parfois désincarné, j'aimerais évoquer le cas d'une Française parmi des centaines de milliers d'autres. Une habitante de ma circonscription, âgée de 80 ans et atteinte d'un cancer, a contracté une pyélonéphrite la semaine dernière. Elle a passé trente-six heures d'angoisse à attendre sur un brancard aux urgences, au milieu des cris des patients, des soignants et des médecins, compatissants mais désemparés. C'était la semaine dernière au centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen ; c'était la semaine dernière partout en France. Elle a côtoyé d'autres patients dont certains attendaient depuis quarante-six heures. Quatre-vingt-dix patients étaient en attente pour treize lits. On en a compté 15 000 en France depuis le 1^{er} janvier. Comment peut-on se résigner à cela ? Votre rapport a le mérite de traiter la question centrale des urgences, mais chacun sait qu'un goulet d'étranglement se situe en aval et que c'est en raison d'un manque de bras, de lits, de salaires attractifs, de moyens et de considération que nous connaissons cette crise.

Ma première question porte sur la permanence des soins, à propos de laquelle votre rapport est quasi muet. Passé minuit, il n'y a plus de médecin de garde dans vingt-neuf départements. Pourquoi ne vous prononcez-vous pas pour le retour de l'obligation de la permanence des soins ?

Ma seconde question porte sur l'absurdité du forfait patient urgences (FPU), en vertu duquel tout accès aux urgences non suivi d'une hospitalisation est facturé 19 euros. Il s'agit d'une politique inégalitaire et irresponsable. Comptez-vous mettre fin au FPU pour éviter la rupture de l'accès aux soins, ce qui doit être notre premier objectif ?

M. Frédéric Valletoux (HOR). L'accès aux soins est la question centrale posée à notre système de santé. L'hôpital est un grand corps malade mais le système de santé libéral ne se porte pas mieux. L'un des facteurs de la crise est la démographie médicale, qui induit une pénurie de soignants. L'hôpital accueillant 20 millions de personnes par an, il est toujours possible de trouver quelque chose qui ne fonctionne pas. Il faut s'extraire des cas particuliers au profit d'une approche générale comme dans votre rapport, monsieur le ministre.

La conférence des parties prenantes doit être un point de départ, si j'ai bien compris, pour adopter un nouveau modèle dont le besoin est amplement documenté. Comment sera-t-elle organisée ? Quelle sera la feuille de route donnée à ses acteurs ? Il faut éviter de la centrer sur l'hôpital, dont les maux résultent des dysfonctionnements du système de santé dans son ensemble. Quels seront les priorités et le calendrier ? L'une des réussites du Ségur de la santé est d'avoir cadré les discussions dans un temps limité, de l'ordre de quelques semaines, au cours duquel s'imposait la quasi-obligation de trouver des consensus. Je plaide pour un calendrier resserré. Est-ce votre intention ? Par ailleurs, comment s'articulera ce calendrier avec ceux du prochain PLFSS et de la négociation de la prochaine convention médicale entre la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les syndicats de médecins ?

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo-NUPES). Monsieur le ministre, je suis ravie que vous évoquiez la prévention. J'espère que vous l'appliquez à la santé environnementale, notamment aux zoonoses, ainsi qu'à l'impérieuse nécessité de préserver nos écosystèmes.

De la pénurie de généralistes aux difficultés des urgences, le système de soins à l'hôpital est au bord de la noyade. Voici quelques chiffres issus de mes discussions avec le personnel et les syndicats des Hospices civils de Lyon. Le nombre de lits d'aval a baissé depuis l'an dernier, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 5 % par rapport à la période pré-covid, et le temps d'attente, supérieur à six heures, a augmenté de trente-six minutes par rapport à 2020. Le taux d'hospitalisation reste très élevé.

Chacun ici partage le constat de l'état catastrophique de notre système de soins, en ville comme dans les zones rurales. Quelle solution proposez-vous ? Vous êtes nouvellement ministre mais, compte tenu du dernier mandat présidentiel, il est difficile de trouver de vraies raisons d'espérer au moment d'engager les discussions : votre majorité a activement contribué à mettre en difficulté de ce service public, allant jusqu'à continuer de fermer des lits en pleine pandémie. Vous parlez de recommandations et d'un plan d'urgence pour passer l'été, mais visiblement, cela ne passe pas. La semaine dernière, un enfant en détresse respiratoire n'a pas pu franchir les portes du service des urgences des Sables-d'Olonne. L'enfant et ses parents sont littéralement restés bloqués devant un sas fermé, avant d'être dirigés vers le SAMU, puis vers les sapeurs-pompiers, qui les ont réorientés vers le SAMU, chacun se renvoyant la balle. Au CHU de Bordeaux, présenté comme un modèle de régulation de l'accès aux urgences, le 15 est en sous-effectif et menace de craquer. La situation est catastrophique ; quelles actions pour y remédier ?

M. Pierre Dharréville (GDR-NUPES). Monsieur le ministre, nous vivons en mode dégradé depuis longtemps. La feuille de route que vous vous êtes concoctée en prend acte et elle institue ce mode dégradé en solution. Les urgentistes que je rencontre, qui chaque jour font des miracles, ne voient là rien de miraculeux. Vous avez, paraît-il, beaucoup conseillé le Président de la République. Il faut reconnaître que ce n'est pas votre action de ministre qui a fabriqué cette situation, mais bien le choix répété de compresser les dépenses de santé, de supprimer des lits à l'hôpital public, de refuser de former les médecins dont nous avons besoin et de ne pas embaucher comme il le faudrait : des politiques libérales, en fait.

Il ne faut pas se contenter de traiter les symptômes, il faut traiter la cause. Or, vous n'en prenez pas le chemin. Il n'y a pas de solution dans la direction que vous suivez. Alors même qu'il eût fallu des impulsions fortes, vous avez recouru à des mesurette libérales pour l'été, prenant acte de la pénurie et des fermetures de services, au nom de la mutualisation, et vous contentant, au lieu de mesures directement destinées aux urgences, de jouer sur la régulation en limitant l'accès à celles-ci. Vous envoyez aux personnels hospitaliers des

contre-signaux décourageants. Vous aurez sans doute des statistiques taillées sur mesure pour démontrer les bienfaits de cette politique mais, dans les services d'urgences, cela ne passe pas. Tandis que la puissance publique demeure timide face aux déserts médicaux, les soignants et les lits manquent toujours autant. Vous ne ferez pas disparaître les patients. Ils sont dans les couloirs et ils attendent des heures durant. Le personnel hospitalier n'en peut plus de détourner le regard faute de pouvoir faire autrement. De nombreux instruments manquent dans votre boîte à outils, notamment des lits, et il y a besoin d'ouvrières et d'ouvriers. Allez-vous véritablement, comme annoncé, mettre fin à vos renoncements ? Que prévoyez-vous pour donner aux urgences les moyens de faire face ? Pour la suite, quel est votre plan ?

M. Paul-André Colombani (LIOT). Monsieur le ministre, vous soulignez dès les premières lignes de votre rapport l'impact sur le fonctionnement du système hospitalier de la pénurie de personnels médicaux et non médicaux, conséquence indirecte de la pandémie de covid-19, ce qui alimente le débat sur la réintégration des personnels non vaccinés. J'ai voté pour l'obligation vaccinale des soignants à l'époque où l'on pensait que le vaccin évitait la contagion. Il est temps, me semble-t-il, de faire preuve d'apaisement et de pragmatisme, notamment dans les territoires d'outre-mer, où la réintégration des soignants non vaccinés dans les hôpitaux est un sujet qui suscite de fortes tensions.

Si votre rapport souligne à juste titre le besoin de coopération entre médecine hospitalière et médecine de ville, il n'en procède pas moins d'une vision hospitalo-centrée, celle-là même qui a amené à débattre, lors de la précédente législature, du forfait de réorientation des urgences, consistant en quelque sorte à payer pour ne pas être soigné. Pour rompre en quelques semaines avec cette logique, il faut un véritable changement de paradigme.

Vos recommandations manquent de mesures incitatives envers la médecine de ville, déjà débordée, et qui devra demain décharger les services d'urgences d'une part de leur activité sans réelle compensation. L'attribution d'un supplément, limité à 15 euros par acte médical régulé, et le plafonnement de la part de la télémedecine dans l'activité totale semblent insuffisants et peu opérants. Êtes-vous prêt à prendre des mesures plus incitatives pour mieux associer la médecine libérale à l'hôpital ?

Je pense comme vous que le rôle de recours spécialisés à l'échelle régionale dévolu aux CHU doit être renforcé, ainsi que les échanges transfrontaliers là où ils sont possibles. La Corse est la seule région dépourvue de CHU. De nombreuses raisons, au premier rang desquelles la bonne gestion budgétaire et le bon fonctionnement de nos services d'urgences, justifient qu'on en ouvre un. L'hôpital d'Ajaccio est contraint d'employer de nombreux intérimaires, ce qui est coûteux pour un territoire périphérique. Outre le renforcement des moyens hospitaliers dont nous manquons cruellement, la constitution d'un CHU en Corse s'inscrirait dans une perspective euro-méditerranéenne, en relation avec la Sardaigne. Êtes-vous favorable à une discussion à ce sujet ?

M. le ministre. Madame la rapporteure générale, le problème de la fluidification des sorties et de l'aval des services des urgences n'est pas neuf. Votre prédécesseur, Thomas Mesnier, l'a bien identifié dans le cadre de ses travaux sur le pacte de refondation des urgences. Les syndicats de professionnels le soulèvent depuis plusieurs années. Il s'agit, avec l'amont, de l'un des deux problèmes majeurs des urgences qui sont, je l'ai dit, à l'interface des difficultés de la ville et de l'hôpital. En aval des urgences, l'un des points essentiels est effectivement le parcours des personnes âgées, dont la morbi-mortalité augmente s'ils passent

plusieurs heures dans les services ou si ceux-ci sont saturés à leur arrivée. Les mesures que je propose, à l'unisson de celles préconisées dans le pacte de refondation des urgences préalable à la crise du covid-19, visent donc à favoriser leur accès direct aux urgences et à développer des systèmes préhospitaliers au sein desquels des équipes mobiles pourraient les prendre en charge. Nous maintenons cette logique, notamment en favorisant, dans le cadre de la régulation médicale, l'intégration de filières gériatriques spécialisées. J'étais la semaine dernière à Saint-Étienne où le SAMU, qui devient SAS, a affecté des gériatres à la régulation médicale. À Poitiers, le SAMU a intégré au SAS le dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour soutenir ces filières difficiles. Tout cela permet d'orienter les personnes âgées sans passage inutile aux urgences.

