

CONTRIBUTION DU CESE
AUX VOLETS « SANTÉ »
& « BIEN VIEILLIR »
DU CONSEIL NATIONAL
DE LA REFONDATION

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ



CONSEIL ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

SOMMAIRE

4	CONTRIBUTION DU CESE AUX VOLETS « SANTÉ » & « BIEN VIEILLIR » du CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION	
	I. FAIRE DE LA PRÉVENTION UNE PRIORITÉ CENTRALE ET TRANSVERSALE DES POLITIQUES PUBLIQUES	5
	II. RÉDUIRE LES TENSIONS DE RECRUTEMENTS SUR LES MÉTIERS DU SOIN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT	6
	III. REMETTRE LA GOUVERNANCE ET LE FINANCEMENT DE L'HÔPITAL AU SERVICE DU DROIT À LA SANTÉ	7
	IV. LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX	8
	V. FACE À LA PERTE D'AUTONOMIE, FAIRE DU LIBRE CHOIX UNE RÉALITÉ ET ORGANISER LOCALEMENT LES SYNERGIES	10
	VI. ADOPTER UN PLAN D'URGENCE POUR LA SANTÉ MENTALE	11
13	CONCLUSION	
14	ANNEXE Avis du CESE	

CONTRIBUTION DU CESE AUX VOLETS « SANTÉ » & « BIEN VIEILLIR » DU CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION

Vieillesse de la population, chronicisation des pathologies, prévalence des pathologies mentales, sédentarité, corrélation des problèmes de santé et des difficultés sociales : les besoins ont évolué et le décalage avec l'offre de soins et d'accompagnement s'est accentué. Les crises qui se succèdent ne sont pas séparables les unes des autres ; chacune confirme les limites d'un système qui ne parvient pas à construire une politique de prévention et à concrétiser, en partant des besoins, une logique de parcours.

De nombreux avis du CESE¹ adoptés ces dernières années, font directement écho aux points identifiés par les CNR « santé »² et « bien vieillir »³. Il n'est pas question ici de reprendre l'ensemble de leurs préconisations mais plutôt de formaliser notre contribution au débat autour de ce que les avis du CESE ont en commun. Ils pointent plusieurs priorités, qui intègrent elles-mêmes quatre impératifs transversaux :

- évoluer vers une approche globale et coordonnée de la santé intégrant, sans rupture, la prévention dans toutes ses dimensions, le soin, l'accompagnement social, la qualité de l'offre, tout au long de la vie ;
- lutter contre les inégalités sociales⁴ et territoriales face à la santé et dans l'accès aux droits et à la protection sociale : ces inégalités se renforcent les unes les autres et aggravent les vulnérabilités ;
- renforcer la démocratie en santé⁵ : à l'échelle nationale, dans le pilotage régional, mais aussi dans les territoires et jusque dans les établissements, il faut associer réellement l'ensemble des acteurs concernés - patients, soignants, accompagnants, proches - aux décisions. L'enjeu est central : mieux assurer l'adéquation entre les besoins et l'offre ;
- respecter enfin les obligations de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : plus de 12 ans après son vote, l'inclusion, en matière de santé, n'est pas encore effective.

1 Cf annexe 1

2 Accès aux soins (médecin traitant et réponse d'urgence), attractivité des métiers, prévention

3 Adaptation de la société, attractivité des métiers, citoyenneté/lien social

4 C'est ce que montre, entre autres, l'indicateur « espérance de vie en bonne santé » dont le CESE commente chaque année l'évolution dans son rapport annuel sur l'état de la France. Sur cette question : cf. *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*, INSEE Première, n°1687, février 2018

5 Même si, dans ses avis, le CESE a pu utiliser le terme « démocratie sanitaire », qui est celui de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé, l'expression « démocratie en santé » est à préférer. Son acception plus large et plus transversale renvoie à une démarche associant l'ensemble des acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation

