



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# SÉCUR DE LA SANTÉ

# Les conclusions

| DOSSIER DE PRESSE  
JUILLET 2020





**SÉGUR**  
**DE LA SANTÉ**  
Les conclusions



**Olivier Véran,**  
ministre des Solidarités et de la Santé

*Les Français aiment leurs soignants. Chaque soir, pendant deux mois, ils les ont soutenus ; chaque soir, pendant deux mois, des applaudissements ont retenti dans nos villes et dans nos campagnes, pour leur dire la reconnaissance de toute une Nation. Dans les hôpitaux, dans les Ehpad, dans les cabinets et au domicile des malades, des femmes et des hommes ont été en première ligne d'une crise sanitaire qui a très durement frappé la France. Nous leur devons tant.*

*Sitôt le ralentissement de l'épidémie, nous avons voulu transformer les applaudissements en engagements et apporter des réponses concrètes à des attentes anciennes. Je connais le dévouement des soignants : leurs métiers sont difficiles, parfois pénibles et le sentiment d'un manque de reconnaissance peut décourager, voire contrarier une vocation. Agir vite et fort, tel a été le souhait du Président de la République, telle a été l'ambition du Ségur de la santé.*

*Nous avons agi vite, en réunissant pendant 50 jours les représentants de tous ceux qui font vivre notre système de santé. Animée par Nicole Notat, qui connaît la force du dialogue social, une grande concertation a permis d'entendre les propositions, les critiques, les espoirs. Nous avons agi fort, en engageant des sommes historiques, qui transformeront de manière tangible le quotidien des soignants.*

*La revalorisation des carrières certes, parce que la fiche de paie n'est pas un tabou, mais aussi l'organisation des soins dans les territoires, les études en santé,*

“

***Les conclusions du Ségur de la santé seront notre boussole pour relever les défis d'une Nation qui conjugue désormais les solidarités et la santé à ses valeurs fondamentales.***

”

*l'investissement, le numérique en santé, la gouvernance et la participation des soignants aux prises de décision, la lutte contre les inégalités de santé, la psychiatrie, la recherche, mais aussi la santé des personnes âgées et en situation de handicap : autant de questions qui ont été au cœur du Ségur de la santé.*

*Les conclusions du rapport de Nicole Notat scrutent avec rigueur et ambition un système de santé qui suscite autant la fierté que la crainte de le voir perdre peu à peu son éclat. Elle propose des orientations fortes qui sont des fondations sur lesquelles nous allons bâtir, avec les territoires, la santé de demain. Des fondations qui s'enrichissent de deux accords signés le lundi 13 juillet 2020 avec le Premier ministre et les organisations syndicales représentant les personnels médicaux de l'hôpital public et l'ensemble des professions non-médicales.*

*Les défis sont nombreux, qui nous appellent à redoubler d'efforts : faire tomber les murs entre l'hôpital, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux, lutter avec une énergie nouvelle contre les inégalités de santé, donner plus de voix aux soignants dans la gouvernance des établissements de santé, mieux tenir compte des enjeux environnementaux, mettre le numérique au service de la santé de tous et tout cela dans l'intérêt supérieur des patients et de leur santé.*

*Les conclusions du Ségur de la santé, qui doivent contribuer à accélérer les transformations engagées par Ma Santé 2022, seront notre boussole pour relever les défis d'une Nation qui conjugue les solidarités et la santé à ses valeurs fondamentales.*

---

## **POURSUIVRE LA MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES FRANÇAIS** **6**

---

### **PILIER 1**

## **TRANSFORMER LES MÉTIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT** **10**

---

8,2 milliards d'euros pour revaloriser les professionnels de santé et renforcer l'attractivité de l'hôpital public .....	12
Permettre aux établissements publics de santé de négocier et aménager à leur niveau le temps de travail .....	12
Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical .....	13
Augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés par an .....	14
Renforcer les réseaux d'enseignement et de recherche dans les territoires en partenariat avec le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation .....	14
Accélérer le déploiement des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) .....	15
Lancer une réflexion sur la création d'une profession médicale intermédiaire .....	15
Favoriser l'exercice mixte des médecins entre ville et hôpital .....	16

### **PILIER 2**

## **DÉFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DE LA QUALITÉ DES SOINS** **18**

---

19 milliards d'euros d'investissements nouveaux dans la santé (ville-hôpital- médico-social) .....	20
Donner le pouvoir aux territoires en matière d'investissement en santé .....	22
Accélérer la réduction de la part de T2A .....	22
Financer l'ouverture et/ou la reouverture de 4000 lits « à la demande » .....	24
Rénover l'ONDAM pour l'adapter à une politique de santé de long terme .....	24
Accélérer la transition écologique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux .....	25
Renforcer la qualité et la pertinence des soins, avec le développement d'une rémunération des médecins spécialistes sur la qualité de leurs pratiques .....	26
Soutenir et dynamiser la recherche en santé .....	26
Développer les hôtels hospitaliers .....	27

---

## **PILIER 3**

### **SIMPLIFIER LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES ÉQUIPES DE SANTÉ POUR QU’ILS SE CONSACRENT EN PRIORITÉ À LEURS PATIENTS 28**

---

Réhabiliter le rôle et la place du service au sein de l’hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST .....	30
Donner la capacité aux établissements et aux territoires d’adapter les règles du code de la santé publique.....	30
Simplifier les procédures et libérer du temps pour les professionnels.....	31
Adapter les principes de la commande publique aux besoins particuliers des établissements dans les territoires .....	31
Mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l’hôpital .....	32
Mieux prévenir les conflits à l’hôpital .....	32

## **PILIER 4**

### **FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS 34**

---

Assurer le développement de la télésanté dans tous les territoires .....	36
Améliorer l’accès aux soins non programmés par le développement de l’exercice coordonné .....	36
Concrétiser le Service d’Accès aux Soins (SAS) .....	38
Lutter contre les inégalités de santé .....	38
Mettre en place une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées .....	40
Améliorer l’accès au soin des personnes en situation de handicap.....	41
Faire des hôpitaux de proximité des laboratoires en matière de coopération territoriale.....	41
Renforcer l’offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population .....	42
Renforcer les missions et l’indépendance des conférences régionales de la santé et de l’autonomie (CRSA) afin d’en faire des véritables « parlements de santé ».....	43
Évolution des ARS : renforcer le niveau départemental et l’association des élus.....	44

## **FINANCEMENT 46**

---

## **LES ACCORDS DE LA SANTE 48**

---

---

# POUR SUIVRE LA MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES FRANÇAIS

Si la crise épidémique a démontré la qualité du système de santé français autant que l'engagement et le professionnalisme de tous ses acteurs, elle a parfois révélé des dysfonctionnements, des inégalités, des rigidités.

Malgré leur souci constant de prendre soin des Français, les professionnels de santé sont depuis longtemps confrontés à une insuffisance de moyens matériels et humains, à des lourdeurs administratives, à des cloisons qui séparent artificiellement l'hôpital, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux, à un manque d'attractivité de l'hôpital public. À ces difficultés s'ajoute pour les soignants le sentiment déjà ancien de ne pas être reconnus par des rémunérations correspondant à leur engagement.

La crise sanitaire a donné à leurs revendications une acuité nouvelle et il était temps de poser des actes forts pour revaloriser les carrières et les rémunérations. La crise sanitaire a aussi vu se déployer des trésors d'ingéniosité, des nouvelles coopérations dans l'intérêt des patients, des procédures plus souples et plus simples. Quand nécessité fait loi, le superflu passe au second plan et seule compte l'action au service de nos concitoyens.

Les constats que chacun a pu faire dans ce contexte inédit ne sont pas nouveaux : ils ont très largement inspiré le plan « Ma santé 2022 » au centre duquel se trouvaient une hausse de l'ONDAM et des tarifs hospitaliers, le décloisonnement des modes d'exercice et une vraie rupture des pratiques avec un financement à la qualité des soins. Si le diagnostic d'ensemble est toujours valable et partagé par tous, l'ambition que nous portons aujourd'hui est inédite.

Le 25 mars 2020, à Mulhouse, dans un département très durement frappé par l'épidémie, le Président de la République a pris l'engagement qu'« à l'issue de cette crise, un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital ».

Fidèle à cet engagement, le Ségur de la santé a été lancé le 25 mai 2020, avec une ambition élargie à l'ensemble du système de santé.



## LE SÉCUR DE LA SANTÉ : ÊTRE À LA HAUTEUR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ, DE SES SOIGNANTS ET DE SES PATIENTS

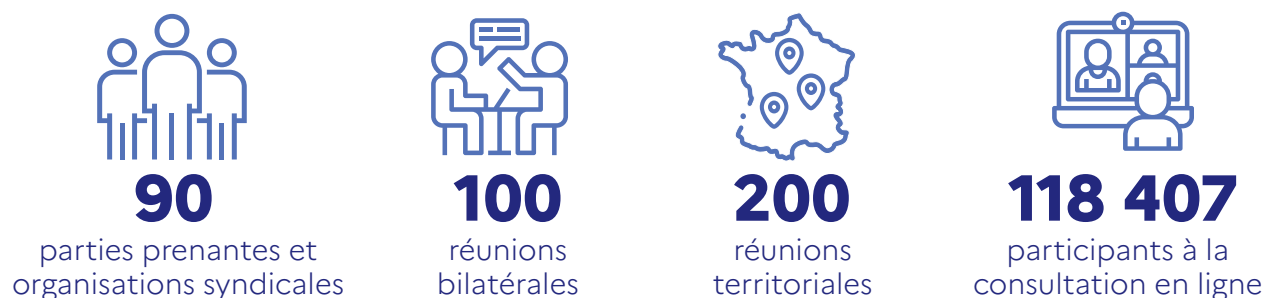
Avec plus de 50 jours de travaux, le Ségur de la santé s'est fixé comme ambition de tirer collectivement les leçons de l'épreuve traversée et de faire le lien avec les orientations de Ma Santé 2022, pour bâtir les fondations d'un système de santé encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires.