L'autonomie est de la compétence de mon collègue Jean-Christophe Combe. Mais la prévention de la perte d'autonomie relève des consultations systématiques dont nous commençons à travailler la forme. Il s'agit d'anticiper la perte d'autonomie à 65 et à 75 ans pour préparer les parcours de santé des patients. Par ailleurs, le précédent gouvernement a ouvert la possibilité, pour les services d'HAD, de constituer des dossiers en amont concernant les résidents des EHPAD, ce qui permet de les admettre immédiatement en HAD en cas de problème aigu, les délais de la HAD n'étant pas compatibles avec ceux des urgences. Cet outil d'anticipation fonctionne bien.

Monsieur Sertin, s'agissant des partenariats public-privé, la boîte à outils vise un objectif clair : la pénibilité, qu'il s'agisse du travail de nuit ou de fin de semaine, ne peut et ne doit plus reposer entièrement sur le secteur public. Les structures privées doivent apporter leur pierre à l'édifice, comme le prévoient les mesures préconisées pour cet été. Si elles décident, souvent de façon unilatérale, de fermer la nuit faute de personnel, il faut que leurs moyens renforcent le service d'urgences public à proximité. Je le répète, nous n'en sortirons pas sans travail collaboratif en lieu et place d'une approche concurrentielle. Tel est l'état d'esprit qui doit permettre de passer d'un système fondé sur l'offre à un système de réponse aux besoins. Telle sera la base des travaux de la conférence des parties prenantes.

S'agissant de la pénibilité du travail à l'hôpital, notamment de nuit, c'est la première fois qu'un texte la reconnaît. Cela ouvre la voie à la prise en compte de la pénibilité dans le cadre de la conférence des parties prenantes.

Monsieur Catteau, les fermetures de lits ne sont pas sans raison. Quoi qu'il en soit, voir le système de santé et d'hospitalisation uniquement au prisme de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), c'est se tromper sur son fonctionnement. Notre système de santé fonctionne de plus en plus grâce au fameux virage ambulatoire et à des hospitalisations plus courtes. Les hospitalisations de jour sont très utilisées en chirurgie et dans le traitement des pathologies cancéreuses, et le nombre de lits dédiés a augmenté.

Quant au virage domiciliaire, qui est une volonté de nos concitoyens, le nombre de places en HAD a augmenté de 10 %, et l'activité de 15 %. Si les services d'urgences manquent de lits d'aval, c'est parce qu'ils manquent de personnel, car des gens ont quitté l'hôpital après la crise du covid-19 pour de multiples raisons, et parce que l'équilibre entre les activités programmées et non programmées est mauvais. Nous devons nous pencher sur ce point qui revient souvent dans nos discussions.

S'agissant de la bicéphalie à la tête de l'hôpital, réunissant un médecin – pourquoi pas un soignant en général, d'ailleurs ? – et un administratif, le rapport du professeur Olivier

Clariss propose plusieurs solutions. Nous les appliquons et nous les évaluons. Je procéderai ainsi pour chaque mesure : l'appliquer, l'évaluer et la pérenniser si elle est efficace.

La suppression des ARS ne me semble pas une bonne idée. Elle n'a pas vocation à être débattue ici. Dans la rénovation du système de santé qu'inaugurera la conférence des parties prenantes, l'État doit prendre sa place aux côtés des élus, des soignés et des soignants. Or, les ARS sont la représentation de l'État à l'échelle des territoires, et il faut en revenir à une organisation territoriale car c'est à ce niveau que l'on trouve les solutions et que l'on réunit les professionnels pour avancer.

Madame Fiat, vous évoquez la grève des urgences de juillet 2019 : que de souvenirs pour moi ! J'étais justement à sa tête. Rassurez-vous, je connais les problèmes des services d'urgences. C'est dès 2013 que j'ai lancé le *No bed challenge* pour donner l'alerte. Je garde mon expérience du terrain et je reste médecin urgentiste dans l'âme et dans le cœur, même si j'exerce en ce moment une fonction de ministre qui durera le temps qu'elle durera.

Peu de services d'urgences sont totalement fermés. Certains ont organisé la régulation de l'aval. Une vingtaine, dont certains étaient privés, ont réellement fermé, dans des territoires où se trouve un autre service à proximité, qui a dû supporter le report de charge. La nuit, les patients sont accueillis par un professionnel de santé et réorientés. Telles sont les informations dont je dispose. Si vous en avez d'autres concernant des endroits précis, je serai ravi d'en prendre connaissance.

Certes, les services d'urgences souffrent, mais ils ne sont pas les seuls. Voir la crise du système de santé exclusivement à travers le prisme des urgences ne permet pas d'en saisir l'ensemble, et consiste à traiter un symptôme plutôt que la maladie.

Il est faux de dire que nous incitons les patients à ne pas se rendre aux urgences. Nous n'avons jamais rien dit de tel. Les patients seront toujours pris en charge, comme l'indique clairement mon rapport. J'y indique également que le meilleur parcours de soins, si on a mal au genou depuis trois semaines, si on a un bouton ou si on a mal à la gorge, n'est pas d'aller aux urgences en pleine nuit car on y attend et on n'y est pas forcément bien pris en charge – c'est un urgentiste qui vous le dit. Les pathologies relevant de la médecine générale sont mieux traitées par un médecin généraliste. Il s'agit de construire les meilleurs parcours de soin pour les patients. Le métier d'urgentiste a pour base le triptyque « qualifier, agir, orienter » : qualifier, c'est définir des soins dans le cadre de la régulation médicale à partir d'une demande ; agir, c'est préserver la vie et les fonctions vitales du patient ; orienter, c'est diriger le patient vers le meilleur parcours de soin.

Monsieur Juvin, cher confrère, je vous remercie d'avoir évoqué le *No bed challenge* qui a permis une prise de conscience et qu'il faut certainement réactiver compte tenu des difficultés de l'aval des urgences.

Le *bed management* n'a rien de libéral, madame Fiat. Il s'agit d'améliorer la gestion de la disponibilité des lits à l'hôpital afin de mettre un patient dans chaque lit et d'assurer la sortie des patients qui n'ont plus besoin de s'y trouver. Cette organisation fonctionne et les hôpitaux qui l'ont adoptée en sont satisfaits, même si elle oblige mes confrères, je le dis sans ambages, à modifier leurs habitudes, ce qui n'est pas toujours simple.

S'agissant du nombre de médecins, il ne vous aura pas échappé que le Gouvernement a enfin supprimé le *numerus clausus*. Malheureusement, la gestion était inchangée depuis

plusieurs décennies. Or, il faut environ quinze ans pour former un médecin. Les effets de cette réforme ne seront donc pas immédiats.

Dans le cadre des mesures d'été, j'ai proposé, ce dont personne ici n'a parlé, une disposition spécifique pour les praticiens diplômés hors de l'Union européenne, pour que ces collègues qui travaillent déjà à nos côtés, et qui sont très bons pour la plupart, aient la possibilité de continuer à le faire.

J'ignore si 30 % des IDE partent dans les cinq années qui suivent l'obtention de leur diplôme. Je sais, en revanche, que 20 % d'entre elles abandonnent leurs études, ce qui me préoccupe beaucoup. Si nous parvenions à régler ce problème, le nombre d'infirmières entrant sur le marché du travail augmenterait d'autant. Pourquoi renoncent-elles dans cette proportion ? D'après les élèves infirmières que j'ai rencontrées, deux raisons principales l'expliquent. La première est la paupérisation, en raison notamment de difficultés de versement des bourses imputables aux régions, mais aussi du fait de la faible indemnisation des stages, des trajets et de l'absence de logements – difficultés également ressenties par tous les professionnels médicaux, les internes et les externes. Je compte m'atteler à leur résorption. Par ailleurs, les études ne correspondent plus à ce que les infirmières découvrent à l'hôpital. Elles évoquent une maltraitance, en fait une inadéquation entre le contenu des études et la réalité du terrain. Ma collègue Sylvie Retailleau et moi entreprendrons un travail sur l'« universitarisation » – mot souvent employé au sujet des professions de santé – et la rénovation des formations médicales, notamment celle des infirmières. La qualité de vie est importante, elle aussi. Lorsque des soignants ne vont pas bien au travail, ils ne vont guère mieux chez eux, ce qui explique leur départ. Nous devons redonner du sens à ces métiers. Cela commence par la reconnaissance de leur pénibilité ; celle du travail de nuit est une première étape mais nous irons plus loin. La conférence des parties prenantes nous y aidera.

Le plan variole existe toujours et il reste opérationnel. La France dispose d'un nombre suffisant de doses pour vacciner l'ensemble de la population en deux semaines à condition, cependant, de cesser toutes les autres activités pendant ce temps. En cas d'attaque biologique, le pays s'arrêterait ainsi de fonctionner, en quelque sorte, pour protéger nos concitoyens contre la variole – infiniment plus dangereuse que la variole du singe.

Monsieur Isaac-Sibille, le recours inapproprié aux services d'urgence est la principale cause des difficultés car c'est proportionnellement la plus importante. Pas moins de 30 à 40 % des patients des urgences pourraient être pris en charge autrement – les trois quarts par la médecine de ville, le dernier quart directement par les services hospitaliers. Bien sûr, ce n'est qu'une partie du problème. Mais si nous retirons ces 40 % du total des personnes qui fréquentent les urgences, les urgentistes et les patients ne s'en porteront que mieux.

Les patients se dirigent vers les services d'urgences parce que les horaires d'ouverture sont plus larges et que les examens complémentaires y sont effectués plus facilement. Mais ils y attendent des heures pour une prise en charge, je l'ai dit, parfois moins bonne que celle d'un médecin généraliste. Vous avez proposé, avec Jean-Yves Grall, un modèle séduisant de structure intermédiaire malheureusement été détourné de ses objectifs – peut-être du fait de la crise sanitaire. Les centres de soins non programmés et les centres médicaux de soins immédiats sont, dans la plupart des cas, des structures privées ouvertes uniquement la journée, voire la semaine. Elles ne déchargent pas les services d'urgences la nuit ou en fin de semaine. Surtout, mes collègues généralistes sont partagés quant à leur utilité : si beaucoup de nos concitoyens atteints de pathologies chroniques préfèrent se rendre dans ces structures pour qu'un médecin soulage immédiatement une crise aiguë, cela ne

traitera malheureusement pas la pathologie. Ainsi, cette solution répond à un besoin immédiat qui n'est pas couvert actuellement, mais elle ne règle pas le problème et elle devra, quoi qu'il en soit, être évaluée.