I. FAIRE DE LA PRÉVENTION UNE PRIORITÉ CENTRALE ET TRANSVERSALE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Les pays qui obtiennent les meilleurs résultats en termes d'espérance de vie en bonne santé intègrent soin et prévention. Il faut tirer les conséquences, dans une approche *One Health*, du lien étroit entre la santé de l'homme et le bon fonctionnement des écosystèmes. Un tel objectif impose des politiques interministérielles : la prévention doit être affirmée comme un objectif commun des politiques publiques sanitaires, économiques, sociales et environnementales. Elle doit être co-construite avec les acteurs des territoires et adaptée aux particularités des contextes et des publics, qu'il faut associer davantage à sa définition. Des conditions de participation de tous et toutes doivent être réfléchies et mises en place, à toutes les échelles de territoire, en développant notamment l'« aller vers ».

A l'action des pouvoirs publics sur les facteurs d'exposition et sur les conditions de vie et de travail doit s'ajouter une action sur les comportements individuels qui tiennent compte des déterminants économiques, sociaux, environnementaux, psychologiques. Les rôles de l'école et de la famille - premiers espaces d'éducation à la santé - et de la société civile organisée sont essentiels. Les outils existent et certains ont fait leurs preuves. L'enseignement des compétences psychosociales⁶ en particulier a montré son aptitude à mettre les futurs adultes en situation de faire des choix en pleine connaissance de cause.

La sédentarité est une « bombe à retardement » : le CESE a mis l'accent sur le rôle pour la santé d'une pratique régulière et pérenne des activités physiques et sportives tout le long de la vie⁷. Les pratiques adaptées permettent d'allonger le temps de vie en bonne santé et retardent la perte d'autonomie. Elles devraient systématiquement être intégrées dans les lieux de vie.

Les jeunes et les adultes en situation de handicap sont confrontés aux mêmes risques de santé, parfois de façon plus aiguë. Les programmes de prévention ne sont pas suffisamment adaptés : leur conception doit être plus inclusive, leur réalisation doit se faire dans les lieux de vie, en partenariat avec les professionnels, les associations, les proches.

6 Pour l'OMS, les compétences psychosociales renvoient à « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » et à son « aptitude à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

7 CESE, juillet 2018, *L'accès du plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives* (Muriel Hurtis, Françoise Sauvegeot)

Adopter une nouvelle approche de la gestion des risques, fondée sur le principe de précaution et les grands risques à éviter et généraliser la mesure de l'impact des projets et des politiques en considérant leurs effets possibles sur la santé humaine et sur les écosystèmes

Consolider la capacité des personnes à faire des choix éclairés : renforcer l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, privilégier les méthodes fondées sur des évaluations et des validations scientifiques

Faciliter et assurer l'accès des personnes en situation de handicap à la prévention et à la promotion de la santé

Promouvoir la pratique d'activités physiques et sportives à tous les âges de la vie

Associer l'ensemble des personnes concernées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de prévention. Les sciences participatives peuvent y contribuer

II. RÉDUIRE LES TENSIONS DE RECRUTEMENTS SUR LES MÉTIERS DU SOIN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

La situation actuelle est dangereuse tant pour les patients des établissements de santé que pour les usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). A domicile comme dans les EHPAD ou à l'hôpital, les sous-effectifs déstabilisent les prises en charge, l'organisation du travail et la cohésion des équipes. La Cour des comptes⁸ a récemment alerté sur le niveau « hors normes » des accidents de travail et des maladies professionnelles. L'absentéisme et le *turn-over* sont élevés. Faute de personnel, de nombreux services fonctionnent en mode dégradé ou sont contraints de fermer des lits ou de stopper leur activité.

Si l'identité et l'engagement professionnels restent forts, l'absence de reconnaissance des métiers du soin et de l'accompagnement social aggravent les risques psycho-sociaux, la souffrance au travail, le sentiment d'un travail déshumanisé. Le sous-effectif est le nœud des difficultés, il est à l'origine de la dégradation des conditions de vie au travail qui, elle-même, rend les professions du soin et de l'accompagnement toujours moins attractives. Les accords salariaux conclus dans le cadre du Ségur ont constitué un progrès mais ne suffiront pas : il faut, pour briser ce cercle, passer une nouvelle étape pour un niveau de recrutement à la hauteur des besoins.

