

Dominique POTIER
Député de Meurthe-et-Moselle

Monsieur Olivier Véran
Ministre des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne
75007 PARIS

Toul, le 5 mai 2020

N/Réf : 50-20

Objet : pour une refondation de l'appareil public de santé

Monsieur le Ministre,

A l'heure où s'amorce une lente décrue de l'épidémie de covid-19 en France après 6 semaines de confinement, il faut saluer la résistance de notre appareil de santé et notamment de l'hôpital public, qui, s'il a connu des heures critiques, notamment en région Grand Est, s'est maintenu en conditions opérationnelles malgré l'extrême tension à laquelle il a été soumis.

Dans un contexte structurellement dégradé et avec un pilotage central parfois hésitant, cette capacité à contenir la vague de l'épidémie s'est construite par une série d'adaptations successives, en plein cœur de la crise, mettant à rude épreuve les soignants et les personnels des services hospitaliers connexes qui, par leur engagement personnel, malgré la complexité des conditions de travail et l'épuisement des organismes, ont fait preuve d'une résistance hors du commun. Elle a également été rendue possible par des innovations organisationnelles et techniques qui ont permis de doubler en 4 semaines le nombre de lits de réanimation en France dans le cadre du plan blanc et de mettre en place des transferts longue distance par voie ferroviaire ou aérienne de patients lourdement atteints. Enfin, nous devons saluer la coopération européenne qui a permis la prise en charge de près de 200 patients français dans des unités de soins intensifs en Allemagne, au Luxembourg, en Autriche et en Suisse.

Nous ne faisons qu'amorcer ici un long travail d'analyse qui vise à collectivement tirer les enseignements de cet épisode aigu marquant l'entrée de notre pays dans la crise sanitaire. Cependant, nous pouvons d'ores et déjà poser plusieurs jalons et garde-fous :

1. S'agissant de l'hôpital public, il y a évidemment urgence à lancer **les Etats Généraux** qu'au sein du groupe socialiste et apparentés à l'Assemblée Nationale, nous appelons de nos vœux.

Au-delà d'un énième plan hôpital, il s'agit d'initier une véritable refondation de notre politique sanitaire. Nous venons de redécouvrir combien **l'hôpital public est, plus que jamais, notre patrimoine et notre bien commun**. Aujourd'hui c'est son fonctionnement global qui doit être interrogé pour apporter des solutions durables à la crise structurelle qu'il traverse depuis de nombreuses années. Nous souhaitons que ces états généraux associent de façon pluraliste autour du Ministre des Solidarités et de la Santé les parlementaires, les collectivités locales, les organisations syndicales, les personnels soignants et les usagers.

2. Ces Etats Généraux ne sauraient par ailleurs nous soustraire de **la mise en place dans le cadre d'un PLFRSS 2020 de mesures immédiates** visant à consolider les effectifs hospitaliers actuels, revaloriser les salaires des personnels et augmenter la capacité d'investissement des établissements. Ces dispositions, en appui notamment sur un passage de l'ONDAM à 3,1%, ont fait l'objet d'une présentation détaillée dans le « Plan d'urgence pour l'hôpital et les Ehpad » proposé en octobre 2019 par les groupes socialistes de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Elles ont vocation à **réarmer à court terme le dispositif sanitaire, évidemment confronté à l'hypothèse de répliques épidémiques** lié à la sortie du confinement.

Dans cette logique, j'avais, le 8 janvier dernier, attiré l'attention de Mme la Ministre sur le cas du CHRU de Nancy-Brabois : engagé depuis 2013 dans un plan massif de restructuration et d'économie, en pleine réorganisation de ces implantations dans le cadre d'un projet immobilier de grande ampleur, **cet établissement pivot de l'offre de soin sur le territoire sud-lorrain, doit faire l'objet d'un soutien affirmé de l'Etat**, au vu notamment des efforts sociaux consentis par l'ensemble de la communauté médicale tout au long de ce processus.

3. **La coopération territoriale entre établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT)** sont les conditions nécessaires de l'efficacité de l'offre de soins sur les territoires et de la fluidité des parcours de soin.

S'agissant de l'hôpital de Toul qui fait partie du GHT 7 regroupant 10 établissements publics périphériques autour du CHRU de Nancy-Brabois et de l'Institut de Cancérologie de Lorraine, j'ai eu l'occasion, le 2 mars dernier, d'attirer votre attention sur l'organisation de la permanence des soins en appelant à davantage de concertation entre les parties. Pour ce sujet comme pour celui de l'imagerie ou de la maternité, la juste répartition des moyens entre le centre et périphérie doit permettre de **construire une offre territoriale graduée et de renforcer chacun des établissements sur ses périmètres propres**. Elle doit permettre notamment la partage de praticiens hospitaliers entre le CHU et les centres hospitaliers périphériques et ouvrir la possibilité de parcours patient échelonné dans une logique de subsidiarité et de complémentarité. La mobilisation des ressources informatiques sur les lieux de pratique clinique au profit de territoires numériques de santé est probablement un facteur clé de la construction de ces coopérations.