En revanche, des médecins généralistes libéraux se sont organisés pour ouvrir en journée la maison médicale de garde de leur secteur et prendre en charge les patients qui leur sont adressés par la régulation médicale ou les services d'urgences. Ces dispositifs fonctionnent bien, comme en témoignent les exemples de Valenciennes ou de Chenôve, près de Dijon. Ce sont ces expériences de terrain qui m'intéressent. Je veux comprendre pourquoi elles fonctionnent à Valenciennes mais pas à Rennes, Nantes ou Carcassonne. C'est dans cet esprit que je conduirai les travaux de la conférence des parties prenantes.

Monsieur Delaporte, vous avez qualifié mon rapport de technique et désincarné. Je n'accepte pas ce dernier mot. Je veux bien admettre qu'il soit technique, mais juger désincarnée ma manière de prendre en charge les patients, que je soignais encore il y a à peine un mois, c'est au mieux méconnaître profondément mon parcours, au pire être particulièrement déplaisant quant à ma façon d'exercer ma profession.

M. Jérôme Guedj. Il parlait du rapport, non de vous !

M. le ministre. Il s'agit du rapport que j'ai écrit ; je le prends donc pour moi.

Vous dites qu'après minuit, la permanence des soins n'est plus assurée dans beaucoup de territoires. Faut-il rappeler qu'elle l'est, en soirée – avant minuit – et en fin de semaine, dans 98 % d'entre eux ? Bien évidemment, les 2 % qui restent sont préoccupants et nous y concentrons nos efforts. Quant aux prises en charge après minuit, croyez-en mon expérience de près de quarante ans, elles relèvent soit du conseil médical, soit des urgences. Les interventions qui n'appelleraient qu'une simple consultation médicale sont rares, même si je ne nie pas l'existence de cas particuliers, notamment la délivrance de certificats de décès. Vous proposez de rendre obligatoire la permanence des soins. Entendons-nous bien. Je suis d'accord pour imposer une obligation collective de permanence des soins dans l'ensemble du territoire, le soir et en fin de semaine, mais je ne crois pas aux obligations individuelles. Nous prendrons les mesures nécessaires pour placer les acteurs face à leurs responsabilités.

J'ai participé à la réforme du mode de financement des structures d'urgences. Le résultat me semble exemplaire : nous avons introduit de nouveaux critères pour ne plus tenir compte de la seule activité. Ainsi, la dotation populationnelle permet de mieux répondre aux besoins, et si la part de financement à l'activité n'est pas abandonnée, celle dédiée à la qualité et à l'efficacité augmente.

Le FPU de 19,61 euros est bien inférieur à ce que payaient nos concitoyens, d'autant qu'il est souvent pris en charge pour les plus fragiles par l'assurance maladie, sans parler des mutuelles. Surtout, les patients payaient, au titre du ticket modérateur, des sommes qui approchaient les 150 euros lorsqu'il fallait facturer une consultation de spécialiste, une prise de sang, un scanner. Simplement, ils ne s'en rendaient pas compte. Le FPU est une mesure d'équité pour que tous les patients puissent être correctement pris en charge.

Monsieur Valletoux, la conférence des parties prenantes s'inscrit dans le cadre du Conseil national de la refondation qui devrait être officiellement installé début septembre par le Président de la République. Elle reposera sur deux piliers : une approche globale de la santé – prévention, dépistage, soin et suivi – et la restauration de l'éthique au cœur de notre

métier – que signifie être soignant en 2022, en 2025 ou en 2035 ? Nous sommes dans la phase de préparation qui devrait se poursuivre jusqu'à la fin du mois d'août. Des discussions bilatérales ont été engagées. J'ai d'ailleurs eu le plaisir d'échanger avec vous puisque vous présidez la Fédération hospitalière de France. Ce travail devrait faire émerger les principaux sujets transversaux qui seuls intéresseront la conférence – ainsi, la gouvernance de l'hôpital, qui ne concerne qu'une partie du secteur de la santé, ne sera pas traitée. Nous tiendrons compte également des contributions écrites que nous recevons depuis six mois.

Cette étape sera suivie d'une phase durant laquelle nous interrogerons nos concitoyens selon deux modalités : une consultation numérique et l'organisation de débats dans les territoires. Je compte sur les élus pour mener ces discussions en y associant les soignés. En effet, le triptyque soignant-soigné-élu est d'une importance primordiale. On ne peut plus continuer à parler de notre système de santé sans installer les patients autour de la table. Cette phase, qui devrait durer un mois, nous permettra de recueillir les informations qui enrichiront la fameuse boîte à outils qui me tient à cœur. Une fois celle-ci constituée, nous la présenterons aux acteurs des territoires. Si nos propositions ne leur conviennent pas, nous les modifierons. Début 2023, la boîte à outils devrait être achevée et nous pourrions définir un calendrier. Je compte sur les ARS pour faciliter l'application des mesures. J'ai pu constater, au cours de mes déplacements, que les solutions originales ne manquaient pas mais qu'elles sortaient parfois du cadre réglementaire. Mon objectif n'est pas de les transformer pour les rendre compatibles, mais d'élargir le cadre pour leur permettre de perdurer.

Madame Garin, la santé environnementale est au cœur de nos réflexions. La transformation du Conseil scientifique en Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires témoigne de l'approche « Une seule santé » que nous souhaitons adopter, inscrite dans le décret qui fixe le cadre et les missions de ce comité. Ce dernier travaillera en collaboration avec des vétérinaires et des climatologues pour nous préparer à affronter l'ensemble des risques sanitaires, en particulier environnementaux.

Un service d'urgences a fermé à Lyon, en effet, pour une journée. Si mes souvenirs sont bons, il s'agit d'un service privé. L'activité a été reportée sur les deux autres services d'urgences, dont celui de l'hôpital Lyon Sud. Cette situation n'est pas rare. Lorsque la fermeture est anticipée, les services voisins peuvent absorber la surcharge de travail. C'est l'une des propositions de la boîte à outils pour cet été.

Tout le monde déplore l'attente aux urgences ; c'est oublier qu'en cas d'urgence, on n'attend pas ! Lorsque vous arrivez aux urgences, vous êtes reçu dans les sept minutes en moyenne par une infirmière d'accueil et d'orientation, qui est une professionnelle aguerrie et qui a reçu une formation spécifique. Si vous êtes victime d'un infarctus, vous passerez avant les autres. Si vous souffrez d'un traumatisme à la cheville depuis quatre semaines, vous risquez d'attendre longtemps. C'est ce que nous voulons éviter en orientant les patients en amont.

Je n'ai pas entendu parler du problème survenu aux Sables-d'Olonne mais, puisque je me rends demain à Nantes, je me renseignerai. Si un enfant en détresse a attendu devant une porte fermée, c'est inacceptable.

Monsieur Dharréville, réguler la demande de soin d'un patient n'est pas une solution dégradée, au contraire. C'est une méthode moderne qui s'adapte à la pathologie des patients. En revanche, envoyer tout le monde aux urgences sans discernement, s'en remettre totalement à ces services comme s'il n'y avait plus de médecine de ville serait un mode dégradé. Je ne sais pas ce que vous entendez par « mesurées libérales ». En tout cas, il n'est pas très libéral

de s'appuyer, comme nous le faisons, sur l'hôpital public. Assurément, certaines de nos mesures concernent nos collègues libéraux, mais vouloir résoudre le problème de l'hôpital sans accepter de travailler avec les médecins libéraux serait perdu d'avance. Nous avons simplifié l'avenant 9 à la convention médicale relatif à la valorisation de la participation des médecins libéraux à la régulation médicale, dont l'extrême complexité était dénoncée. Les premiers résultats, qui ne sont pas des « statistiques taillées sur mesure », sont encourageants. Nous sommes d'accord pour donner des moyens aux urgences, à condition de ne pas oublier les autres.

Monsieur Colombani, je suis défavorable à la réintégration des personnels non vaccinés. Les scientifiques eux-mêmes le déconseillent, qu'il s'agisse du Conseil scientifique dans son dernier avis, de l'Académie nationale de médecine, de l'Ordre national des infirmiers ou de la Haute Autorité de santé. Cependant, le texte que vous avez voté prévoit la possibilité de saisir cette dernière si la situation évolue. Le problème n'est pas seulement scientifique, il est aussi éthique. Je rends d'ailleurs hommage aux soignants qui se sont fait vacciner car ils ont tenu la première ligne – croyez-moi, j'en sais quelque chose.

Le forfait de réorientation des urgences, ce n'est pas payer pour ne pas être soigné. Il s'agit d'indemniser le temps passé par l'infirmier à réorienter le patient. Pour l'éviter, il suffit que le patient, avant de se déplacer, contacte son médecin traitant ou le 15.

En ce qui concerne les mesures incitatives pour la médecine générale, j'ai parlé de la majoration de 15 euros pour un acte relevant de la régulation médicale. Quant au dé plafonnement du recours à la télé-médecine, c'est une mauvaise idée sauf si vous voulez donner beaucoup d'argent à des entreprises qui se spécialisent dans ce mode de consultation en employant des médecins qui ne font rien d'autre et qui, demain, seront basés à l'étranger. Nous avons limité à 40 % la part de la télé-médecine dans l'activité du médecin afin de garantir que le praticien qui reçoit virtuellement est compétent et qu'il a l'habitude de soigner des patients.

Nous pourrions discuter de la situation en Corse, mais la problématique des CHU est complexe : devenir un CHU n'est pas la solution miraculeuse pour attirer des professionnels. Les CHU jouent un rôle dans l'enseignement et la recherche ; ils disposent d'unités de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Une solution intermédiaire pourrait être des postes universitaires territoriaux, financés par l'hôpital et les fonds territoriaux. Dès lors que les candidats répondent aux exigences universitaires, l'ouverture de postes est facile. C'est une étape intéressante et éprouvée pour des structures qui souhaitent devenir universitaires.