Pour cela, sous l'animation de Nicole Notat, plus d'une centaine d'acteurs ont été réunis et interrogés afin de contribuer à l'écriture de ce nouveau chapitre du système de santé : acteurs institutionnels, élus, représentants des usagers, agences régionales de santé, assurance maladie, ordres professionnels, représentants des établissements et employeurs du secteur sanitaire et médico-social, syndicats hospitaliers, syndicats de praticiens et professions paramédicales libéraux, représentants des étudiants et jeunes médecins, représentants des transporteurs sanitaires, conseils nationaux professionnels et collectifs hospitaliers...

### Les travaux du Ségur de la santé ont reposé sur quatre piliers :

- Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent.
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins.
- Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes.
- Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires, au service des usagers.

Le Ségur de la santé s'est également appuyé sur de nombreuses contributions issues de la consultation numérique des professionnels de santé ou de retours d'expériences territoriaux.



Les travaux du Ségur de la santé se sont achevés le 10 juillet 2020, et ont abouti à la signature le 13 juillet 2020 des accords du Ségur de la santé à l'hôtel de Matignon par Jean Castex, Premier ministre, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, et par une majorité d'organisations syndicales représentant d'une part, les professions non médicales (FO, CFDT, UNSA), et d'autre part les personnels médicaux de l'hôpital public (INPH, SNAM-HP, CMH).

Le 21 juillet 2020, Nicole Notat a remis la synthèse de ses travaux au ministre des Solidarités et de la Santé. Les présentes conclusions s'appuient sur cette synthèse.

**19 milliards d'euros**

d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants

**8,2 milliards d'euros**

pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD et reconnaître l'engagement des soignants au service de la santé des Français

**15 000 recrutements**

à l'hôpital public

**Accélérer la sortie du « tout T2A »** et

privilégier la qualité des soins

**Financer l'ouverture ou la réouverture de 4000 lits « à la demande »**

**Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical** à l'hôpital public

**Redonner toute sa place aux services hospitaliers** au sein des établissements de santé

**Former plus de soignants** dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients

**Faciliter l'accès au soins non-programmés** et l'exercice coordonné

**Développer fortement la télésanté** en s'appuyant sur les acquis de la crise pour mieux soigner les Français

**Donner aux territoires** les principaux leviers de l'investissement en santé dans l'intérêt de leurs habitants

**Combattre les inégalités de santé**

# **SÉGUR** **DE LA SANTÉ**

## LES CONCLUSIONS

# PILIER 1

TRANSFORMER  
LES MÉTIERS ET  
REVALORISER CEUX  
QUI SOIGNENT



Le système de santé est fait de femmes et d'hommes engagés qui ont choisi par leur métier de prendre soin des Français chez eux, en ville, dans les établissements de santé ou dans les établissements et services médico-sociaux.

Ces professionnels, qu'ils soient médecins, paramédicaux, ou qu'ils occupent des fonctions administratives, ont permis à notre pays de faire face à une crise épidémique sans précédent.

Cet engagement quotidien, auquel les Français ont montré leur reconnaissance tous les jours de la crise, et qui constitue le sens de leur métier, n'est pas toujours reconnu à sa juste valeur. À cela s'ajoute une rigidité dans les carrières, où les passerelles entre métiers sont rares, les contraintes sur le temps de travail réelles et la promotion professionnelle insuffisamment développée. Toutes ces réalités pèsent sur le quotidien des professionnels et décourage les nouvelles vocations.

Pilier central des travaux du Ségur de la santé, la question des métiers, des carrières et de la revalorisation a abouti à des accords historiques avec les partenaires sociaux, pour que les métiers de la santé soient reconnus à la hauteur de l'engagement de ceux qui les exercent. Des accords qui s'accompagnent également de mesures ambitieuses et qui défendent toutes le même objectif : toujours mieux prendre en charge les patients.

#### **Ce que disent les soignants** (source : étude IPSOS)

L'enjeu de la rémunération est de loin leur première revendication, citée par 84 % des professionnels, devant la possibilité de passer plus de temps auprès des patients (50 %).

L'augmentation des moyens humains est citée comme investissement prioritaire par 58 % des répondants.

## **LES ENGAGEMENTS CLÉS**

■ La revalorisation des métiers dans les établissements de santé et dans les EHPAD grâce à un accord avec les organisations syndicales

■ Garantir l'attractivité des carrières à l'hôpital public grâce à un accord historique avec les syndicats de médecins

■ Une revalorisation importante des indemnités des internes et des étudiants des filières paramédicales et médicales ainsi qu'une revalorisation des gardes

■ Le recrutement de 15 000 soignants à l'hôpital public

■ La fin du mercenariat de l'intérim médical

■ Une forte augmentation du nombre de professionnels paramédicaux formés

## MESURE 1

### 8,2 MILLIARDS D'EUROS POUR REVALORISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE L'HÔPITAL PUBLIC

Les travaux du Ségur de la santé ont permis de négocier avec l'ensemble des représentants syndicaux et professionnels des engagements forts de revalorisation pour les professionnels et cadres des établissements de santé ainsi que des EHPAD. Les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales représentant d'une part, les professions non médicales (FO, CFDT, UNSA) et d'autre part, les personnels médicaux de l'hôpital public (INPH, SNAM-HP, CMH).

Ces deux accords consacrent respectivement :

- **7,6 milliards d'euros par an à la revalorisation de l'ensemble des métiers non-médicaux** dans les établissements de santé et médico-sociaux des secteurs publics ou privés, et prévoyant également le recrutement de 15 000 personnels.
- **450 millions d'euros par an à l'attractivité de l'hôpital public** pour les praticiens hospitaliers.
- Après concertation des syndicats et représentants des étudiants médicaux, étudiants paramédicaux et des internes, le Gouvernement s'est également engagé à consacrer **200 millions d'euros par an à la revalorisation des indemnités de stage et émoluments d'internats, à la revalorisation des gardes pour les internes.**

L'ensemble des accords du Ségur de la santé et des engagements pris par le Gouvernement figurent à la fin du présent document.

## MESURE 2

### PERMETTRE AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ DE NÉGOCIER ET AMÉNAGER À LEUR NIVEAU LE TEMPS DE TRAVAIL

Donner davantage de marges de manœuvre aux établissements sur le temps de travail pour permettre la **négociation d'accords locaux**. Ces accords pourront notamment permettre de :

- Relever le plafond d'heures supplémentaires ;
- Contractualiser un volume individuel et annuel d'heures supplémentaires avec un système de valorisation complémentaire des heures supplémentaires ;
- Aligner le repos quotidien sur le standard européen ;
- Renforcer l'annualisation du temps de travail et le forfait jour.

## TRANSFORMER LES MÉTIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT

**Prochaines étapes**

- Révision du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière
- Accords locaux au niveau de chaque établissement

**MESURE 3****METTRE FIN AU MERCENARIAT DE L'INTÉRIM MÉDICAL**

**Constat :** « Je suis directeur d'un hôpital de taille moyenne, attractif, mais en grande difficulté pour recruter des anesthésistes. J'ai 3 postes non pourvus. Sans anesthésiste, pas de bloc. Alors je recrute par une agence d'intérim des médecins qui viennent dépanner sur quelques gardes. Mais je constate une inflation des prétentions des médecins, qui atteignent parfois 2500 euros nets pour 24 heures de garde. La loi a beau interdire que je paye autant pour un médecin, je n'ai pas d'autre choix, sauf à fermer mon bloc. Ce n'est pas sur nous qu'il faut mettre la pression, on est obligés de payer. C'est sur eux qu'il faut agir. »

- **Faire bloquer par les comptables publics les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire** ou ne respectant pas les conditions fixées par la réglementation.
- Permettre aux agences régionales de santé (ARS) de dénoncer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers.

**Prochaines étapes**

- Mesure législative en projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

## MESURE 4

### AUGMENTER LE NOMBRE DE PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX FORMÉS

**Augmenter immédiatement les effectifs en formation paramédicale**, après concertation avec les régions :

- **extension des capacités de formation des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) offertes sur Parcoursup** comprise entre +5 % et + 10, % (cible de 2000 places supplémentaires dès la rentrée 2020 et poursuite dans les 5 ans à venir) ;
- **augmentation progressive des effectifs aides-soignants** avec un objectif de doublement des entrées en formation d'aides-soignants d'ici 2025.

#### Prochaines étapes :

Echanges en cours avec Régions de France et le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

## MESURE 5

### RENFORCER LES RÉSEAUX D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DANS LES TERRITOIRES EN PARTENARIAT AVEC LE MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

- **Créer 250 postes d'enseignants universitaires associés et titulaires pour des praticiens exerçant en ville comme à l'hôpital.** Les modalités pour y accéder seront reconnues par le Conseil national des universités (CNU), en fonction des besoins des territoires et des projets définis par les universités et les unités de formation et de recherche en santé. La création de ces postes en 5 ans renforcera l'encadrement des étudiants en santé et les projets universitaires dans les territoires.
- **Renforcer l'intégration des professions paramédicales et de maïeutiques dans le champ universitaire** et proposer des recrutements comme enseignants universitaires.