Le CESE a souligné le rôle essentiel des métiers du lien, exercés très majoritairement par des femmes, au domicile des personnes vulnérables. Il est indispensable d'améliorer l'attractivité de ces professions, en reconnaissant leur contribution essentielle à la santé et à la cohésion sociale, en formant, qualifiant et certifiant leurs compétences, en revalorisant les salaires et les rémunérations, en améliorant leurs conditions de travail (temps de travail, taux d'encadrement, prévention des risques, articulations des différentes interventions). Pour les métiers du particulier employeur, l'adoption d'une nouvelle convention collective a constitué un progrès pour développer leur attractivité et les valoriser. Mais il est nécessaire d'aller plus loin et de viser plus large : pour le

⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2022

CESE, une programmation pluriannuelle devra affecter les ressources nécessaires à cette revalorisation et à la création d'emplois.

Définir et rendre opposables des normes d'encadrement (ratio effectif/patient ou résident) dans les établissements de soin et d'accompagnement social et médico-social
Supprimer les limitations de durée de l'accompagnement des personnes, simplifier et réinventer les modalités de financement à partir d'indicateurs qualitatifs et d'utilité sociale
Définir un plan pluriannuel de qualification et de revalorisation des métiers du lien - y compris du service à domicile -, du soin et de la prévention de la perte d'autonomie

III. REMETTRE LA GOUVERNANCE ET LE FINANCEMENT DE L'HÔPITAL AU SERVICE DU DROIT À LA SANTÉ

Si la loi du 26 avril 2021⁹ a révisé la gouvernance de l'hôpital, cette question reste d'actualité. Les impératifs économiques et budgétaires demeurent les priorités de gestion des établissements dont les directeurs sont garants devant le financeur public. La représentation et le rôle des collectivités territoriales doivent être renforcés. L'hôpital et la santé sont toujours considérés comme une charge et non comme un investissement malgré la crise sanitaire que nous avons connue. Il faut partir des besoins de santé analysés et vécus dans les territoires et non d'une politique de l'offre verticale. Au sein de l'hôpital, la bureaucratisation et la numérisation excessives empiètent sur le temps de soin. La prévention, primaire et secondaire, est délaissée. Le parcours des malades chroniques est mal organisé. Ces stratégies d'économies de court terme ont finalement un coût élevé : les patients reviennent à l'hôpital, le plus souvent *via* les urgences, dès que leur santé se dégrade, en raison du manque de suivi et de l'absence de services de premier recours (médecins, centres et maisons de santé...).

Le CESE a également constaté que la place donnée en pratique aux Commissions des usagers (CDU) n'est pas satisfaisante : elles sont souvent placées auprès des directions juridiques et considérées comme des instances d'information *a posteriori* (et non comme un organe dont l'avis devrait être pris avant la décision).

Les difficultés proviennent du cadre plus général, dans lequel s'inscrivent le financement et la gouvernance des hôpitaux. Dans sa structuration actuelle en « sous-enveloppes », l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) reproduit les « silos » qui caractérisent l'offre de soins et empêchent de progresser vers un parcours coordonné. Le CESE demande une réorganisation du débat parlementaire au moment du vote du budget de la sécurité sociale¹⁰. Au-delà de la régulation des dépenses, il doit traduire budgétairement ce que devrait être une politique de santé accordant plus de place à la prévention, à la qualité et la pertinence du soin, à la coordination et à la continuité des parcours. Ces priorités doivent se décliner à tous

9 Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

10 *L'hôpital au service du droit à la santé*, Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier, octobre 2020

les niveaux et constituer les objectifs donnés au financement, à la gouvernance et à la place des hôpitaux dans le système de santé.