M. Marc Ferracci. Dans votre rapport, vous insistez sur la nécessité de renforcer la place des CHU comme recours spécialisés à l'échelle régionale, voire suprarégionale, ainsi que les échanges transfrontaliers. Qu'en est-il de la coopération bilatérale franco-suisse à l'aune de l'accord-cadre relatif à la coopération sanitaire transfrontalière ? Il y a quelques mois, MM. Olivier Véran, alors ministre des solidarités et de la santé, et Alain Berset, chargé du département fédéral de l'intérieur de la Confédération suisse, se sont engagés à faire progresser trois dossiers : instaurer une commission mixte prévue par l'accord-cadre, améliorer les conditions de travail et de recrutement des personnels de santé afin d'assurer la stabilité du personnel dans les établissements des territoires concernés et garantir une offre de soins de qualité aux patients. Les services de santé doivent relever les mêmes défis de part et d'autre de la frontière. La crise sanitaire aura mis en évidence la force des liens entre les équipes hospitalières. Quelles sont les dernières avancées ?

M. Matthieu Marchio. La situation est tendue au sein de nombreux services d'urgence hospitaliers. Soixante départements sont concernés selon la liste dressée par le syndicat SAMU-Urgences de France en mai dernier. Dans ma circonscription du Nord, le service des urgences pédiatriques du centre hospitalier de Douai-Dechy a été affecté, à partir de juillet 2021, par le départ de nombreux pédiatres, ce qui n'a plus permis d'assurer la permanence des soins. Mi-septembre, du fait de l'absence de personnel, ce service a été fermé entre dix-huit heures et neuf heures, les fins de semaine et les jours fériés. Il est à nouveau ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, mais ce sont les lignes des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et de permanence des soins au service d'accueil des urgences qui sont sous tension désormais. À la suite de la rumeur d'une fermeture complète en août, j'ai contacté la direction de l'établissement : les urgences devraient rester ouvertes ainsi que la ligne SMUR, mais la situation reste tendue car certaines lignes sont vacantes faute de personnels. Malgré les efforts consentis pour recruter des praticiens, ceux-ci ne devraient pas prendre leur poste avant octobre 2022. Cet établissement est-il capable, dans ces conditions, d'assurer la permanence des soins à court et à moyen terme ? Je salue le travail de l'ensemble des professionnels, mais je vous invite à prendre les mesures qui s'imposent pour mettre fin à cette situation inacceptable. Que comptez-vous faire pour que toutes les lignes d'urgences et SMUR soient pourvues, à Douai-Dechy comme ailleurs ?

M. Sébastien Delogu. En visitant plusieurs hôpitaux de Marseille et grâce à un appel à témoignage sur les réseaux sociaux, j'ai recueilli la parole des soignants et des usagers. La situation est insupportable malgré le dévouement des soignants et leur travail formidable. Les moyens humains, financiers, matériels manquent. Suppression de lits, conditions de travail insoutenables, fermeture régulière de services d'urgences, désertification médicale, refus de réintégrer les soignants non vaccinés incompris alors que l'on manque de personnel...

Voici trois questions simples tirées des témoignages reçus. Pourquoi payer tant d'impôts pour un service aussi lamentable ? Pourquoi imposer au secteur hospitalier d'être rentable ? Pourquoi les soignants ne peuvent-ils bénéficier de formations en interne qui leur permettraient d'améliorer leur pratique ?

Vous répondrez que le Ségur de la santé résoudra tout ou que les restrictions budgétaires vous contraignent. C'est faux : c'est un choix politique. La revalorisation des salaires prévue dans le cadre du Ségur de la santé est insuffisante. Les prétendues créations de postes comblent en réalité des postes vacants. Des services ferment ou fusionnent et des lits sont supprimés. Arrêtons de parler pour ne rien dire et, surtout, ne rien faire ! Nous devons revoir radicalement notre rapport au système de soins pour le rendre au peuple. Les mesures que nous proposons sont simples : revaloriser immédiatement les salaires plutôt que d'accorder des primes, revaloriser les carrières, prévoir un plan de rénovation du parc hospitalier, titulariser les contractuels hospitaliers, réintégrer les soignants démis de leur fonction.

M. Thibault Bazin. En raison de l'inflation, les EHPAD se retrouvent dans une situation financière compliquée. En effet, ils doivent supporter l'augmentation du coût de l'énergie, sans parler des autres charges, mais ils ne peuvent répercuter ces hausses. Les négociations passées des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens n'ont pas prévu ces augmentations imprévisibles et les établissements ne bénéficient pas du bouclier tarifaire. D'autre part, l'augmentation du SMIC aura des conséquences sur la charge que représentent les salaires, en particulier ceux des agents des services hospitaliers, sans être compensée par une augmentation des dotations. Les ressources ne suivront pas les dépenses, ce qui menace la survie de ces structures et altère le quotidien des résidents. Leurs capacités financières

s'amenuisent, ce qui réduit leur capacité à affronter les aléas. Comment le Gouvernement compte-t-il soutenir ces structures dont les conditions de travail sont déjà difficiles ? De votre réponse dépendra celle des départements pour ce qui concerne l'hébergement et la dépendance.

M. Jérôme Guedj. S'agissant des urgences psychiatriques, vous préconisez dans votre rapport d'inciter les établissements spécialisés à installer des dispositifs unifiés intersectoriels. Or, la psychiatrie publique est dans un tel état que cette proposition s'apparente à un vœu pieux. Elle ne résoudra pas le problème des urgences psychiatriques à l'hôpital. La remarque vaut également pour les urgences pédiatriques, pour lesquelles vous ne proposez que le bénéfice de la prime de risque ou la création de postes d'infirmiers en pratique avancée (IPA).

Vous saluez la réforme des modalités de financement des urgences. Mais les sociétés savantes de pédiatrie, le Conseil national professionnel de pédiatrie et le Syndicat national des pédiatres français ont dénoncé le financement lacunaire des urgences pédiatriques par rapport à celui des adultes, en pointant le risque d'un délaissement de ce secteur.

D'autre part, vous préconisez une attention particulière à la médicalisation des EHPAD afin d'éviter des transports vers les services d'urgences qui augmentent les risques de mortalité. Faut-il créer un service des urgences gériatriques ?

Pourriez-vous clarifier la répartition des rôles entre votre ministère et celui de M. Jean-Christophe Combe, chargé des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées ? Enfin, vous avez jugé légitime la grève de 2019. S'il y avait une grève demain, diriez-vous la même chose ?

M. Jean-Luc Warsmann. Monsieur le ministre, je vous félicite pour votre nomination. Je vous souhaite le plus grand succès et je vous assure de la volonté des Ardennais de poursuivre et d'amplifier le travail engagé avec votre ministère ces dernières années.

Face aux difficultés économiques et sociales, ainsi qu'à la perte d'environ 1 500 habitants par an, les Ardennais unissent leurs forces pour redynamiser le département. Ils ont reçu le soutien du Gouvernement par la signature, le 15 mars 2019, du pacte Ardennes. Dans ce cadre, nous multiplions les innovations en vue d'assurer la meilleure offre médicale à la population dans le contexte de démographie médicale que nous connaissons.

L'une des solutions réside dans une formation complémentaire de deux ans dispensée à des IDE dans le but de leur permettre d'acquérir la compétence d'infirmiers en pratique avancée. Je soutiendrai toutes les modifications législatives et réglementaires en ce sens. Dans la région Grand Est, deux promotions d'IPA viennent d'être formées. Lors d'une réunion de travail avec le cabinet de Mme Brigitte Bourguignon, au cours du printemps, j'ai demandé des financements pour deux nouvelles promotions. J'ai également demandé, dans le cadre du pacte Ardennes, une expérimentation départementale permettant de proposer dès 2024 à chaque maison pluridisciplinaire de santé et à chaque centre de santé volontaire l'affectation d'un IPA. Ce recrutement, qui nécessite de garantir que leur employeur respectera leur liberté professionnelle, permettra de renforcer le lien entre médecine hospitalière et médecine de ville. J'espère pouvoir compter sur votre soutien pour ces mesures. Les Ardennes sont disponibles pour être un terrain d'innovation et d'expérimentation de votre politique de santé.

M. Thomas Mesnier. Les urgences sont le révélateur du système de santé, l'interface entre la ville et l'hôpital que vous connaissez de l'intérieur comme plusieurs d'entre nous. Avant votre rapport, que je salue, un grand nombre d'autres avaient paru, notamment le pacte de refondation des urgences dont la mise en œuvre a été perturbée par la pandémie.

Je salue vos propos sur le service d'accès aux soins généralisé, que j'appelle de mes vœux et qui est, du reste, déjà inscrit dans la loi. Pouvez-vous nous donner des perspectives quant à une autre mesure du pacte de refondation, la possibilité de créer des antennes de médecine d'urgence ? Cette initiative, qui nécessite la prise d'un décret, pourrait apporter des solutions à de nombreux territoires.

Qu'en est-il de la régulation de l'intérim médical votée dans le cadre de la « loi Rist » ? Quel est le calendrier des décrets d'application de la loi « Ma santé 2022 » relatifs à la prise en charge de pathologies du quotidien, comme la cystite, en pharmacie ? Enfin, comptez-vous, lors de la conférence des parties prenantes, poser sans tabou la question de la régulation de l'installation des médecins ?

Mme Bénédicte Auzanot. Dans un courrier du 29 juillet dernier, l'équipe des urgences de l'hôpital de Cavaillon a prévenu le directeur général de l'ARS : le planning prévisionnel du mois d'août se traduirait par la fermeture complète, pour trois journées et onze nuits, non seulement des urgences, mais également du SMUR de Cavaillon, mettant grandement en danger la population. Les autres journées et nuits connaîtraient un fonctionnement dégradé, avec du personnel médical manquant. Ces alertes sont en contradiction avec votre présentation de la situation des urgences cet été. Que pouvez-vous faire rapidement pour aider les urgences de Cavaillon à rester ouvertes, en pleine saison touristique ?

M. Jean-Hugues Ratenon. Les problèmes rencontrés dans les services d'urgences sont aggravés outre-mer. Le constat est unanime, notamment de la part des syndicats : il y a urgence aux urgences ! Faute de personnel, la prise en charge des patients est longue, ce qui entraîne des tensions. Certains doivent rester des heures dans les couloirs avant de recevoir un traitement, à cause des fermetures de lits dans les différents services. À La Réunion, les personnes âgées sont en outre confrontées au manque de transports : si l'ambulance les emmène aux urgences, elle ne les ramène pas et ces personnes attendent sur une civière que le jour se lève pour rentrer chez elles.