#### Prochaines étapes

- Campagne de recrutement des professionnels de santé accédant au statut d'enseignant universitaires, y compris pour les personnels paramédicaux, dès la rentrée 2020 et dans les 5 ans à venir en concertation avec les acteurs



**MESURE 6****ACCÉLÉRER LE DÉPLOIEMENT DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA)**

- **Renforcer le rôle de premier recours** des infirmiers en pratique avancée, en permettant aux patients de les consulter directement et en élargissant leur périmètre d'action.
- Simplifier l'accès à la formation et au métier d'infirmier de pratique avancée et augmenter le nombre de places de formation avec pour objectif **3000 infirmiers de pratique avancée en 2022, puis 5000 en 2024.**

*Exemple : Laurent est un patient diabétique dont la pathologie est stabilisée. Après l'avoir suivi pendant plusieurs mois et avoir déterminé le traitement le plus adapté à sa pathologie, son médecin généraliste l'oriente vers une infirmière en pratique avancée qui suivra l'évolution de sa maladie et l'adéquation de son traitement, et qui pourra adapter ses prescriptions en cours si besoin.*

**Prochaines étapes**

- Automne 2020 : concertation avec les acteurs pour le contenu et l'attractivité des parcours de formation d'IPA et extension de leur champ de compétences

**MESURE 7****LANCER UNE RÉFLEXION SUR LA CRÉATION D'UNE PROFESSION MÉDICALE INTERMÉDIAIRE**

**Constat :** « Notre hôpital manque de médecins, de longue date. A chaque fois qu'un patient a besoin d'une radio ou d'une prescription de médicament, je dois appeler le médecin de garde pour qu'il vienne prescrire sur notre logiciel de service. Infirmière depuis 20 ans dans l'unité de soins, je ne peux pourtant pas le faire moi-même. Avant, nous avions un interne, c'était plus pratique. Ca évitait de prendre du temps à nos médecins, déjà débordés. L'an dernier, un médecin diplômé de Guinée était venu, lui avait le droit de prescrire. Dommage qu'en France, on n'ait personne entre le bac + 3 de l'infirmière et le bac + 10 du docteur. »

- **Lancer une mission de réflexion**, associant les ordres professionnels et en concertation avec l'ensemble des acteurs, sur la création d'une nouvelle profession médicale intermédiaire, en milieu hospitalier.

## MESURE 8

### FAVORISER L'EXERCICE MIXTE DES MÉDECINS ENTRE VILLE ET HÔPITAL

Permettre plus simplement aux médecins libéraux d'aller travailler à l'hôpital et aux praticiens hospitaliers d'avoir un exercice ambulatoire.

- **Favoriser l'exercice ambulatoire des praticiens hospitaliers** dans les zones sous-dense grâce à la prime d'exercice territorial.
- **Promouvoir le recrutement de professionnels libéraux**, pour les hôpitaux et les établissements du secteur médico-social, en qualité de fonctionnaires à temps non complet dans les métiers soignants en tension souffrant d'un déficit d'attractivité (notamment masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues et diététiciens).

*Exemple : « Patrick est médecin à l'hôpital, dans un territoire qui compte peu de médecins. C'est pourquoi une demi-journée par semaine, il se rend en cabinet de ville pour recevoir des patients et touche pour cela la prime d'exercice territorial ».*

#### Prochaines étapes

- Concertation sur la réforme de la prime d'exercice territorial et la création d'un statut unique de praticien hospitalier avant mars 2021

TRANSFORMER LES MÉTIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT

## **PILIER 2**

DÉFINIR UNE  
NOUVELLE POLITIQUE  
D'INVESTISSEMENT  
ET DE FINANCEMENT  
AU SERVICE DE LA  
QUALITÉ DES SOINS



Notre modèle de financement et les moyens que nous investissons dans les soins doivent être à la hauteur de notre ambition pour notre système de santé.

Nos modes de financements ne peuvent se limiter à une course à l'activité ou à de la compétition entre les acteurs de l'offre de soins.

Au contraire, ils doivent inciter à recherche de la qualité des soins, encourager les coopérations et permettre de répondre aux réels besoins en santé de la population d'un territoire. La réforme du financement doit donc s'accélérer pour mettre en œuvre cette nouvelle philosophie et atteindre nos objectifs de santé publique.

De la même manière, l'investissement doit être fortement relancé pour soutenir les projets sanitaires et médico-sociaux prioritaires, l'investissement courant dans les établissements ou le rattrapage du retard dans le numérique.

Ces investissements devront être décidés au plus près du terrain, avec les acteurs concernés, pour correspondre aux besoins de la population et des professionnels pour exercer leurs missions de soins.

#### **Ce que disent les soignants** (source : étude IPSOS)

L'évolution du modèle de financement (suppression ou diminution de la tarification à l'acte ou à l'activité) est souhaitée par 73 % des répondants.

Près d'un professionnel sur deux (49 %) cite la qualité des soins parmi les critères à mieux prendre en compte dans le modèle de financement.

Les moyens matériels et les équipements constituent une priorité d'investissement pour 37 % des professionnels de santé.

## **LES ENGAGEMENTS CLÉS**

- Investir 19 Md€ dans la santé pour financer la transformation comme le quotidien
- Permettre l'ouverture ou la réouverture de lits « à la demande »
- Supprimer le COPERMO
- Poursuivre et accélérer la réduction de la part de T2A dans le financement des établissements de santé
- Accélérer la transition écologique à l'hôpital

## MESURE 9

### 19 MILLIARDS D'EUROS D'INVESTISSEMENTS NOUVEAUX DANS LA SANTÉ (VILLE-HÔPITAL-MÉDICO- SOCIAL)

- **Reprendre 13 milliards d'€ de dette des établissements participant au service public hospitalier** pour leur redonner les marges financières nécessaires à l'investissement du quotidien et améliorer les conditions de travail (pose de rails d'hôpital, achat de petit matériel...).
- **Déployer un plan massif d'investissement de 6 milliards d'€** répartis entre :
  - La transformation, la rénovation et l'équipement dans les **établissements médico-sociaux** : 2,1 milliards d'€ sur 5 ans dont 0,6 milliard d'€ pour le numérique ;
  - **Projets hospitaliers prioritaires et investissements ville - hôpital** : 2,5 milliards d'€ engagés sur 5 ans ;
  - **Rattrapage du retard sur le numérique** en santé : 1,4 milliard d'€ sur 3 ans.

#### Prochaines étapes

- Reprise de dette : projet de loi de financement de la sécurité sociale (travaux préparatoires, contractualisation, versement des deux premières années en bloc fin 2021)
- Plan d'investissement : inscription dans loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et concertation avec les acteurs pour les modalités de mise en oeuvre

## LE NUMÉRIQUE : UN ENJEU MAJEUR POUR LA SANTÉ EN FRANCE

La transformation du système de santé ne pourra avoir lieu sans un développement massif et cohérent du numérique en santé en France, réalisé dans un cadre de valeurs éthiques, citoyen et souverain.

Des investissements importants sont nécessaires pour bâtir un parcours de santé outillé par des services numériques ergonomiques, interopérables et faciles d'usage pour les professionnels de santé. Ils doivent par ailleurs garantir l'accès de la personne à ses propres données de santé et préparer au mieux l'arrivée en janvier 2022 de l'Espace Numérique de Santé (ENS), l'outil phare du citoyen pour être acteur de sa santé.

**Il s'agit d'investir massivement pour rattraper le retard dans la modernisation, l'interopérabilité, la réversibilité, la convergence et la sécurité des systèmes d'information en santé.**

- **L'intégration des fondations numériques régaliennes**, notamment l'identifiant national de santé, le cadre de sécurité et d'interopérabilité, la messagerie sécurisée et le dossier médical partagé, sera soutenu auprès de toutes les parties prenantes (établissements, industriels, plateaux techniques...). Elle permettra le développement et le déploiement d'une offre logicielle de qualité.
- De façon complémentaire, **des modalités d'incitation forte à l'usage, dans la continuité des programmes actuellement engagés tels que le programme HOP'EN (pour les établissements de santé) et le programme E-PARCOURS (pour la coordination des soins)** seront activées sur certains cas d'usage prioritaires, comme le partage de l'histoire médicale du patient, le lettre de liaison et les résultats de biologie et d'imagerie, afin de s'assurer de l'accès effectif du citoyen à ses données de santé et à leur partage entre professionnels.
- **Un investissement dédié pour rattraper le retard accumulé pendant des années** à hauteur de 600 millions d'euros dans les équipements de base, les logiciels socle et les services d'échange.

Les actions seront également prévues pour accélérer le développement de la télésanté, pour concrétiser le service d'accès au soin (SAS) et pour **stimuler l'écosystème pour la création de services numériques réellement innovants et l'analyse des données de santé dans un cadre éthique et sécurisé.**

## MESURE 10

### DONNER LE POUVOIR AUX TERRITOIRES EN MATIÈRE D'INVESTISSEMENT EN SANTÉ

*Constat* : « Je suis président du conseil de surveillance de l'hôpital situé sur la commune dont je suis maire. J'ai accompagné depuis plus d'un an un grand projet de modernisation de cet hôpital. Après des dizaines et des dizaines de réunions, notre projet a été refusé par une commission nationale à laquelle je n'ai pas pu participer ».

- **Remplacer le COPERMO** qui instruit et valide aujourd'hui les investissements hospitaliers **par un conseil national de l'investissement en santé, porteur d'une nouvelle approche fondée sur l'équité territoriale, le conseil et l'association des élus locaux à la prise de décision.**
  - Construire en concertation avec les acteurs, une nouvelle doctrine d'investissement sur la base des bonnes pratiques et sous forme d'outils d'aide à la prise de décision et de lignes directrices nationales.
  - Répartir les enveloppes d'investissement entre les régions dans une logique d'équité.
  - Valider au niveau national uniquement une minorité de projets aidés à 100 % ou dépassent 100 millions d'euros (hors taxe).
- **Associer les élus locaux** à l'appréciation des besoins en santé afin qu'ils soient pleinement parties prenantes des décisions d'investissement.