Depuis 2013, avec le président du conseil de surveillance et maire de Toul, le président de la communauté de communes Terres Toulaises ainsi que l'ensemble des élus, nous défendons une logique de polycentrisme maillé qui garantit la véritable consolidation d'une filière publique solide.

4. De la même façon, **l'articulation des ressources humaines, des compétences et des plateaux techniques entre secteur public et secteur privé** est un facteur clé de l'efficacité et notamment de la robustesse du système de soin territorial. Outre des fonctions de coordination, elle suppose une coopération étroite entre praticiens. Face aux inégalités constatées dans l'engagement des professionnels privés face à l'épidémie, j'ai eu l'occasion, par un courrier du 31 mars dernier, d'attirer votre attention sur **l'indispensable solidarité des médecins libéraux, toutes spécialités confondues**, pour affronter un épisode épidémique comme celui que nous venons de traverser.

Cette solidarité ne saurait s'envisager sans un partage juste de l'effort et des rémunérations entre l'ensemble des acteurs de santé et, dès lors, sans un réexamen des pratiques telles que les dépassements d'honoraires ou l'intérim hospitalier à coût prohibitif sur certains secteurs en tension. Il en va des principes fondateurs de la sécurité sociale, dont est issu le financement commun de notre système de santé.

5. Au-delà des hypothèses sur l'altération globale des milieux de vie, comme contributrice à l'émergence du Covid-19, nous avons pu constater combien les maladies chroniques et notamment obésité, diabète et pathologies cardiaques ont constitué des facteurs d'aggravation, voire de mortalité pour les patients atteints du Covid-19 et de surcharge pour l'appareil de santé. Qu'elle concerne les écosystèmes ou les populations, **la prévention s'impose plus que jamais comme le premier investissement en santé publique** aussi bien à l'échelle planétaire qu'au plus près de nos territoires.

Les dispositifs de maillage territorial (**contrats locaux de santé et communautés professionnelles territoriales de santé**) offrent, notamment en secteur rural, les conditions pour construire des politiques locales de prévention en appui sur une pluralité d'acteurs. La pérennisation de ces dispositifs qui créent **le réseau de santé vécu par les habitants au quotidien** en mettant en perspective les parcours de prise en charge depuis la mise en place d'activités sportives en entreprise jusqu'au repérage précoce des souffrances pédopsychiatriques constitue un investissement de long terme.

Enfin, ils **permettent la réappropriation des enjeux des santé par les citoyens** et constituent, nous venons de le constater localement en Meurthe-et-Moselle, un facteur de résilience précieux dans les situations de crise.

6. Sans préjuger de ce sera le plan massif pour le grand âge annoncé par le Président de la République le 13 avril dernier, **la question de la dépendance liée à l'âge** doit faire l'objet d'une approche similaire à celle proposée ici pour l'hôpital public : refondation, mesures prioritaires, nouvelles coopérations et mise en réseau des acteurs. A très court terme, nous plaidons avec de nombreux parlementaires en faveur d'un signe minimum de **gratitude pour ces personnels "en première ligne"** à travers une prime de 1000 euros par salarié versée par l'Etat aux structures employeuses. Nous sommes, de la même façon, vigilants aux moyens déployés pour assurer la relève des personnels épuisés et pour la fourniture en continu des matériels de protection sanitaire adaptés.

Au-delà de la nécessité de réinventer la prise en charge du risque dépendance par la solidarité nationale, **la revalorisation des métiers et l'augmentation du personnel aussi bien en EHPAD qu'à domicile** sont des mesures d'urgence pour pallier une situation historiquement déficitaire, sur laquelle j'avais attiré l'attention de votre ministère par une question écrite le 29 janvier 2019 : idéalement à travers le PLFRSS que nous appelons de nos vœux, nous devons créer les conditions d'une rémunération plus décente des personnels d'aide à domicile. C'est le préalable à une modernisation des parcours de formations initiaux et continus et à une réforme attendue des conventions collectives. Il est illusoire de susciter des vocations si notre société ne donne pas crédit à ces attentes exprimées de longue date. **L'égalité des personnes aidées passe par celle de ceux qui en prennent soin.**

Enfin et surtout, dans la diversité de nos territoires, nous avons redécouvert une évidence. De façon permanente, et a fortiori en période de crise, les SAD en accomplissant leur mission permettent au système hospitalier et aux EPHAD de remplir les leurs de façon optimum. La loi Dépendance annoncée par le Président de la République doit non seulement intégrer les réformes esquissées ci-dessus dans un cadre législatif, mais elle doit à notre sens permettre **l'intégration des SAD dans un continuum de santé publique**. Cela suppose un contrat clair entre l'Etat, les collectivités territoriales compétentes et des acteurs de l'économie sociale et solidaire consolidés et unifiés.

En me tenant à votre disposition, sur la base de ces options, pour contribuer à une refondation de notre appareil public de santé, je vous prie de recevoir, Monsieur le Ministre, l'expression de mes salutations respectueuses.



Dominique Potier

Copie à : Monsieur le Préfet de Meurthe-et-Moselle
Madame la Directrice Générale de l'ARS Grand Est