Nous assistons à une dégradation du service public hospitalier. Faut-il faire le lien avec l'étude de l'INSEE qui révélait en juin dernier que La Réunion est le département français ayant connu la plus forte hausse du nombre de décès cette année par rapport à 2019 – de 39 % du 1^{er} janvier au 23 mai 2022, contre 21,3 % à Mayotte, 18 % en Martinique, 15 % en Guadeloupe et 6,8 % en Europe ? En outre, à La Réunion, les urgences accueillent des patients de l'océan Indien, ce qui a pour effet de les surcharger. Les personnels, que je salue, sont dévoués, mais épuisés. Cette situation ne peut plus durer. Nous voulons dans les outre-mer un hôpital humanisé. Le coefficient géographique, qui n'a pas été réévalué depuis plus de quinze ans, doit être la solution, conformément à l'engagement du Président de la République en début d'année. Comptez-vous traduire cette promesse dans le prochain PLFSS ?

M. Yannick Neuder. Le dispositif proposé à la suite de la mission « flash » suppose que le réseau de médecine libérale reposant sur les généralistes soit entièrement organisé. Le territoire où je suis élu ne disposant malheureusement ni de service d'urgences, ni de médecin

généraliste, on y trouve un centre de soins non programmés. Ne soyez pas si dur dans votre évaluation de ces derniers : le nôtre réalise tout de même plus de quatre-vingts consultations par jour. C'est la seule solution pour faire face aux besoins de la population et diminuer l'afflux aux urgences, notamment pour le CHU de Grenoble sur son site de Voiron.

La suppression du *numerus clausus* est loin d'avoir réglé tous les problèmes. Les étudiants ne pouvant pas redoubler, certains d'entre eux, qui veulent vraiment faire des études de médecine, partent à l'étranger, en Espagne ou en Roumanie, où des formations en français leur sont proposées, tandis que l'hôpital s'efforce de recruter des médecins étrangers. Des mesures d'adaptation sont donc encore nécessaires.

Les médecins de réanimation médicale de mon hôpital ont constaté que leurs effectifs n'augmentaient pas : après deux ans de crise covid, les effectifs issus du classement de l'internat sont passés de 95 postes en médecine intensive-réanimation (MIR) à 101, soit une création de 6 postes à l'échelon national, chiffre très faible au regard des 400 postes vacants alors qu'il faudrait doubler les effectifs de formation.

Ma troisième question porte sur l'attractivité. Nous saluons tous les IPA. Mais je tiens à vous faire part de l'inquiétude des infirmières anesthésistes. Elles se sont vu refuser l'intégration dans ce dispositif au motif qu'il visait des maladies chroniques ; or, elles ont été étonnées d'y découvrir, fin 2019, l'existence d'une mention de médecine d'urgence. Elles demandent donc à être intégrées au code de la santé publique sous le statut d'auxiliaires médicaux en pratique avancée, comme une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en a confirmé le bien-fondé en janvier 2022. Une réponse de votre part les rassurerait grandement.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet. Le nombre de médecins par habitant est le même qu'en 2006 malgré le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et l'exposition à des épisodes épidémiologiques tels que la récente pandémie. Comment nous assurer que la hausse du nombre d'étudiants admis réponde aux besoins des territoires à long terme ? Une révision des objectifs nationaux pluriannuels est-elle prévue ?

La libération du temps médical pour les médecins a souvent été évoquée. De fait, pendant la crise du covid, de nombreux professionnels du secteur paramédical ont été autorisés à réaliser des actes ou à administrer des soins qui ne relèvent normalement pas de leurs attributions. L'alignement des compétences effectives et des prérogatives est un moyen de lutter contre les déserts médicaux et, plus généralement, de favoriser l'accès à la santé en matière de prévention comme de traitement. Est-il envisagé de pérenniser ces attributions temporaires et, éventuellement, de les étendre ?

M. Christophe Bentz. Il existe une autre urgence à régler : la désertification médicale, qui s'accroît chaque jour, en particulier dans la ruralité, qu'il s'agisse du service public de la santé ou de la médecine libérale, de la médecine de ville ou de village. La Haute-Marne, par exemple, compte l'un des taux de médecins par habitant les plus faibles de France, et elle subit le démantèlement de l'hôpital de Langres soutenu par le Gouvernement auquel vous appartenez. Les Français paient tous des impôts et des cotisations, mais ils n'ont pas tous le même accès aux soins. Il y a une rupture d'égalité entre métropoles et zones rurales. Cette situation est vécue comme une injustice. Quelle est votre feuille de route pour sauver un système de santé en crise aiguë, selon vos propres termes ? Quelles mesures concrètes allez-vous prendre en urgence pour développer les services de santé publics et

privés et, ainsi, réduire la distance et le temps qui séparent les Français des soins qu'ils sont en droit d'attendre ?

Mme Isabelle Valentin. Monsieur le ministre, j'ai été ravie de vous entendre parler de la prévention, qui a été une grande oubliée pendant dix ans.

En juillet 2020, M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, s'était engagé à mettre fin à ce qu'il appelait le mercenariat de l'intérim médical, en limitant les rémunérations demandées par les intérimaires aux établissements de santé. Quand et comment comptez-vous encadrer l'intérim médical qui, dans sa forme actuelle, met en péril notre système de santé et nos établissements ?

Ma deuxième question porte sur une meilleure répartition transversale des tâches entre les professionnels de santé. Face au manque cruel de professionnels de santé, il est urgent de prendre de vraies décisions. Pour cela, notre organisation doit se montrer moins corporatiste. Parmi les solutions, l'intervention des IPA permet d'assurer une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et, ainsi, de désengorger le système. Quelles suites et quelle importance comptez-vous donner à la formation d'IPA ?

Enfin, quelles mesures prendre à court et à long terme pour pallier le manque cruel de médecins en zone rurale et sortir au plus vite de la dangereuse crise des urgences ? En Haute-Loire, un médecin de ville gère en moyenne 1 500 patients, ce qui est très au-dessus des seuils nationaux.

M. Didier Le Gac. Je m'éloignerai un peu du sujet des urgences pour évoquer les soins critiques. Le précédent gouvernement avait créé une prime mensuelle, d'un montant de 118 euros brut et 100 euros net, à l'intention des infirmiers qui travaillent dans ces structures essentielles – unités de réanimation, réanimation néonatale, unités de soins intensifs ou unités de néonatalogie. C'était une vraie reconnaissance pour ces professionnels dispensant des soins souvent délicats. Pensez-vous étendre cette prime aux aides-soignants ? En effet, les médecins et réanimateurs rappellent régulièrement que, dans les services de réanimation, le couple que forment l'infirmier et l'aide-soignant est fondamental, et les aides-soignants ont vécu cette exclusion du bénéfice de la prime comme une grande injustice.

M. Serge Muller. Aide-soignant depuis 2003, j'ai exercé dans la fonction publique hospitalière jusqu'en juin 2022. Je suis un aide-soignant qui a traversé la première vague de covid, le premier confinement et le contrôle de ses papiers par les forces de l'ordre alors qu'il allait travailler pour prendre soin de nos anciens, confinés – eux aussi – dans leur chambre. Est venue ensuite la deuxième vague, et ainsi de suite. Vous avez devant vous un aide-soignant qui s'est trouvé dans l'obligation de se faire vacciner sous peine de perdre son emploi, qui s'est soumis aux règles, mais qui a vu ses collègues mis à pied pour leurs convictions ou pour leur inquiétude face aux effets du vaccin.

Vous avez proposé la prime Ségur. Merci pour cette reconnaissance. Néanmoins, le problème est plus profond : les conditions de travail des soignants se dégradent, ce qui décourage les professionnels, qui quittent leurs fonctions en raison de la fatigue causée par le manque cruel de ressources humaines. Celui-ci entraîne une mauvaise prise en charge des patients, et le retard de cette prise en charge aggrave leur état de santé. Comment comptez-vous attirer vers un système en déclin les jeunes professionnels ou ceux qui voudraient se reconverter ? Ne pensez-vous pas que la réintégration des non vaccinés serait une piste envisageable ?

Mme Rachel Keke. La population est inquiète du manque de soignants, notamment dans les services d'urgences. La situation est dramatique. Les soignants fuient l'hôpital public à cause des conditions de travail. De nombreux services, en sous-effectif, ne peuvent pas accueillir les malades dans de bonnes conditions. En France, 127 services d'urgence limitent leur activité à cause du manque de personnel. Nous parlons ici de la santé de nos concitoyens. La vie n'a pas de prix. L'hôpital se meurt à cause de coupes budgétaires imposées par le Gouvernement depuis des années. La force de l'hôpital, c'est son personnel, les soignants dévoués, qui sacrifient leur vie privée. Tout repose sur eux, mais aujourd'hui, ils appellent à l'aide et le Gouvernement ne semble pas les écouter.

La revalorisation des salaires par le Ségur de la santé n'a pas suffi. Elle n'a pas permis d'attirer du personnel, ni d'en retenir. Les trois syndicats du Ségur manifesteront en septembre pour demander l'ouverture de négociations sur les conditions de travail, la rémunération et les effectifs. Allez-vous les écouter ? Quand allez-vous entamer une réelle politique de recrutement des soignants ? Quand leur accordera-t-on la reconnaissance et les moyens matériels dont ils ont besoin ? Quand les rémunérera-t-on à la juste valeur du travail qu'ils fournissent ? Les soignants souffrent et la population n'ose pas aller à l'hôpital quand elle est malade, de peur de mourir !

Mme Fanta Berete. Selon votre rapport, 133 services d'urgences sont en difficulté faute de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants ou de lits. Cela représente 21,45 % des quelque 620 établissements dans toute la France. L'ensemble du territoire national est touché.

Merci du travail mené dans le cadre de votre mission « flash » et des recommandations qui en sont issues. Cela étant, tout en me réjouissant que notre majorité ait supprimé le *numerus clausus*, je m'interroge au sujet du long terme. Qu'en est-il réellement de l'attractivité des métiers, du point de vue tant de la formation que des conditions de travail et de salaire ? Elle est cruciale pour le maintien de nos services d'urgences sur le territoire.

M. François Ruffin. À Amiens, on vient de fermer deux services de l'hôpital Saint-Victor, qui accueille les personnes âgées. Je cite une infirmière : « On était tous en pleurs ici. Quand on a un vieux monsieur qui ne vous lâche pas la main, qui s'accroche à son lit, qui nous crie "Tu m'abandonnes !", ça pèse sur le moral. » Du jour au lendemain, il a fallu les faire partir. Ils ont été expulsés de leur lieu de vie.

Allez-vous procéder à des embauches dans les hôpitaux du pays ? Quel est votre plan ? Combien de milliers ou dizaines de milliers d'embauches ? Quand la question vous est posée par des journalistes, la réponse est pour le moins fuyante et peu claire.