#### Prochaines étapes

- Concertation à l'automne 2020 pour une mise en œuvre début 2021

## MESURE 11

### ACCÉLÉRER LA RÉDUCTION DE LA PART DE T2A

- **Poursuivre et amplifier les réformes visant à diversifier et simplifier les modes de financement des activités hospitalières.**
- **Mieux prendre en compte la qualité et la pertinence des soins** et des parcours des patients dans les modes de financement des activités de soins.
- Mettre en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une **expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine** une part fondée sur les besoins de santé des populations du territoire (dotation populationnelle) complétée d'une part à l'activité et à la qualité des soins.

*Exemple* : « Dominique est praticien à l'hôpital et aujourd'hui son activité de médecin est financée par la T2A, ce qui le contraint à faire toujours plus d'actes et à tricher parfois entre l'activité ambulatoire et conventionnelle. Demain, son hôpital expérimente un nouveau modèle de financement pour l'activité de médecine qui lui permettra de se concentrer d'abord sur les besoins de la population. »



DÉFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT  
AU SERVICE DE LA QUALITÉ DES SOINS

**Prochaines étapes**

- **Automne 2020** : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et préparation avec les acteurs volontaires de l'expérimentation sur le financement mixte des activités de médecine
- **2021** : Mise en œuvre effective des réformes du financement des urgences, de la psychiatrie, du SSR, et des hôpitaux de proximité
- **2022** : Poursuite de la mise en œuvre de la feuille de route de réforme des financements pour les soins critiques, et la forfaitisation en maternité et pathologies chroniques

## MESURE 12

### FINANCER L'OUVERTURE ET/OU LA REOUVERTURE DE 4000 LITS « À LA DEMANDE »

**Constat** : « L'année dernière, on nous a fermé 18 lits de médecine. Parce que le taux d'occupation des lits était en baisse et que la durée moyenne d'hospitalisation dans le service s'allongeait. Le problème, c'est que notre hôpital couvre un bassin de vie dont la population explose tous les étés avec le tourisme. Du coup, on est obligés d'annuler des soins programmés et de mettre des malades dans le couloir. 3 mois par an, les 18 lits de médecine fermés, ils nous manquent ! ».

- **Permettre l'ouverture ou la réouverture de lits** dans les structures de médecine en fonction des besoins à travers la mise en place de lits « à la demande », permettant aux établissements de s'adapter à la suractivité saisonnière ou épidémique.
- **Prévoir pour les projets de fermeture de lits un schéma de réouverture de lit « à la demande » en cas de besoin.**

**Exemple** : le Centre Hospitalier des Deux Terres fait face à un afflux important de patients aux urgences liée à l'épisode de grippe hivernale. De nombreux patients sont installés sur des brancards. Grâce au Ségur de la santé, le Centre Hospitalier des Deux Terres pourra bénéficier d'un forfait lits « à la demande » versé par l'ARS pour accompagner l'ouverture d'une unité de 12 lits « à la demande », permettant de fluidifier l'aval des urgences et d'installer les patients dans des chambres.

#### Prochaines étapes

- Nouvelle enveloppe de 50 M€ dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR) débloquée à partir de l'hiver 2020-2021

## MESURE 13

### RÉNOVER L'ONDAM POUR L'ADAPTER À UNE POLITIQUE DE SANTÉ DE LONG TERME

- **Lancer une mission de refonte de l'ONDAM pour créer les conditions d'un débat démocratique et en évaluer et renouveler les moyens de régulation.**

#### Prochaines étapes

- **Second semestre 2020** : mobilisation du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) pour lancer les travaux préparatoires
- **Premier semestre 2021** : mise en concertation des orientations produites

## DÉFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DE LA QUALITÉ DES SOINS

- **Second semestre 2021** : Prise en compte dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

### MESURE 14

## ACCÉLÉRER LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE À L'HÔPITAL ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

**Constat** : « Je n'ose même pas vous dire combien de tonnes de nourriture non consommée on jette à la benne chaque année dans mon CHU. J'ai honte. Et je ne vous parle pas du plastique des barquettes ! Le pire, c'est en pédiatrie. Les gamins, on leur donne les mêmes portions qu'aux adultes. Résultat : à la benne. Et on est loin du bio et des circuits courts. A l'heure où on parle tous de notre planète, l'hôpital public pourrait quand même donner l'exemple ».

- **Réduire les coûts de gestion des déchets** d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).
- **Expérimenter des projets pilotes** pour mettre fin au plastique à usage unique dans la restauration collective et réduire le gâchis alimentaire dans les hôpitaux et les EHPAD.
- **Évaluer les besoins en termes de rénovation énergétique hospitalière** et du secteur médico-social, et de renforcement parasismique des établissements de santé dans les Antilles, et mobiliser les financements issus du plan de relance européen.
- **Introduire une règle « verte »** pour contribuer, grâce au plan de relance, au financement des travaux de rénovation thermique des hôpitaux et des EHPAD.

### Prochaines étapes

- Dès 2021

## MESURE 15

### RENFORCER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS, AVEC LE DÉVELOPPEMENT D'UNE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUR LA QUALITÉ DE LEURS PRATIQUES

Engager une réflexion et une négociation conventionnelle :

- pour élargir les spécialités médicales concernées par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et développer des indicateurs de résultats et de pertinence;
- pour développer des dispositifs d'intéressement collectif à la qualité des soins;
- pour permettre une confraternelle pour engager des actions correctives.

#### Prochaines étapes

- Avenant conventionnel

## MESURE 16

### SOUTENIR ET DYNAMISER LA RECHERCHE EN SANTÉ

- **Soutenir l'excellence de la recherche française** en renforçant l'effort financier sur les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) à hauteur de 50 M€ par an (400 M€ sur la période 2021-2028), afin notamment de relancer une dynamique forte pour la recherche appliquée en santé.

#### Prochaines étapes

- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

## MESURE 17

### DÉVELOPPER LES HÔTELS HOSPITALIERS

Les hôtels hospitaliers sont des structures non médicalisées, permettant un hébergement pour les personnes ne nécessitant pas d'être hospitalisées mais souhaitant ou devant être hébergées à proximité de l'hôpital. **Les hôtels hospitaliers permettent de garantir un haut niveau de sécurité des soins tout en libérant des lits d'hospitalisation et en améliorant la qualité d'accueil pour les patients.**

- **Généraliser la possibilité de mettre en place des hôtels hospitaliers**, en s'appuyant sur l'expérimentation introduite par la loi de financement pour 2015.
- **Permettre aux établissements de contractualiser avec des structures extérieures** ou de proposer directement une offre en interne, avec un modèle économique plus attractif que le dispositif actuel.

#### Prochaines étapes

- Généralisation de l'expérimentation : PLFSS pour 2021
- Travail en concertation au premier semestre 2021 pour la définition du modèle économique

## **PILIER 3**

SIMPLIFIER LES  
ORGANISATIONS ET  
LE QUOTIDIEN DES  
ÉQUIPES DE SANTÉ  
POUR QU'ILS SE  
CONSACRENT EN  
PRIORITÉ À LEURS  
PATIENTS



Notre système de santé et en particulier hospitalier, est devenu trop complexe, pour les usagers comme pour les professionnels. En témoignent les parcours parfois excessivement administratifs des patients, la lourdeur des procédures de décision de certaines instances, la rigidité du code des marchés publics, le codage chronophage des actes, le manque d'ergonomie des outils numériques ... Cette situation est le résultat d'une accumulation de procédures, de normes et de principes qui répondent à d'autres objectifs que les soins et qui, faute d'être interrogés, pèsent sur leur fonctionnement.

La gestion de la crise a montré qu'il est possible de dépasser cette complexité. L'autonomie plus large accordée aux équipes, des modes de décision plus directs, l'assouplissement de procédures ou le repositionnement des professionnels sur leur métier ont permis de répondre à l'épidémie, mais aussi de redonner du sens à l'action des équipes. De ce contexte exceptionnel est née une aspiration, encore plus forte, à la simplification qui rejoint les recommandations du rapport du Pr. Claris.

L'ambition est donc de permettre aux équipes de se consacrer pleinement à leurs patients. De leur garantir qu'elles ne seront plus détournées de leur mission par des procédures trop complexes, des moyens mal utilisés ou des organisations trop éloignées de leurs besoins quotidiens. De capitaliser sur l'élan collectif dont elles ont fait preuve durant l'épidémie et qui doit à présent être soutenu.

### **Ce que disent les soignants** (source : étude IPSOS)

Les priorités pour simplifier leur travail au quotidien sont principalement liées à :

- L'organisation du travail (46 %), avec moins de glissement de tâches et plus d'autonomie ;
- L'allègement des tâches administratives (43 %) ;
- L'amélioration du management (27 %) : plus d'écoute des professionnels, plus de proximité.

## **LES ENGAGEMENTS CLÉS**

■ Redonner aux services hospitaliers toute sa place

■ Renforcer la place des paramédicaux et des usagers dans la gouvernance des établissements de santé

■ Faire du droit à la différenciation la règle en matière d'organisation : les établissements de santé pourront s'organiser plus librement

## MESURE 18

### RÉHABILITER LE RÔLE ET LA PLACE DU SERVICE AU SEIN DE L'HÔPITAL POUR METTRE FIN AUX EXCÈS DE LA LOI HPST

*Constat* : « Je vais vous dire, les services me manquent. Non pas que les pôles ne fassent pas le job, mais quand même, la proximité des équipes, c'est bien quand on doit décider comment on organise les soins. Ce que je souhaite, c'est un service doté de moyens, de capacités de décision, et plus démocratique et transparent dans son fonctionnement ».