La famille, les proches aidants paient un prix élevé des défaillances du système actuel, conséquences notamment de parcours hachés, d'une multiplication des temps d'attente et d'incertitudes. Il faut mieux reconnaître leur rôle incontournable tout le long du parcours des patients, les informer beaucoup plus largement, notamment au moment de l'annonce de la pathologie puis face aux multiples difficultés d'orientation, et les associer autant que faire se peut, tout en veillant à les préserver.

Restructurer l'ONDAM autour des priorités de la politique de santé, notamment la prévention, la qualité des soins et la coordination des parcours, et le faire évoluer en fonction des besoins de santé

Revoir le rôle des directeurs d'établissements afin de ne pas le limiter aux fonctions de gestion et de renforcer leur mission de coordination des acteurs locaux de la santé et d'accompagnement social

Consolider la commission des usagers, notamment en renforçant sa place dans l'organigramme des établissements et en élargissant son champ d'action

Mieux reconnaître le rôle des proches aidants, les associer plus largement aux décisions et les soutenir

IV. LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

Les déserts médicaux touchent certaines zones rurales mais également des quartiers urbains sensibles ainsi que des centres-villes où les médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires sont rares. Les déserts médicaux concernent déjà au moins 8 % de la population mais s'étendent rapidement. Mayotte, par exemple, est le premier désert médical, avec 7 médecins libéraux pour 100 000 habitants.

Il n'y pas de solution évidente et le CESE préconise d'agir sur plusieurs leviers. Il faut activer plus largement les dispositifs déjà existants, à l'instar des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de la pratique infirmière avancée et de l'extension du champ d'intervention de certaines professions paramédicales. Le CESE a, pour sa part, proposé des solutions plus innovantes, qui portent sur la formation en médecine générale, pour valoriser cette filière et attirer davantage d'étudiants. La suppression du *numerus clausus* mettra des années avant de produire des effets et les moyens humains et financiers manquent pour former les étudiants dans de bonnes conditions. Il faut prioritairement les renforcer mais aussi agir sur l'installation, au-delà de la seule simplification des aides, telle qu'elle est envisagée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale : à ce sujet, le CESE souligne que le principe de la liberté d'installation ne devrait pas s'opposer à celui d'un égal accès aux soins dans tous les territoires métropolitains et ultramarins.

Il faut le rappeler : les difficultés d'accès aux soins sont plus aiguës encore pour les personnes en situation de handicap, qui se heurtent trop souvent à l'inadaptation des locaux (cabinets médicaux ou établissements de santé) et/ou au manque de formation

des professionnels de santé. Pour le CESE, il faut appliquer la loi¹¹ et, parallèlement, innover par exemple à travers la mutualisation des plateaux techniques.

Les avis du CESE expriment enfin une conviction forte : c'est en renforçant la démocratie en santé que l'on progressera vers une plus grande adéquation entre les besoins et l'offre. Or, le CESE a fait le constat d'une difficulté dans l'expression des besoins et dans l'organisation de la réponse, qui ne sont pas assez démocratiques. Les Conseils territoriaux de santé (CTS) sont certes chargés de réaliser « un diagnostic territorial partagé », mais ils ne peuvent que difficilement être les leviers d'une remontée des besoins au niveau régional : il faut les renforcer, tout en s'efforçant d'organiser à l'échelle régionale un pilotage plus démocratique de l'offre et des moyens. Les projets régionaux de santé, qui se déclinent localement dans les contrats locaux de santé, doivent être le résultat d'une véritable co-construction entre les ARS, les Conseils régionaux et les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

Favoriser une plus grande diversité géographique et sociale des étudiants en médecine pour équilibrer à terme leur répartition sur les territoires : mettre en place dans les zones sous-denses des filières d'initiation aux métiers de la santé dès le lycée ; faciliter les passerelles avec les autres cursus universitaires ; prendre en charge les frais de logement et de transport des internes de médecine générale lors de leur stage en médecine ambulatoire

Concentrer les aides financières à l'installation sur un petit nombre d'incitations à effets avérés