J'ai apprécié ce que vous avez dit des infirmières en formation, en reconnaissant que beaucoup d'entre elles partent parce qu'elles ont des difficultés à obtenir des bourses, du reste trop maigres, et parce qu'elles n'ont pas les moyens de financer leurs stages. Ce constat valide notre proposition d'une allocation d'autonomie pour les étudiants et confirme la nécessité d'un revenu de formation durant cette période. Fonctionner à l'économie durant les études désorganise le système et installe le chaos.

Enfin, vous avez décrit un fossé entre la formation reçue et ce que les infirmières constatent en arrivant à l'hôpital, où elles perçoivent de la maltraitance. Votre proposition pour sortir de cette situation consiste à revoir les formations. S'agit-il donc d'habituer dès l'école ces personnels à la maltraitance ?

Mme Monique Iborra. Monsieur le ministre, nous avons perçu votre énergie et votre volontarisme. Mais nos politiques publiques ne parviennent pas à atteindre nos concitoyens : les gens ne les connaissent pas. Pourquoi ? Ces deux derniers mois, dans mon département, le recours au 15 a été faible car les gens ignorent l'existence du dispositif, sans doute faute de communication. Par ailleurs, la question n'est pas tant le manque d'acteurs que celle de savoir qui coordonne quoi : à qui allez-vous confier la coordination de la politique que vous souhaitez appliquer ?

Enfin, au-delà de la nécessaire médicalisation des EHPAD, qui n'est pas une question récente non plus, le recours à l'intérim dans ces établissements provoque de véritables abus, en raison de tarifs prohibitifs et de pratiques déloyales de la part des agences. Prenons-y garde avant de penser à recruter !

Mme Farida Amrani. Le centre hospitalier sud francilien, qui assure la couverture hospitalière de 600 000 habitants en Essonne et en Seine-et-Marne, manque de 110 postes d'infirmière, de 20 postes de sage-femme et de 5 postes de kinésithérapeute. 100 lits y ferment cet été faute de personnel. Quant à la maternité, qui enregistre plus de 5 000 naissances chaque année, il y manque 25 postes de sage-femme. Plusieurs femmes enceintes ont reçu des courriers de refus de suivi de leur grossesse. Où iront-elles accoucher ? Dans des cliniques privées ou dans l'un de vos bus itinérants France Services ?

En ce qui concerne le matériel, il est demandé aux collectivités de participer à l'achat d'un robot chirurgical dont le prix varie entre 2 et 3 millions d'euros. L'État a déboursé 52 millions d'euros en sept ans pour l'acquisition de neuf robots chirurgicaux pour les seuls hôpitaux parisiens. Pourquoi n'avez-vous pas pris en charge cette acquisition en Essonne ? Pourquoi refusez-vous ce service aux personnes qui y habitent et dont vous percevez les impôts ? Le centre hospitalier sud francilien est en crise depuis de nombreuses années. Quelles mesures prendre pour pallier rapidement et concrètement ces manques ?

M. Nicolas Turquois. Je salue la qualité de votre rapport. Si on s'en tient à des positions dogmatiques sur le thème de l'hôpital qui va mal ou du manque de médecins, on n'avance pas ; mais vous vous êtes efforcé d'identifier des expérimentations qui sortent du lot. Député de la Vienne, donc nourri de ce qui se pratique à Poitiers, je puis dire que le dialogue au sein de l'hôpital pour concilier la logique des soins non programmés des urgences et celle des soins programmés de l'hôpital proprement dit permet de faire converger les intérêts grâce au *bed management*, initiative utile qui fait gagner beaucoup de temps et limite grandement le nombre de lits de fortune dans les couloirs. Par le dialogue avec les élus, on peut rapprocher les différents hôpitaux. C'est ce qui permet au CHU de Poitiers et à l'hôpital de Châtellerauld d'assurer le fonctionnement des urgences et des soins non programmés des hôpitaux secondaires de Loudun et de Montmorillon.

Comment l'ARS peut-elle promouvoir la culture du dialogue entre les différents établissements, entre les hospitaliers et la médecine de ville, et entre les hospitaliers et les élus ?

Le 15 est discrédité aux yeux de certains patients, qui ne l'appellent plus de crainte qu'on ne cherche à les écarter des urgences. Quant au recours aux IPA, il semble prometteur pour suppléer au manque de médecins à court terme.

Mme Marie-Charlotte Garin. Je m'exprime au nom de mon collègue Sébastien Peytavie, qui ne peut assister à nos travaux en raison d'une hospitalisation. Du fait de la pénurie de médecins, pour la troisième fois consécutive depuis le début de l'été, le centre

hospitalier de Sarlat a été contraint de fonctionner en mode dégradé au moyen du 15 ; entre le 27 et le 31 juillet, l'accueil des urgences a été fermé. Selon un rapport du Sénat, le nombre de passages aux urgences a doublé en trente ans. Les activités augmentent, les moyens baissent, les conditions de travail se dégradent, les médecins s'en vont. La situation des services d'urgences illustre la dégradation des conditions d'exercice à l'hôpital public.

À l'hôpital, cette pénurie de personnel a fait exploser le recours au mercenariat : des intérimaires assurent des vacations pour des salaires élevés voire mirobolants. Si cette rémunération est supposément encadrée, les montants prévus sont rarement respectés et très supérieurs dans les faits au salaire des praticiens hospitaliers. Cette pratique délétère n'incite pas à l'engagement des médecins à l'hôpital public.

Allouer des moyens supplémentaires aux universités permettrait de rendre effective l'ouverture du *numerus clausus*. D'autre part, revaloriser les gardes hospitalières favoriserait les titularisations à l'hôpital.

Monsieur le ministre, vous avez à cœur le bon fonctionnement des services d'urgences – vos quarante et une recommandations en témoignent –, mais l'heure est à la mise en place de solutions structurelles. Notre collègue Sébastien Peytavie souhaiterait donc savoir ce que le Gouvernement entend faire pour mettre fin à ces pratiques et redonner de l'attractivité à l'hôpital.

M. Elie Califer. Monsieur le ministre, c'est un ancien président de la Fédération hospitalière de la Guadeloupe qui vous parle. Que le système de soins soit défaillant, nous le disons tous. En Guadeloupe, cette question se pose avec une acuité désespérante. La démographie médicale et les ressources ont tendance à fuir le CHU. Ma question porte donc sur le financement structurel des hôpitaux outre-mer, singulièrement en Guadeloupe. Quelle est votre position concernant la revalorisation des coefficients géographiques, qui permettrait de compenser nos handicaps structurels et de donner aux urgences les moyens de fonctionner, d'accueillir et de sauver des vies ?

Mme Nicole Dubré-Chirat. Le personnel et l'organisation des établissements hospitaliers ont été mis à rude épreuve pendant l'épidémie de covid, alors même que leur santé n'était pas au beau fixe auparavant. Depuis lors, nous devons faire face à une fatigue, voire à un épuisement, qui entraîne une fuite des soignants non pas vers d'autres secteurs du soin, mais vers d'autres horizons. Le Ségur a permis d'apporter du matériel, de rénover des locaux, d'améliorer la gouvernance et de revaloriser les salaires, mais pas d'arrêter l'hémorragie. Les places vacantes dans les instituts de formation, les postes vacants dans les établissements, les problèmes de recrutement, le manque d'attractivité, les installations insuffisantes de médecins en milieu rural malgré les incitations financières entraînent des fermetures de lits. Les patients se reportent vers les urgences, seul lieu accessible et gratuit, ce qui sature totalement le système hospitalier, et cela depuis de nombreuses années. Vos propositions – pour une orientation plus adaptée des patients, un travail complémentaire de la part des différents secteurs, un partage de l'activité, une reconnaissance de la pénibilité dans l'exercice professionnel et des augmentations de salaire – peuvent-elles être efficaces, qu'elles soient temporaires ou pérennes ? Suffiront-elles pour améliorer l'accès aux soins et sa continuité, tout en soutenant les professionnels dans cette période difficile ?

Le secteur de la santé mentale est lui aussi en difficulté du fait de l'augmentation de la demande de soins et de la diminution de l'offre. Nous assistons à des fermetures de lits faute de médecins psychiatres, ce qui entraîne une répartition des patients à l'échelle de toute

la région. Quelles mesures d'accompagnement prendre pour mieux adapter la réponse aux besoins ?

Mme Josiane Corneloup. Le système de santé est en grande difficulté ; c'est de là que vient la crise des urgences, et non de ces seuls services, comme vous l'avez dit. Je me réjouis de votre souhait de développer une politique de prévention en santé. C'est un enjeu important pour les années à venir, compte tenu de l'allongement de la durée de la vie et de l'accroissement des pathologies chroniques.

Deux millions de Français n'ont plus de médecin traitant. Certains se tournent donc vers les urgences hospitalières lorsqu'ils ont un besoin. Il faut, sans attendre, soulager les services d'urgences par un rétablissement des capacités en aval, comme cela a été évoqué.

La médecine générale est peu attractive. Or, selon une estimation de l'Union européenne, si l'attrait pour la profession n'augmente pas rapidement, 13,5 % des besoins en santé risquent de ne pas être couverts, en particulier dans les territoires ruraux. Envisagez-vous de revaloriser la médecine générale en en faisant une véritable spécialité, rémunérée au même tarif que les autres ? Ne faut-il pas développer les stages dans les territoires ruraux au sein des cabinets libéraux ?

L'éducation et l'orientation des patients sont des pistes à étudier. Certains patients arrivant aux urgences pourraient en effet bénéficier de soins dispensés dans les officines – on en compte 22 000 sur le territoire national, qui représentent un formidable atout, au même titre d'ailleurs que les maisons de santé pluridisciplinaires.

Vous évoquez une amélioration de la rémunération des médecins libéraux qui participent à la permanence des soins. Or, nombre d'entre eux s'en dispensent. Envisagez-vous de rendre obligatoire cette participation ?

Vous avez indiqué avoir, dans le cadre de votre mission « flash », consulté tous les acteurs : ARS, collectivités, élus, médecins libéraux et urgentistes. Il semble toutefois que les sapeurs-pompiers n'aient pas été associés alors qu'ils sont notamment concernés par les recommandations n^{os} 7 et 21.

La recommandation n° 1 implique la régulation par le biais du 15. Dans le cadre de la mission d'information que j'ai conduite sur les carences ambulancières, j'ai auditionné une plateforme réunissant pour la Haute-Savoie, depuis plus de vingt ans, le 15, le 18, le 112 et le 115. Pourquoi ne pas avoir conseillé cette solution pertinente ?