- **Donner plus de marges de manœuvre et de responsabilité aux services** avec des délégations de gestion accordées aux pôles et aux services dans chaque établissement : gestion des ressources humaines, des choix d'investissements courants...
- **Permettre à chaque établissement public de santé de proposer et d'adapter son organisation interne à son contexte local** (pôles optionnels), comme le propose le rapport du Pr. Claris.
- **Rendre plus participatif le cadre de nomination du chef de service** en systématisant les appels à candidatures, une présentation d'un projet de service par les candidats aux personnels du service et un vote de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

#### Prochaines étapes

- Mesures législatives et réglementaires fin 2020 – début 2021

## MESURE 19

### DONNER LA CAPACITÉ AUX ÉTABLISSEMENTS ET AUX TERRITOIRES D'ADAPTER LES RÈGLES DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

*Constat* : « Dans notre GHT, on a des hôpitaux de taille bien différente. Ce qui me frappe, c'est que tous ont forcément la même organisation interne. Le plus petit hôpital du groupement n'a qu'un seul pôle ! On devrait laisser plus d'autonomie à chacun pour s'organiser. Ce qui compte, c'est de garantir la qualité et la sécurité des soins. Pour le reste, laissons-leur de la marge ».

- **Donner la possibilité aux établissements d'adapter leurs organisations internes** et leur gouvernance à leur situation locale et à leurs projets (ex : regroupement, modes de fonctionnement et présidence des instances...).

#### Prochaines étapes

- Mesure législative fin 2020 – début 2021



SIMPLIFIER LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES ÉQUIPES DE SANTÉ  
POUR QU'ILS SE CONSACRENT EN PRIORITÉ À LEURS PATIENTS

## MESURE 20

### SIMPLIFIER LES PROCÉDURES ET LIBÉRER DU TEMPS POUR LES PROFESSIONNELS

- **Assouplir le régime des autorisations des activités de soins** en simplifiant le dossier d'autorisation et en permettant le renouvellement tacite des autorisations sans dossier pour certaines activités.
- **Simplifier les processus administratifs** dans le domaine de la recherche pour faciliter la mise en place et la réalisation d'études cliniques.
- **Simplifier les procédures de certification qualité** en recentrant les démarches qualité sur des objectifs partagés, en repensant les procédures d'accréditation (ex : COFRAC).
- **Simplifier les outils de contractualisation avec les tutelles** en automatisant le recueil des données, en réduisant le nombre d'outils de reporting et en mettant en cohérence les indicateurs utilisés.

#### Prochaines étapes

- **Automne 2020** : évaluation du périmètre des procédures à simplifier
- **1<sup>er</sup> semestre 2021** : entrée en vigueur des mesures de simplification via les ordonnances de la loi OTSS (organisation et transformation du système de santé)

## MESURE 21

### ADAPTER LES PRINCIPES DE LA COMMANDE PUBLIQUE AUX BESOINS PARTICULIERS DES ÉTABLISSEMENTS DANS LES TERRITOIRES

**Constat** : « Ces grandes tentes qui ont servi de lieu de tri des malades COVID et non-COVID en amont des urgences, on a pu les acheter en 24h. A Décathlon ! En temps normal, avec le code des marchés publics, ça aurait pris tellement de temps qu'on se serait lassés ».

- **Lancer un groupe de travail sur la clarification et la simplification de la commande publique** pour tenir compte des spécificités de l'activité hospitalière.

## MESURE 22

### MIEUX ASSOCIER LES SOIGNANTS ET LES USAGERS À LA VIE DE L'HOPITAL

- **Remédialiser la gouvernance** : les décisions relevant du domaine médical seront prises conjointement par le directeur général de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME) conformément aux orientations proposées par le rapport Claris.
- **Redonner du sens et redéfinir les missions des CME**, etc. (recommandations issues du rapport Claris) en leur conférant un rôle clef dans l'élaboration du projet médical de l'établissement, en étendant le périmètre des décisions sur lesquelles elles sont consultées pour avis, et en leur donnant un rôle dans la nomination des chefs de service et de pôle et les relations ville-hôpital.
- **Permettre l'expérimentation de modalités alternatives d'organisation de la gouvernance** allant par exemple jusqu'au regroupement de la CME et de la commission des soins.
- **Renforcer la présence des personnels paramédicaux dans la gouvernance** en introduisant un personnel paramédical au directoire, instance stratégique décisionnaire des établissements.
- **Renforcer la place des représentants des usagers** en rendant systématique la définition de modalités de leur association dans le règlement intérieur de chaque établissement.

#### Prochaines étapes

- Vecteurs législatif et réglementaire nécessaires qui pourront être adoptés dès 2021

## MESURE 23

### MIEUX PRÉVENIR LES CONFLITS À L'HÔPITAL

- **Favoriser la prévention et le règlement des conflits aux niveaux de proximité** : intégrer une dimension de prévention des conflits dans les projets de service, systématiser les réunions de dialogue professionnel pour permettre l'expression des professionnels sur l'organisation du travail dans les services et, en cas de situation de blocage, faire intervenir un tiers dont l'expérience est reconnue pour aider au rétablissement d'un climat de travail apaisé.
- **Généraliser les dispositifs de conciliation au sein de chaque établissement**, mutualisés le cas échéant au niveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dans le cadre d'une instance ad hoc constituée par le directoire et associant autour de personnalités qualifiées et formées des représentants des personnels médicaux,

**SIMPLIFIER LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES ÉQUIPES DE SANTÉ  
POUR QU'ILS SE CONSACRENT EN PRIORITÉ À LEURS PATIENTS**

paramédicaux et non médicaux.

- **Déployer en complément, pour les difficultés ne pouvant être résolues au niveau local, la médiation régionale** désormais placée auprès de chaque agence régionale de santé dans le cadre d'un réseau coordonné par le Médiateur national faisant intervenir, en cas de conflits entre praticiens hospitaliers, la commission régionale paritaire (CRP).
- **Former l'ensemble des responsables et des personnels d'encadrement médicaux et non médicaux**, dans le cadre de leur prise de responsabilités managériales, à l'identification et à la prévention des conflits interindividuels et à la bientraitance.
- **Intégrer dans la formation obligatoire au management, au titre des problématiques plus spécifiquement rencontrées par les étudiants en santé et les internes, les responsables de terrains de stages et les tuteurs**, en complément des actions coordonnées par le Centre national d'appui (CNA) et d'une prise en compte dans le cadre des commissions d'agrément des terrains de stage.

**Prochaines étapes**

- Vecteurs réglementaires nécessaires qui pourront être adoptés dès début 2021 dans le cadre du comité de suivi des accords conclus pour les personnels médicaux et non médicaux, pour les internes et les étudiants en santé

## **PILIER 4**

# FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS



Dans les territoires, les acteurs de l'offre de soin sont multiples et relèvent de différents champs : sanitaire, social et médico-social. Pour répondre à des prises en charge complexes et à la fréquente association de plusieurs pathologies chroniques pour un même patient, la coordination des acteurs est indispensable et gage d'efficacité et de qualité des soins. Il faut favoriser l'exercice coordonné, sous toutes ses formes, des professionnels de santé de ville. Et les coopérations ville-hôpital, qui fonctionnent bien et avec tous, restent encore trop rares. Travailler ensemble est une évidence, sa mise en œuvre reste encore compliquée avec un fonctionnement qui demeure en silo. L'enjeu est donc de proposer des outils pour fédérer les acteurs de façon transversale et de décloisonner. Exacerbées pendant la crise Covid, les problématiques d'accès aux soins, de prise en charge des soins non programmés, de suivi des publics fragiles et en particulier des personnes âgées ont été surmontées dans les territoires grâce à l'implication de tous les acteurs.

#### **Ce que disent les soignants** (source : étude IPSOS)

La période récente aura permis aux professionnels d'expérimenter ou d'accélérer très rapidement l'usage de nouvelles méthodes de travail rendues impératives par la crise sanitaire, qu'il s'agisse de la coopération entre ville, hôpital et médico-social, ou le développement accéléré de la télémédecine.

Un grand nombre de répondants expriment le souhait de multiplier les possibilités de rencontre et d'échange (rencontres, immersion, exercices mixtes...) pour rapprocher des mondes professionnels parfois éloignés alors même qu'ils partagent de nombreux objectifs communs (fluidifier le parcours de soin, améliorer la prise en charge).

Concernant la télémédecine, près d'un professionnel sur deux (48 %) souhaiterait dès aujourd'hui « accélérer » son développement (seuls 36 % ne le souhaitent pas).

## **LES ENGAGEMENTS CLÉS**

■ Améliorer la prise en charge des personnes âgées en pérennisant et en systématisant : les astreintes sanitaires pour les établissements de personnes âgées, les équipes mobiles, les parcours d'admissions directes non programmées.

■ Lever les freins à la téléconsultation et pérenniser la prise en charge à 100 %

■ Lutter plus massivement et plus efficacement contre les inégalités de santé

■ Développer l'accès aux soins non-programmés et l'exercice coordonné

## MESURE 24

### ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ DANS TOUS LES TERRITOIRES

- **Accélérer le développement des téléconsultations :**
  - des consultations en télémédecine en prolongeant le dispositif mis en place pendant la crise du COVID ;
  - en assouplissant le principe de connaissance préalable du patient pour les téléconsultations ;
  - en permettant dans certaines conditions des téléconsultations en dehors des principes actuels du parcours de soin coordonnés.
- **Élargir à tous les patients les conditions de réalisation d'une télé-expertise** et permettre aux professionnels de santé non médicaux de solliciter une télé-expertise.
- **Permettre une prise en charge conventionnelle des actes de télémédecine** pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.
- **Fixer le périmètre et les principes du financement de la télésurveillance** puis confier aux partenaires conventionnels le soin de définir la rémunération afférente.