Soutenir les collectivités territoriales qui développent un réseau alternatif de consultation de premier recours associant les centres et maisons de santé aux centres hospitaliers

Rendre l'offre locale de soins plus facilement accessible aux personnes en situation de handicap via notamment le partage des plateaux techniques

Développer « l'aller vers » pour les publics les plus précaires

Consolider la démocratie en santé : associer systématiquement les Conseils territoriaux de santé aux objectifs et aux évaluations des contrats locaux de santé, renforcer le poids des Conseils régionaux et des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie dans l'élaboration des projets régionaux de santé

¹¹ Les cabinets des professions de santé devaient initialement être accessibles le 1^{er} janvier 2015. Le processus initié par les Ad'Ap (agendas d'accessibilité programmée) a autorisé, contre l'engagement de réaliser les travaux dans un délai déterminé, un report de travaux. Cette procédure a pris fin et l'accessibilité doit, sauf dérogation, être réalisée sous peine d'amende.

V. FACE À LA PERTE D'AUTONOMIE, FAIRE DU LIBRE CHOIX UNE RÉALITÉ ET ORGANISER LOCALEMENT LES SYNERGIES

La crise actuelle est en grande partie la conséquence de l'insuffisance ou de la désorganisation des interfaces. Le profil des résidents en EHPAD a fortement évolué¹² et les moyens humains et financiers de ces établissements, sous encadrés et sous médicalisés, n'ont pas suivi. En outre, cette évolution, qui s'est faite parallèlement à la réduction du nombre de lits en Unité de soins de longue durée (USLD), a montré ses limites : les séjours non programmés à l'hôpital des personnes âgées dépendantes se multiplient, avec très souvent une entrée par les urgences et un accompagnement désorganisé à la sortie.

La diversité des statuts des EHPAD n'est pas en soi un problème. Mais les droits des personnes âgées doivent être réaffirmés et respectés. Les situations scandaleuses prévalentes dans certains EHPAD privés lucratifs, qui ont été récemment révélées, le confirment : les contrôles dans les établissements sont un impératif d'une politique publique de l'accompagnement des personnes âgées. C'est une condition pour permettre à chacun de « vieillir dans la dignité ».¹³

L'articulation entre les EHPAD et les acteurs locaux du soin est une urgence et la consécration des Services d'accès aux soins est une première réponse. Pour autant, le double objectif de la loi sur l'Adaptation de la société au vieillissement (ASV), promulguée il y a bientôt 7 ans, reste d'actualité. Il faut garantir aux personnes susceptibles d'entrer en établissement un accueil dans de meilleures conditions, mais aussi permettre aux personnes âgées d'exercer pleinement leur « libre choix », en donnant enfin à celles qui le souhaitent les moyens de rester à domicile que ce soit en mode prestataire ou du particulier employeur.

L'Allocation personnalisée d'autonomie devrait être l'un des outils de ce « libre choix ». Les départements sont en première ligne pour évaluer les besoins et moduler les niveaux des plans d'aides. Les inégalités sont fortes, particulièrement sur le reste à charge, qui peut varier de manière significative d'un département à l'autre pour le prestataire ou le particulier employeur. L'effectivité de ce libre choix dépend aussi des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et du secteur de l'emploi à domicile, de leur existence sur tout le territoire, de leur accessibilité, de leur financement. Alors que la loi ASV entendait consolider le secteur, force est de constater qu'il n'a toujours pas trouvé sa viabilité économique. Il faut, pour faire face à l'augmentation des besoins et, comme cela a été souligné (cf. point 2), créer des emplois : à ce stade, les financements contenus dans le projet de loi financement de la sécurité sociale¹⁴ ne suffiront pas.

12 L'âge moyen de l'entrée en EHPAD est désormais de 85 ans et 6 mois. Les pathologies sont de plus en plus complexes et nombreuses (7,9 pathologies en moyenne). Plus d'un tiers des résidents est atteint de la maladie d'Alzheimer avec des difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne

13 *Vieillir dans la dignité*, Marie-Odile Esch, 24 avril 2018

14 Deux heures de vie sociale par semaine dans les plans d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie et financement des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées en situation de handicap.