M. Jean-François Rousset. Nous avons tous, dans nos territoires, des maisons de santé pluridisciplinaires vides et des hôpitaux que nous avons du mal à remplir. Dans la troisième circonscription de l'Aveyron, nous sommes toutefois sur le point de bénéficier d'un hôpital commun pour lequel l'État investira 80 millions d'euros et la région 9 millions. Comment recruter et fidéliser des spécialistes pour ce futur hôpital ? J'ai proposé que les futurs spécialistes soient intégrés dès le début de leur spécialisation à l'élaboration du projet médical de l'hôpital, pour contribuer à le construire. Les chefs de service de chirurgie – spécialité que j'ai exercée – m'ont réservé un accueil favorable. Serait-il possible de faire de cette démarche une véritable expérimentation, peut-être reproductible ailleurs – à l'échelle d'une région ou d'un département –, pour humaniser les mécanismes et faire place au projet médical dans le maquis administratif ?

M. Alexandre Vincendet. Vous avez dit dans votre propos liminaire qu'il fallait se fonder sur le besoin plutôt que sur l'offre. Dans la métropole de Lyon, la commune dont je suis encore maire, et qui gagne des habitants, a eu à déplorer, voilà quelques semaines, la fermeture d'une maternité qui relevait d'un groupe privé, Natecia. Nous avons pourtant rencontré praticiens, patientes, sages-femmes et propriétaires de la clinique. Ces derniers ont, pour de simples raisons comptables, fermé l'établissement, laissant dans le dénuement un bassin de population qui a pourtant grand besoin d'un site où les patientes puissent accoucher.

Par ailleurs, dans cette ville comptant un important quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), le traitement de la psychiatrie pose vraiment problème, alors que Lyon bénéficie d'un centre important sur le site du Vinatier, à Bron. Quant aux centres médico-psychologiques (CMP), il faut environ deux ans pour qu'un enfant puisse y être reçu. Nous avons besoin de moyens, notamment dans les QPV où se concentre une population en difficulté.

Enfin, l'hôpital Desgenettes, contigu au secteur de Bron, au sud de ma circonscription, est un hôpital militaire dont 80 % de la patientèle est civile. Or, le nombre de praticiens y est passé de près de 820 en 2018 à une petite centaine aujourd'hui. Ces patients civils qui bénéficiaient de son offre de soins n'y ont donc plus accès.

M. le ministre. La richesse de vos questions me renforce dans l'idée que nous avons à travailler dans ce domaine qui préoccupe nos concitoyens. Je vous suis reconnaissant d'approfondir les problèmes pour que nous puissions leur trouver, ensemble, des solutions.

La première question concernait le transfrontalier franco-suisse. Étant moi-même de Moselle, je connais bien le transfrontalier franco-luxembourgeois, le Luxembourg fonctionnant, sur le plan financier, comme une pompe aspirante plus forte encore que la Suisse. Un groupe de travail spécifique a été créé – conformément à l'engagement pris par Jean Castex lorsqu'il était Premier ministre – qui a abordé les questions relatives aux conditions de travail, à la formation et à l'offre de soins. Ses conclusions pourront certainement être reprises pour d'autres secteurs transfrontaliers. Cela souligne l'importance de l'Europe de la santé. Lors de la première vague épidémique, la situation aurait été difficile dans le Grand Est si nos collègues allemands n'avaient pas pris en charge près de deux cents patients en réanimation. Nous avons intérêt à de telles coopérations ; l'Union européenne et le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe y travaillent.

Les autorisations d'activité de soins de médecine d'urgence comprennent le champ de la pédiatrie ou concernent des urgences dites générales, la psychiatrie étant traitée à part. Toutefois, ma préoccupation est globale : elle porte aussi sur les maternités ou sur la santé mentale. Les mesures s'adressent à tous les services d'urgences, pédiatriques ou psychiatriques. Je m'inscris en faux contre la rumeur d'une volonté de sous-financer les urgences pédiatriques : c'est la sous-déclaration des effectifs médicaux et paramédicaux qui entraîne un sous-financement. Les professionnels et la direction générale de l'offre de soins travaillent à résoudre ce problème. Quant aux urgences gériatriques, il faut arrêter de créer des urgences pour tout. Les patients de gériatrie se caractérisent par des polyopathologies que les urgences savent prendre en charge. Il est cependant essentiel d'avoir des filières spécifiques pour les personnes âgées.

En réponse à la sous-médicalisation des EHPAD, je suis de près le déploiement nécessaire d'infirmiers en pratique avancée, en particulier gériatrique. De manière générale, je suis favorable au développement des IPA en lien avec les spécialités concernées : il est

logique qu'il existe un intermédiaire entre les infirmiers, qui étudient trois ans, et les médecins, dont la formation dure douze ou quatorze ans. Les IPA existants montrent leur utilité. Concernant les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) souhaitant intégrer la filière, j'attends les conclusions de l'IGAS, sachant que la première année de formation d'IPA prévoit l'acquisition de principes de base en physiologie et anatomie dont les IADE ne bénéficient pas actuellement ; il y aura donc des compléments à prévoir.

Le projet de décret sur la réforme des autorisations des structures d'urgences, qui encadre le fonctionnement des futures antennes de médecine d'urgence, a été transmis au Conseil d'État. Dans cette période estivale, le principe des antennes est déjà appliqué de façon dérogatoire, ce qui va permettre de l'évaluer. Ces services devront toutefois être intégrés à un service d'urgences de pleine activité, dans une logique territoriale.

En ce qui concerne le traitement des pathologies du quotidien en pharmacie, il figure dans le plan Ma santé 2022, mais un décret de 2021 l'autorisait déjà pour certaines. Le transfert de tâches et de compétences sera traité lors de la conférence des parties prenantes. Chacun devra avancer, sur des bases que je souhaite scientifiques, pour être certain qu'il n'y ait pas de perte de chances pour les patients.

S'agissant de l'intérim, nous disposons d'un cadre réglementaire issu de la « loi Rist » qui limite sa place. Mais, sous la pression des hospitaliers, directeurs ou médecins, il n'a pas été appliqué. Comme la morphine, l'intérim donne l'impression d'une amélioration, mais il entraîne une dépendance sans guérir le mal. Il ne faut toutefois pas jeter la pierre : il n'est que le traitement symptomatique de la maladie dont souffre le système de santé. Il faut le combattre, en appliquant la loi, mais de façon éclairée, tout en soignant la pathologie. Si on ne le fait pas et si on arrête le traitement, les choses iront de mal en pis.

La régulation de l'installation des médecins n'est pas un sujet tabou. D'ailleurs, aucun sujet ne le sera. Il faut mettre sur la table l'ensemble des questions et les travailler en amont de la conférence des parties prenantes qui nous conduira jusqu'au début de l'année 2023. Nous éviterons ainsi des décisions précipitées, qui entraveraient la discussion au sein de la conférence.

S'agissant des déserts médicaux, méfions-nous des solutions faciles et des « y'a qu'à, faut qu'on ». Il y a, en réalité, un panel de solutions qui comprend le fait de réaliser des stages, dès le début des études, davantage en périphérie et moins dans les CHU. Il faut aussi pouvoir accueillir les stagiaires, ce qui concerne les élus : faute d'internats dans les hôpitaux, les étudiants doivent se rendre à une heure de route au moins de leur domicile car ils n'ont pas les moyens de louer un second appartement à 150 kilomètres de la faculté. La problématique est globale et doit être envisagée comme telle, là aussi grâce à une boîte à outils.

Je suis particulièrement attentif aux problèmes des outre-mer. La revalorisation des coefficients géographiques fait déjà l'objet d'un rapport au Parlement : nous travaillons à préciser les variations à introduire.

Une réforme des transports sanitaires urgents a été menée. Ses effets sont probablement en deçà des besoins. C'est pourquoi, dans le cadre des mesures d'été, nous avons relevé d'au moins 10 % le volume horaire dédié à ces transports, afin de donner un peu d'air.

Je ne cherche pas à condamner les centres de soins immédiats non programmés : ils répondent à un besoin, mais sont un traitement plus symptomatique que curatif.

Le *numerus clausus* a été supprimé après des dizaines d'années d'existence. Le *numerus apertus* ne résout pas tout. En médecine, il n'y a certes pas de redoublement dans le cadre universitaire, mais c'est aussi le cas dans d'autres disciplines. Pour augmenter le nombre d'étudiants, il faut relever celui des formateurs, des enseignants, des hospitalo-universitaires. Il faut s'atteler à tous les aspects du problème. Il convient sans doute d'accroître les effectifs dans de nombreuses spécialités mais, en l'état actuel des choses, cela réduira ceux des autres, même si le nombre d'étudiants reçus à l'examen classant national augmente globalement. Évaluer les besoins de santé, de professionnels de santé et de spécialités médicales dans les années à venir est donc indispensable pour définir les effectifs des spécialités. Pour les médecins intensivistes, par exemple, il faut réfléchir à quinze, vingt ou trente ans.

Libérer du temps médical est l'objectif des transferts de tâches et de compétences, un sujet certainement central lors de la conférence des parties prenantes. Tous les professionnels devront s'asseoir autour de la table pour que ces transferts se fassent dans le respect des règles de la science. Il ne faudra pas oublier les assistants médicaux, qui permettent d'augmenter de 10 % la clientèle d'un médecin en libéral. Je compte aussi réduire la charge administrative des soignants à l'hôpital qui, pour certains d'entre eux, occupe 50 % de leur temps de travail, et leur rendre du temps soignant. Il s'agit de l'un de mes objectifs principaux.

La prime d'exercice en soins critiques a été versée à 30 000 infirmiers et transposée dans le privé. Nous réfléchissons à son extension. J'accepte sa logique, consistant à reconnaître la pénibilité de certains métiers comme du travail à l'hôpital la nuit et en fin de semaine, et procédant d'une vision globale de la pénibilité. Il faut sortir des corporatismes, à l'hôpital comme hors de l'hôpital, au profit d'une conception plus générale des problèmes de santé.

Les conditions de travail des soignants sont un axe fort de la réforme que je veux mener. Il faut rendre du sens à notre métier. Chacun doit savoir pourquoi il vient travailler et le faire dans de bonnes conditions.

Très honnêtement, si demain vous vous me fournissez 10 000 médecins et 60 000 infirmières, je les prends. Il ne s'agit pas d'un problème de recrutement, mais de postes vacants. Pourvoyons donc ces postes, voyons ensuite quels sont les besoins et nous y répondrons. Pour recruter des soignants, il faut éviter qu'ils n'abandonnent leurs études et travailler sur la pénibilité de leur métier ainsi que sur leurs conditions de travail. Je compte m'y atteler dans les mois à venir.