*Exemple : Justine, 9 ans, souffre de dyslexie. Il n'y a pas d'orthophoniste près de chez elle. Sa mère prend rendez-vous pour une première consultation à distance avec une orthophoniste du département. Cette consultation est remboursée à 100 % par l'assurance maladie.*

#### Prochaines étapes

- Négociations conventionnelles, concertation sur les mesures législatives et réglementaires nécessaires
- Calibrage d'une mesure de financement par les organismes complémentaires de la prise en charge intégrale de la télé-médecine

## MESURE 25

### AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS PAR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EXERCICE COORDONNÉ

- **Dans l'esprit de Ma Santé 2022, faire de l'exercice coordonné la norme** en le développant sous toutes ses formes par la négociation conventionnelle :
  - Atteindre l'objectif fixé en 2017 de doublement le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé d'ici 2022 ;
  - Conforter les équipes de soins (primaires et spécialisées) en les dotant d'un cadre et de missions formalisés ;
  - Mettre en place un mécanisme de bonus financier pour soutenir les CPTS créées en 2020/2021 et celles qui s'engagent dans des missions de régulation / coordination en matière de soins non programmés.

## FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

**Prochaines étapes**

- Négociations via un avenant conventionnel d'ici la fin 2020

## **SOUTENIR L'ORGANISATION DES SOINS EN OUTRE-MER**

Le Ségur de la santé ouvre de nouvelles perspectives pour soutenir l'organisation des soins dans les territoires d'outre-Mer.

Deux des axes forts du Ségur, sur l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital et le soutien à l'investissement, constituent des occasions importantes pour agir sur les spécificités de l'organisation des soins en Outre-mer et pour inscrire ces territoires dans une dynamique d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins.

L'attractivité de l'exercice médicale sera soutenue avec :

- L'évolution des statuts des personnels médicaux et le développement des exercices mixtes représenteront des réponses pertinentes sur la démographie médicale en Outre-mer ;
- L'ouverture d'une discussion sur l'assouplissement des règles relatives à l'exercice à temps partiel afin de favoriser, pour les praticiens qui le souhaitent, la réalisation d'activités à temps partagé entre la métropole et les territoires ultra-marins.
- L'accompagnement des territoires ultra-marins constituera une des priorités de la politique de relance de l'investissement :
- Investissements ad-hoc avec l'aide de fonds européens pour la mise aux normes parasismiques aux Antilles ;
- Chaque DOM bénéficiera d'une enveloppe pour l'investissement avec la prise compte d'un rattrapage pour les régions sous équipées, que ce soit pour l'enveloppe nationale de 6 milliards d'euros de soutien à l'investissement (projets hospitaliers, médico-social et numérique) ou pour les 13 milliards d'euros de reprise de dette pour l'investissement courant dont la péréquation interrégionale aura vocation à réduire les inégalités territoriales.

## MESURE 26

### CONCRÉTISER LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)

- Déployer une plateforme numérique en partenariat par le SAMU et la ville pour faciliter l'accès à l'information en santé et aux soins non programmés (prise de rendez-vous) ;
- Lancer des expérimentations sur des organisations mixtes ville-hôpital pour la prise en charge des appels des patients pour des besoins urgents ou non programmés.

*Exemple : son médecin traitant n'étant pas disponible, Louise recherche un médecin pour une consultation non programmée à la suite d'une réaction allergique non grave. Elle se connecte à l'application « service d'accès aux soins » depuis son smartphone et trouve un rendez-vous en ligne dans les 24 heures avec un médecin généraliste près de chez elle.*

#### Prochaines étapes

- Ouverture de la plateforme et déploiement des expérimentations organisationnelles d'ici fin 2020.
- Engager une réflexion sur la rénovation de la permanence des soins

## MESURE 27

### LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Annoncé le 9 septembre 2019 comme mesure du Pacte pour la refondation des urgences, le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un service universel, accessible en ligne et reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux.

- **Doter chaque région d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités, associant l'ensemble des acteurs** (usagers, élus, associations, experts...).
- Renforcer le fond d'intervention régional pour engager des démarches de promotion de la santé adaptées aux travailleurs pauvres et des dispositifs prenant en compte les nouvelles conditions de travail dans l'accès au soin.
- **Garantir une prise en charge globale** (médicale, psychologique, sociale) à l'hôpital comme en ville grâce à la pluridisciplinarité des équipes :
  - renforcer en temps médicaux et paramédicaux les 400 permanences d'accès aux soins de santé prenant en charge les patients sans droit dans les hôpitaux ;
  - créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations des territoires défavorisés, basée sur leur participation au projet du centre et le recours à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat ;
  - créer 500 nouveaux « lits haltes soin santé » pour atteindre 2 600 places d'ici 2022 offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe.
- **Recourir aux démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus** au travers de dispositifs mobiles.



FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

**Prochaines étapes**

- Mise en œuvre second semestre 2020
- Financement de 100 M€ par an

## MESURE 28

### METTRE EN PLACE UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE VILLE-HÔPITAL-MÉDICO-SOCIAL POUR LES PERSONNES ÂGÉES

- **Pérenniser sur les territoires des astreintes sanitaires** au bénéfice des établissements d'hébergement des personnes âgées mises en place pendant la crise du COVID-19.
- **Structurer dans chaque territoire des parcours d'admissions directes non programmées** à l'hôpital pour les personnes âgées pour éviter les passages aux urgences inutiles.
- **Renforcer le déploiement des équipes mobiles** et les interventions de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des professionnels libéraux sur les lieux de vie des personnes âgées.
- **Renforcer le dispositif de présence** (garde ou astreinte) infirmière la nuit dans les EHPAD.

***Exemple** : En lien avec le SAMU, le Centre Hospitalier de Deux Terres a mis en place une ligne directe téléphonique pour offrir aux professionnels de l'EHPAD des Orchidées situé à plusieurs kilomètres une expertise gériatrique en appui des médecins traitants et des médecins coordonnateurs d'EHPAD.*

#### Prochaines étapes

- Parcours d'admissions directes non programmées sur les territoires finalisés en 2021
- Soutien aux équipes mobiles sur les lieux de vie des personnes âgées dès 2020
- Augmentation du nombre d'Infirmières la nuit dans les EHPAD prévue au PLFSS 2021

**MESURE 29****AMÉLIORER L'ACCÈS AU SOIN DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

Si la politique du handicap concerne toutes les dimensions de la vie, le champ de la santé reste celui pour la majorité des personnes en situation de handicap d'une inégalité de fait, à rebours des objectifs de la loi de 2005. L'accès au système de santé peut être limité par un cumul de facteurs : insuffisance du partage de l'expertise des différents types de handicap, rémunération non adaptée à l'exigence d'accompagnement des parcours de santé des personnes en situation de handicap, retard dans le développement de la télémédecine. Le Ségur de la santé, dans le prolongement des enseignements tirés de la crise sanitaire, doit marquer une étape majeure pour les personnes handicapées et leurs proches aidants, en agissant sur trois leviers principaux :

- **Reconnaître l'accès des personnes en situation de handicap à un médecin traitant comme un objectif de santé publique** et mettre en place le juste financement de l'exigence d'adaptation des modalités de suivi ;
- **Faire des établissements sociaux et médico-sociaux des acteurs du parcours de soins des personnes**, avec le financement associé ;
- **Lancer un programme d'adaptation des conditions de soins** pour les personnes handicapées, avec notamment la mise en accessibilité de la télémédecine.

**Prochaines étapes**

- Premières concrétisations dès fin 2020

**MESURE 30****FAIRE DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DES LABORATOIRES EN MATIÈRE DE COOPÉRATION TERRITORIALE**

- Intégrer dans l'architecture juridique des « hôpitaux de proximité » **une obligation d'association des élus** avec des modalités d'organisation adaptées aux enjeux locaux.
- **Donner plus d'autonomie aux hôpitaux de proximité lorsqu'ils sont de statut public** en définissant des missions gérées localement dans une convention avec les GHT.

**Prochaines étapes**

- Concertation avec les élus locaux sur les textes relatifs à la labellisation et à la gouvernance spécifique des hôpitaux de proximité entre fin 2020 et 2021

## LA PSYCHIATRIE ET LA SANTÉ MENTALE À L'ÉPREUVE DE LA CRISE

La crise liée à l'épidémie covid-19 a mis en évidence la vulnérabilité psychique de nombreuses personnes et a aussi montré la capacité de résilience des organisations territoriales de la psychiatrie (renforcement d'une **offre ambulatoire alternative**, ouverture de nombreuses unités covid-19, actions de prévention et de suivi à distance des patients...) pour répondre à cette situation exceptionnelle. **Le Ségur de la santé doit être l'occasion d'insuffler une nouvelle ambition à la feuille de route santé mentale et psychiatrie.**

Au-delà des accords sur les rémunérations et les carrières, qui profiteront aux professionnels de la psychiatrie, **le soutien à l'investissement en psychiatrie et en santé mentale constituera une des priorités du pilier investissement, avec la réforme du financement de la psychiatrie accompagnée de crédits supplémentaires** qui permettra à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 d'accompagner la restructuration de l'offre en régions en fonction des besoins de santé des différents territoires.

Par ailleurs, **la dynamique des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) initiée dans les territoires a montré toute sa richesse et sera soutenue.** La phase de signature des contrats territoriaux de santé mentale en début d'année 2021 et la mise en œuvre des PTSM d'ici la fin de l'année 2020 sont l'occasion de marquer une nouvelle étape dans la structuration territoriale de la psychiatrie et de la santé mentale. La logique partenariale de l'élaboration des PTSM doit être consolidée afin de compléter les parcours de soins, avec notamment le développement des articulations avec les autres acteurs des soins de proximité (CPTS, MSP, hôpitaux de proximité, EHPAD...).

Enfin, cette dynamique sera également complétée par la mesure du Ségur de la santé qui vise à renforcer les moyens en accompagnement psychologique de la population.

### MESURE 31

## RENFORCER L'OFFRE DE SOUTIEN PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DE LA POPULATION

- **Mettre en place un numéro national de prévention du suicide 24h/24 7j/7.**
- **Recruter 160 psychologues supplémentaires dans les centres médico-psychologiques** pour un soutien psychologique accessible à tous (financement de postes par

## FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

le FIR).

- **Renforcer « l'aller vers » au travers des cellules d'urgences médico-psychologiques.**
- **Donner accès à des consultations de psychologues en ambulatoire** dans des maisons de santé pluri-professionnelles.

#### Prochaines étapes

- **Second semestre 2020** : délégation de crédits et élaboration finale du dispositif
- **2021-2022** : lancement du dispositif général de première ligne

### MESURE 32

## RENFORCER LES MISSIONS ET L'INDÉPENDANCE DES CONFÉRENCES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA) AFIN D'EN FAIRE DES VÉRITABLES « PARLEMENTS DE SANTÉ »

- **Renforcer l'autonomie des Conférences régionales de santé** et de l'autonomie (CRSA) en les dotant de moyens de travail et d'organisation en propre.
- **Revoir le décret relatif aux missions**, à l'organisation et à la gestion des CRSA afin d'étendre leur capacité de consultation et mieux les articuler avec les autres instances de la démocratie sanitaire dans les territoires.
- **Inscrire dans les textes relatifs à la CRSA le principe de leur consultation** aux décisions prises pendant les périodes de crises sanitaires.

#### Prochaines étapes

- Concertation avec les acteurs et notamment les associations de patients et élus locaux pour modification législative et réglementaire du code de la santé publique en 2021

## MESURE 33

### ÉVOLUTION DES ARS : RENFORCER LE NIVEAU DÉPARTEMENTAL ET L'ASSOCIATION DES ÉLUS

---

- **Renforcer le dialogue territorial avec les élus** en développant la présence des ARS à l'échelon départemental et en créant un conseil d'administration des ARS avec davantage de place destinées aux élus.
- **Redonner aux ARS les moyens pour exercer leurs missions** et renforcer leur capacité d'accompagnement de projet.

## LES TERRITOIRES DANS LE SEGUR DE LA SANTÉ

*« C'est à cette France des territoires, à cette France de la proximité que nous devons impérativement faire confiance, car c'est elle qui détient en large part les leviers du sursaut collectif. Les territoires, c'est la vie des gens. Libérer les territoires, c'est libérer les énergies. C'est faire le pari de l'intelligence collective. Nous devons réarmer nos territoires ; nous devons investir dans nos territoires, nous devons nous appuyer sur nos territoires. »*

Déclaration de politique générale de M. Jean Castex, Premier ministre, à l'Assemblée nationale - 15 juillet 2020

La politique de santé se décline avant tout au niveau d'un territoire, au service de ses habitants. Que ce soit à travers les parcours de soins, la coordination des acteurs, l'organisation de l'offre de soins, la santé se doit d'être proche des usagers et cohérentes avec les réalités locales. Le Ségur de la santé a pleinement intégré cet enjeu en dédiant un pilier complet de ses travaux aux territoires, et en incluant les principales associations d'élus à ses réflexions : Régions de France, l'Assemblée des Départements de France et l'Association des Maires de France.

Cinq mesures clés vont contribuer à ancrer encore davantage les politiques de santé dans les territoires. Leur mise en œuvre feront l'objet d'une concertation renforcée avec les acteurs des territoires et en premier lieu les élus locaux :

- Mesure 10 : Donner le pouvoir aux territoires en matière d'investissement en santé
- Mesure 27 : Lutter contre les inégalités de santé
- Mesure 30 : Faire des hôpitaux de proximité des laboratoires en matière de coopérations
- Mesure 32 : Renforcer les missions et l'indépendance des conférences régionales de la santé et de l'autonomie afin d'en faire des véritables « parlements de santé »
- Mesure 33 : Evolution des ARS : renforcer le niveau départemental et l'association des élus

Le projet de loi « 3D » (décentralisation, différenciation, déconcentration), dont les concertations se poursuivront dans les prochaines semaines, comportera également des mesures complémentaires permettant une meilleure association des collectivités territoriales et une plus grande responsabilité des élus locaux en matière de gouvernance et de financement de l'offre de soin de proximité.

# FINANCEMENT

La mise en œuvre des mesures issues des conclusions du Ségur de la santé s'appuieront sur deux principales sources de financement supplémentaires dédiées :

- Un financement de 9,1 milliards d'euros par an supplémentaire d'ici 2022 pour le fonctionnement de notre système de santé ;
- Un financement de 19 milliards d'euros pour l'investissement dans notre système de santé.

Ces financements massifs permettront d'accélérer la transformation de notre système de santé, de le rendre plus résilient, plus à l'écoute des usagers et des territoires mais aussi plus efficace et plus efficient. De cet investissement massif dans notre système, seront aussi dégagées des économies, notamment sur la simplification de son fonctionnement et l'intérim médical.

	Budget annuel supplémentaire pour notre système de santé	Budget supplémentaire pour l'investissement dans notre système de santé
<b>Pilier 1 – transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent</b>	<b>8 291 M€</b>	
Revaloriser les professionnels de santé et renforcer l'attractivité de l'hôpital et des EHPAD	8 240 M€	
Former plus de personnel de professionnels paramédicaux pour mieux répondre aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux	38 M€	
Accroître le nombre de professeurs associés pour renforcer l'enseignement et la recherche dans tous les territoires	4 M€	
Accélérer le déploiement des infirmiers en pratique avancée	9 M€	



	Budget annuel supplémentaire pour notre système de santé	Budget supplémentaire pour l'investissement dans notre système de santé
<b>Pilier 2 – définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins</b>	<b>260 M€</b>	<b>19 000 M€</b>
Investir 19 milliards d'euros dans la santé		19 000 M€
Accélérer la réduction de la part de T2A (tarification à l'activité) dans le financement des hôpitaux	100 M€	
Financer l'ouverture de 4 000 lits « à la demande »	50 M€	
Accélérer la transition écologique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux	50 M€	
Soutenir et dynamiser la recherche en santé	50 M€	
Développer les hôtels hospitaliers	10 M€	
<b>Pilier 3 – simplifier les organisations et le quotidien des équipes</b>		
<b>Pilier 4 – fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers</b>	<b>573 M€</b>	
Consolider l'essor de la télésanté	100 M€	
Améliorer l'accès aux soins non programmés par le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et la concrétisation du Service d'Accès aux Soins (SAS)	300 M€	
Lutter contre les inégalités de santé	100 M€	
Mettre en place une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées	21 M€	
Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap	12 M€	
Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population	40 M€	
<b>TOTAL</b>	<b>9,1 Md€</b>	<b>19,0 Md€</b>

---

# LES ACCORDS DU SEGUR DE LA SANTE

## ACCORD SUR LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

**7,6 milliards d'€ / an** pour

- **Revaloriser les métiers du service public de santé.** [La France gagnera 9 places au classement de l'OCDE de la rémunération des soignants].
- Poser les bases d'une **véritable politique de gestion de carrière et des compétences.**
- Donner **plus de marges de manœuvre aux professionnels et aux établissements** pour améliorer le quotidien de tous et accélérer les transformations.

### Contenu de l'accord

- **+ 183 € nets / mois** pour tous les professionnels non médicaux au sein des établissements de santé et EHPAD publics & privés non lucratifs (+160 € nets / mois pour le secteur privé lucratif) soit 1,5 million de professionnels :
  - +90 € applicable au 1<sup>er</sup> septembre 2020 et versée à titre rétroactif sur la paie de janvier 2021<sup>1</sup> ;
  - Puis +93 € au 1<sup>er</sup> mars 2021.
- **+35 € nets / mois** en moyenne de rémunération supplémentaire pour les personnels au contact des patients : aides-soignants, infirmiers, personnels des filières rééducation et médico-technique grâce à la **revalorisation de leurs grilles de rémunération.** Les nouvelles grilles permettront de mieux prendre en compte les spécificités de ces métiers (niveau de qualification, compétences, contraintes liées à la continuité des soins) et ouvriront des perspectives de carrière plus rapides et mieux rémunérées. Au bout de quatre ans de carrière, le gain pourrait être pour un manipulateur radio ou une infirmière de plus de 100 € bruts par mois par rapport aux grilles actuelles. Au bout de 10 ans, le gain serait de plus de 300 € bruts par mois par rapport aux grilles actuelles.

---

<sup>1</sup> Compte tenu de la nécessité de passer par la loi (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale - PLFSS) pour rendre effective cette revalorisation indiciaire, la 1<sup>ère</sup> tranche de revalorisation interviendra à partir de la paie de janvier 2021, avec une rémunération complémentaire de 450 € au titre des mois de septembre 2020 à janvier 2021 (90 € / mois). La paie de février 2021 inclura une revalorisation de 90 € au titre de ce seul mois et celle de mars 2021 portera la revalorisation à 183 € avec l'ajout de la 2<sup>ème</sup> tranche de revalorisation de 93€ à partir de cette date.

**Après le Ségur, tous les professionnels paramédicaux dans les établissements de santé et dans les EHPAD, gagneront ainsi plus de 200 euros nets par mois en plus. Cela concerne notamment :**

- 400 000 aides-soignantes ;
- 380 000 infirmières ;
- 50 000 professionnels médicot techniques ;
- 20 000 personnels de rééducation.

- **Une prime d'engagement collectif portée à 100 € nets /mois** pour renforcer les **projets d'équipe d'amélioration de la qualité des soins** et valoriser **l'engagement collectif**.

### **Prime d'engagement collectif**

Le décret n°2020-255 du 13 mars 2020 a créé la prime d'intéressement collectif dans la fonction publique hospitalière. Cette prime a vocation à renforcer la qualité du service rendu et à valoriser l'engagement des équipes dans des projets collectifs. Ce dispositif, mis en œuvre par la voie de négociations locales, sera adapté et renforcé avec des moyens financiers supplémentaires alloués.