Concernant l'utilisation du 15, la communication continue. Je rappelle que c'est la première fois, depuis la création de ce numéro dans les années 1970, qu'il existe une communication nationale sur son bon usage. C'est une habitude à cultiver chez nos concitoyens. Je ne crois pas à un discrédit du 15 ni du service d'accès aux soins. Ce qui est important, c'est son organisation, notamment le principe du « décroché bi-niveau », qui permet une réponse pertinente en trente secondes.

Monsieur Turquois, le travail sur le *bed management* mené par le professeur Olivier Mimoz à Poitiers est un exemple pour les services d'urgences de France. Il démontre que, si tout le monde se met autour de la table, on avance. Favoriser ce dialogue est l'une des missions des ARS, comme vous l'avez constaté lors des missions d'été. Il ne s'agit pas d'un mode dégradé mais d'une amélioration de l'orientation des patients, donc de leur prise en charge, grâce à la régulation médicale.

La santé mentale est un enjeu majeur. Nous avons beaucoup œuvré pour elle, notamment en améliorant la reconnaissance des psychologues et en ouvrant la possibilité de consultations spécialisées. L'après-crise du covid-19 a donné lieu parmi les enfants et les adolescents à une épidémie de pathologies psychiatriques qu'il ne faut pas méconnaître. Nous continuerons à forger des outils pour répondre aux besoins.

La plateforme commune du 15, 18, 112 et 115 adoptée par le SDIS 74 correspond à un mode de financement parmi ceux que la loi dite « Matras » permet d'expérimenter. Ils sont au nombre de trois : une plateforme unique pour tous les services d'urgences – police, gendarmerie, SAMU et pompiers ; la santé d'un côté, les secours et la sécurité de l'autre ; le SAMU et les pompiers d'un côté, la police de l'autre. Si je n'ai pas consulté les sapeurs-pompiers dans le cadre de ma mission « flash », c'est parce qu'elle était consacrée à la santé alors que les sapeurs-pompiers sont des professionnels du secours. Ils n'en ont pas moins accueilli favorablement mes recommandations n^{os} 7 et 21, considérant qu'elles vont dans le sens de leurs revendications.

Monsieur Rousset, j'ai constaté que les maires qui construisent une maison de santé avant de chercher des soignants échouent, alors que s'ils construisent une maison de santé avec les soignants, cela fonctionne. C'est par le dialogue et la coconstruction que nous avancerons. C'est pourquoi la conférence des parties prenantes réunira les soignés, les soignants et les élus.

S'agissant de la fermeture, pour des raisons comptables, d'une maternité privée à but lucratif dans la banlieue de Lyon, heureusement, le service public est là, à la Croix-Rousse. Un phénomène intéressant, qui n'est pas expérimental mais doit être reproduit, est l'exercice mixte, moitié en ville, moitié à l'hôpital, des sages-femmes récupérées. Nous devons aller dans cette direction en faisant tomber les barrières.

Concernant l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Desgenettes, le HIA Legouest, à Metz, a le même problème. La reconfiguration du service de santé des armées vise à répondre aux besoins des armées – il s'agit là encore d'une logique de besoin. Il faut travailler ensemble à l'échelle des territoires. Par pitié, plaidez, dans vos territoires respectifs, en faveur de l'anticipation de ces problèmes, qu'on ne découvre pas la veille qu'on ne pourra pas fonctionner le lendemain !

M. Elie Califer. Monsieur le ministre, auriez-vous l'amabilité de me donner une brève réponse sur les urgences de l'unique CHU de Guadeloupe ?

M. le ministre. Malheureusement, comme je l'ai dit, le statut de CHU ne règle ni la question des postes, ni les difficultés de recrutement. Les outre-mer ont les mêmes problèmes que le reste de la France, aggravés par l'isolement dû à l'insularité. Je suis tout à fait prêt à travailler avec vous et avec les autres élus pour élaborer des solutions spécifiques. J'ai des contacts réguliers avec mes confrères de Guadeloupe, de Martinique, de Guyane, de La Réunion et de Mayotte. Pour l'heure, nous n'avons que les solutions adoptées à l'échelle nationale.

M. François Ruffin. Oui ou non, planifiez-vous un grand plan d'embauche à l'hôpital ? Si oui, sur quelle durée ? Pour quels effectifs ?

M. le ministre. Vous n'étiez malheureusement pas là lorsque je l'ai dit, mais de nombreux postes sont vacants et si nous avons les soignants pour les pourvoir, je les

embaucherais demain ! Dans le cadre de la conférence des parties prenantes et de ma volonté de raisonner en fonction des besoins de santé et non plus de l'offre, nous augmenterons les effectifs si nécessaire, en fonction de l'évaluation des besoins.

Il ne faut pas restreindre le champ de vision à l'hôpital public. Je connais de près le problème qui se pose lorsqu'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), une clinique privée et un hôpital public sont implantés au même endroit : il faut qu'ils travaillent ensemble, notamment à l'échelon des spécialités. Dans le cadre de la refonte du système de santé visant à améliorer la réponse aux besoins, nous trouverons probablement de meilleures solutions pour le personnel, en qualité de travail et en nombre.

M. Sébastien Delogu. En 2016, une unité de soins intensifs pour adolescents (USIA) a été inaugurée à l'hôpital Nord de Marseille. Elle a fermé faute de médecins intéressés par les postes proposés : tout le monde a fui le service. Les patients doivent être transférés au centre hospitalier voisin Édouard Toulouse, qui manque de soignants. Ainsi, des adolescents en soins intensifs, qui ont besoin de soins notamment psychiatriques, errent dans les rues. Cela pose de nombreux problèmes. Quel hôpital peut les prendre en charge ? L'USIA peut-elle rouvrir ses portes avec des moyens accrus ?

M. le ministre. S'agissant des problèmes spécifiques, je suis à votre disposition pour les regarder de près. De manière générale, la santé mentale, du dépistage à la prise en charge, est en souffrance, c'est le moins que l'on puisse dire. Toutefois, si les soignants s'en vont, il est difficile de maintenir des structures ouvertes. La question est de savoir pourquoi ils partent. Est-ce en raison de leurs conditions de travail ?

Monsieur Bazin, la prise en compte de l'inflation dans les coûts des EHPAD est un vrai sujet. J'ai rencontré les représentants des fédérations, de l'hospitalisation privée et des ESPIC. Nous travaillons avec eux à l'élaboration d'une compensation. Il ne faut pas ajouter de la souffrance aux souffrances. Je ne doute pas que nous parviendrons, avec les fédérations concernées, à trouver des pistes pour résoudre le problème.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur le ministre, nous vous remercions. Votre audition était consacrée aux services d'urgences : l'ancienne enseignante que je suis ne peut manquer de relever quelques hors-sujet ! Nous aurons l'occasion, dans les mois à venir, de vous entendre à nouveau.

*

La réunion s'achève à vingt-trois heures trente.

Informations relatives à la commission

1. *La commission a désigné les membres de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) : M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, M. Hadrien Clouet, M. Pierre Dharréville, M. Marc Ferracci, M. Thierry Frappé, M. Jean-Carles Grelier, M. Jérôme Guedj, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Sandrine Josso, M. Philippe Juvin, M. Didier Le Gac, M. Didier Martin, Mme Joëlle Melin, M. Thomas Mesnier, M. Yannick Neuder, M. Sébastien Peytavie, M. Olivier Serva et Mme Annie Vidal.*

2. *La commission a désigné les rapporteurs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 :*

– *Équilibre général, recettes et maladie : Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale ;*

– *Autonomie : Mme Caroline Janvier ;*

– *Famille : M. Paul Christophe ;*

– *Assurance vieillesse : M. Cyrille Isaac-Sibille*

– *Accidents du travail et maladies professionnelles : M. Thibault Bazin.*

3. *La commission a désigné les rapporteurs pour avis sur le projet de loi de finances pour 2023 :*

– *Régimes sociaux et de retraite et Pensions : M. Nicolas Turquois ;*

– *Santé : M. Christophe Bentz ;*

– *Solidarité, insertion et égalité des chances : Mme Christine Le Nabour ;*

– *Travail et emploi : M. Pierre Dharréville.*

4. *La commission a créé un groupe de travail sur l'accès aux soins dont sont membres : Mme Farida Amrani, M. Éric Alauzet, M. Joël Aviragnet, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, Mme Marie-Charlotte Garin, Mme Justine Gruet, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Jean-François Rousset, M. Olivier Serva, Mme Prisca Thévenot, M. Frédéric Valletoux, M. Philippe Vigier et M. Stéphane Viry.*

5. *La commission a créé un groupe de travail sur la longévité et l'autonomie dont sont membres : Mme Bénédicte Auzanot, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, Mme Laurence Cristol, M. Pierre Dharréville, Mme Caroline Fiat, M. François Gernigon, M. Jérôme Guedj, Mme Monique Iborra, M. Didier Martin, Mme Maud Petit, M. Sébastien Peytavie, M. François Ruffin, Mme Isabelle Valentin et Mme Annie Vidal.*

Présences en réunion

Présents. – Mme Farida Amrani, Mme Bénédicte Auzanot, M. Thibault Bazin, M. José Beaurain, M. Christophe Bentz, Mme Fanta Berete, M. Elie Califer, M. Victor Catteau, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, Mme Laurence Cristol, M. Sébastien Delogu, M. Pierre Dharréville, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Olivier Falorni, M. Marc Ferracci, Mme Caroline Fiat, M. Thierry Frappé, Mme Marie-Charlotte Garin, M. François Gernigon, M. Jean-Carles Grelier, M. Jérôme Guedj, Mme Claire Guichard, Mme Servane Hugues, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, M. Philippe Juvin, Mme Rachel Keke, Mme Fadila Khattabi, M. Didier Le Gac, Mme Katiana Levavasseur, M. Matthieu Marchio, M. Thomas Mesnier, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Astrid Panosyan-Bouvet, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. François Ruffin, M. Freddy Sertin, M. Nicolas Turquois, Mme Isabelle Valentin, M. Frédéric Valletoux, M. Alexandre Vincendet

Excusés. – M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, M. Olivier Serva, M. Philippe Vigier, M. Stéphane Viry

Assistaient également à la réunion. – Mme Danielle Brulebois, M. Arthur Delaporte, M. Jean-Luc Warsmann