- **Améliorer les organisations du temps de travail** en accordant davantage de marges de manœuvre aux acteurs de terrain et de financements dédiés pour développer des accords locaux et des projets pilotes de construction des plannings, de soutien à l'emploi hospitalier, de renforcement des équipes de remplacement, de contractualisation individuelle d'heures supplémentaires majorées et d'annualisation du temps de travail.

### **Possibilité d'un forfait de 5 heures supplémentaires bonifiées**

Un forfait d'heures supplémentaires pourra être contractualisé, permettant aux agents qui le souhaitent d'ajuster leur temps de travail. Ce forfait pourra ainsi prévoir des cycles hebdomadaires allant jusqu'à 40 heures maximum (5 heures supplémentaires). Les heures supplémentaires réalisées seront rémunérées et bonifiées à hauteur de 50 %.

**Exemple :** pour un infirmier 1<sup>er</sup> grade, 1<sup>er</sup> échelon, la rémunération de 5 heures supplémentaires bonifiées correspond à une rémunération nette mensuelle de 379 € (dont une bonification de 50 % soit 126 €). Pour un infirmier 2<sup>ème</sup> grade, 7<sup>ème</sup> échelon, cela correspond à une rémunération nette mensuelle supplémentaire de 528 € (dont une bonification de 50 % soit 176 €).

- **15 000 recrutements** pour soutenir l'emploi hospitalier, pourvoir les emplois vacants et mieux assurer les besoins de recrutements et les remplacements.

### Soutien à l'emploi hospitalier et aux équipes de remplacement

Dans chaque établissement hospitalier, un diagnostic sera réalisé sur la situation des effectifs : postes vacants, absentéisme, emplois précaires, besoins de formation, besoins en effectifs supplémentaires. Un financement national sera mis en place pour soutenir la couverture de ces besoins en recrutements et renforcer les équipes de remplacement dans les établissements.

**Exemple** : après avoir réalisé un diagnostic des effectifs au sein de son service de pneumologie (27 soignants présents sur 30 postes ouverts), un hôpital pourra recevoir un financement spécifique et supplémentaire pour renforcer son équipe de remplacement à hauteur d'un poste.

- Lancement d'une mission de réflexion sur le **développement et l'accompagnement de la formation et de la promotion professionnelle**.
- Développer la négociation et promouvoir le **dialogue social dans les établissements** (conditions de travail, organisation et aménagement du temps de travail, formation professionnelle et continue, sécurité et santé au travail, égalité hommes-femmes, etc.).



**Jessica (27 ans), infirmière hospitalière en début de carrière**

**Avant le Ségur : 1 656 € nets/mois**

**Après le Ségur : 2 253 € nets/mois**

(+ 597 € grâce notamment aux revalorisations et au paiement de 5 heures supplémentaires/semaine majorées à 50 % (soit 252 € + 126 € de majoration) dans le cadre du forfait 40h)



**Sylvie, (39 ans), infirmière aux urgences**

**Avant le Ségur : 2 145 € nets/mois**

**Après le Ségur : 2 362 € nets/mois**

(+ 218 € en plus de la prime urgences de 100 €/mois de septembre 2019)



**Lionel (45 ans), manipulateur radio à l'hôpital**

**Avant le Ségur : 1 930 € nets/mois**  
**Après le Ségur : 2 248 € nets/mois**

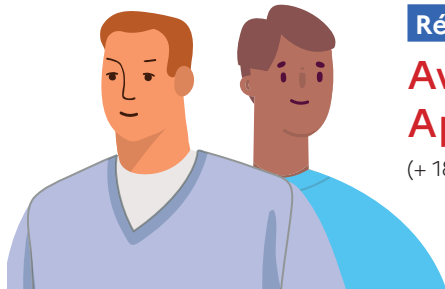
(+ 318 € dont 100 € de prime d'intéressement collectif du fait de sa participation à un projet innovant d'amélioration de la qualité des soins dans son service)



**Frédéric (41 ans), aide-soignant dans un EHPAD**

**Avant le Ségur : 1 677 € nets/mois**  
**Après le Ségur : 1 895 € nets/mois**

(+ 218 € en plus de la prime Grand Âge de 100 €/mois de janvier 2020)



**Rémi (41 ans) et Jamel (38 ans), agents techniques**

**Avant le Ségur : 1 530 € nets/mois**  
**Après le Ségur : 1 713 € nets/mois**

(+ 183 €)

## ACCORD SUR LES PROFESSIONNELS MÉDICAUX DE L'HÔPITAL PUBLIC

**450 millions d'€ / an** pour

- **Des carrières et des rémunérations réévaluées** pour 100 000 médecins afin de rendre à l'hôpital public son attractivité.
- Créer une **véritable politique de gestion des carrières et des compétences** pour les médecins.
- Développer **le lien entre ville et hôpital**.

### Contenu de l'accord

- **Supprimer les 3 premiers échelons en début de carrière** (mesure déjà prévue par le plan « Investir pour l'hôpital » et qui est financée en plus de l'enveloppe de 450 millions d'euros) et **créer 3 échelons en fin de carrière des médecins** pour conserver les talents à l'hôpital public : 2 échelons de fin de grille de 5 000 € et un 3<sup>ème</sup> de 7 000 € bruts annuels sur des durées de 4 ans.
- **Revaloriser l'indemnité de service public exclusif** (actuellement, 493 € bruts / mois pour les praticiens de moins de 15 ans d'ancienneté et 704 € bruts / mois pour les praticiens de plus de 15 ans d'ancienneté) à **1 010 € bruts / mois** pour tous les médecins qui ont fait le choix de l'hôpital public.
- **Permettre aux médecins d'exercer aussi bien à l'hôpital qu'en ville** pour diversifier les modes d'exercice.
- Développer et accompagner les parcours professionnels avec la **mise en place d'entretiens professionnels et la reconnaissance des activités non cliniques comme la recherche**.
- Simplifier l'accès à la **formation et au développement professionnel continu**.



**Olivier (31 ans), nommé PH après 2 ans d'assistantat**

**Avant le Ségur : 3 600 € nets/mois**

**Après le Ségur : 4 705 € nets/mois**

(+ 1 104 € grâce notamment à l'indemnité de service public exclusif)



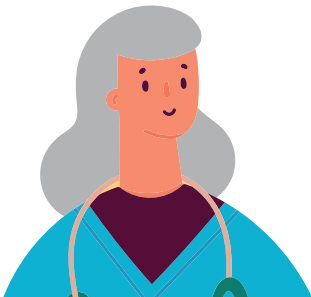
**Hélène (48 ans), praticienne avec 17 ans d'ancienneté\***

**Avant le Ségur : 5 670 € nets/mois**

**Après le Ségur : 5 926 € nets/mois**

(+ 256 €)

\*touchant l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE)



**Jeanne (62 ans), praticienne cheffe de service avec 30 ans d'ancienneté\***

**Avant le Ségur : 6 872 € nets/mois**

**Après le Ségur : 7 644 € nets/mois**

(+ 772 €)

\*touchant l'IESPE et avec la nouvelle prime de cheffe de service (200 € bruts/mois)

# RÉSULTATS DES CONCERTATIONS AVEC LES INTERNES ET LES ÉTUDIANTS DES FILIÈRES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

**200 millions d'€ / an** pour

- Revaloriser les indemnités des internes et des étudiants en santé.
- Diversifier la formation en favorisant les stages en médecine de ville.
- Mieux intégrer les internes et étudiants dans les politiques de qualité de vie au travail.

## Pour les 30 000 internes

- Revalorisation des émoluments de base de +5 % à +10 %.
- Revalorisation de +25 % des gardes.

## Pour les 34 000 étudiants des filières médicales

- Revalorisation des émoluments de base :
  - 260 € en 4<sup>ème</sup> année (+130 €) ;
  - 320 € en 5<sup>ème</sup> année (+69 €) ;
  - 390 € en 6<sup>ème</sup> année (+109 €).
- Création d'une indemnité forfaitaire d'hébergement de 150 € pour les stages des étudiants en médecine en zone sous-dense.

## Pour 106 000 étudiants paramédicaux

- Harmonisation et revalorisation de 20 % des indemnités de stage de 4 formations paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et ergothérapeutes).



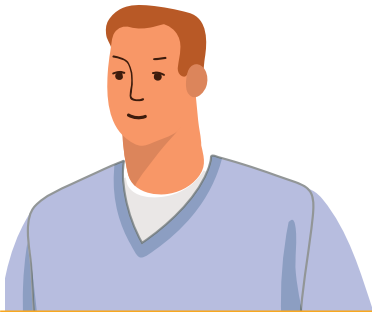


**Marine (27 ans), interne en 2<sup>ème</sup> année de pédiatrie**

**Avant le Ségur : 2 163 € nets/mois**

**Après le Ségur : 2 427 € nets/mois**

En stage hospitalier et réalisant un service de garde normal (+ 265 €)



**Antoine (21 ans), étudiant masseur-kiné en 4<sup>ème</sup> année**

**Avant le Ségur : 40 € nets/mois**

**Après le Ségur : 60 € nets/mois**

En stage hospitalier



**Thomas (25 ans), étudiant en 3<sup>ème</sup> année de 2<sup>ème</sup> cycle de médecine**

**Avant le Ségur : 287 € nets/mois**

**Après le Ségur : 379 € nets/mois**

(+ 91 €) et il perçoit la nouvelle indemnité forfaitaire d'hébergement lors de son stage de 8 semaines en ambulatoire



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Contact presse  
**[Sec.presse.solidarites-sante@sante.gouv.fr](mailto:Sec.presse.solidarites-sante@sante.gouv.fr)**