Pour les personnes dépendantes, difficultés médicales et sociales s'accumulent et il faut organiser la continuité de l'accompagnement. Le CESE préconise d'utiliser plus largement la contractualisation, en y associant l'ensemble des acteurs qui peuvent contribuer à la qualité de vie des personnes âgées (accès aux soins et accompagnement médico-social mais aussi lutte contre l'isolement social, transport, logement, habitat, urbanisme, aide aux aidants, culture, loisirs, vie associative...). Des initiatives et expérimentations existent, des structures intermédiaires et innovantes se mettent en place : elles voient s'estomper la distinction entre EHPAD et maintien à domicile et dessinent de nouveaux modèles qu'il faut encourager. Les personnes concernées, les proches aidants doivent être davantage associés à l'identification des besoins et à l'évaluation de l'adéquation de la réponse. Les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), devraient, dans cette approche, voir leur rôle renforcé.

Se placer dans une logique d'accompagnement global et recourir à la contractualisation pour construire localement, avec l'ensemble des partenaires de la santé, du social et du médico-social, et plus largement du « bien vieillir » (culture, loisir, urbanisme, logement), un parcours coordonné qui réponde aux besoins et attentes des personnes

Renforcer le rôle des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) dans l'identification des besoins et l'évaluation de la réponse

VI. ADOPTER UN PLAN D'URGENCE POUR LA SANTÉ MENTALE

La psychiatrie est en France organisée de façon spécifique en secteurs, avec des structures d'accueil pluridisciplinaires en ville et l'hôpital psychiatrique comme axe central. La difficulté ne vient pas de l'originalité de ce dispositif mais bien de la réduction continue de ses moyens. En décembre 2020, le CESE a relayé les alertes de nombreux spécialistes sur les conséquences de l'isolement et de l'augmentation de la précarité sur la santé psychologique des jeunes. A la très forte augmentation de la demande de soin dans le contexte de la crise Covid, s'est ajoutée une bureaucratisation des tâches qui mobilise les professionnels au détriment du temps passé avec leurs patients. Le manque de moyen de la psychiatrie est dramatique et conduit trop souvent à retarder l'entrée dans le soin (souvent *via* les urgences), à empêcher l'accompagnement, voire à proposer des réponses hachurées ou inadaptées qui aggravent la situation des personnes et peuvent conduire à la violation de leurs droits fondamentaux. La pédopsychiatrie cumule les difficultés et se trouve dans une situation extrêmement préoccupante.

Le respect des droits et de la dignité des patients, leur association aux décisions les concernant sont impératifs.

Pour reconstruire une psychiatrie de qualité et redonner du sens aux métiers, il faut renforcer les moyens des structures de secteur existantes, notamment par le recrutement de psychologues, et construire avec l'ensemble des acteurs de la santé, du médico-social et du social des parcours de santé mentale assurant la précocité et

la continuité de la prise en charge. Les médecins généralistes ont un rôle central à jouer à cet égard. Le CESE propose de développer la participation de professionnels de la santé mentale aux Communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi qu'aux maisons ou centres de santé, de multiplier les formations croisées associant acteurs de la santé, médico-sociaux et sociaux mais aussi patients et proches aidants, de créer des postes de référents de parcours chargés de l'articulation des prises en charge sociales et médicales. Il faut également développer, en direction des personnes exclues, isolées ou en situation de précarité, les partenariats associant la psychiatrie aux intervenants de terrain, sur le principe de « l'aller vers ».

Construire un plan d'urgence pour la pédo-psychiatrie

Renforcer les moyens humains et financiers des Centres médico-psychologiques (CMP) pour leur permettre « d'aller vers » les populations concernées par des troubles psychiques et/ou psychiatriques

Favoriser les décloisonnements : renforcer la formation en psychiatrie des généralistes, développer la présence de professionnels de santé mentale dans les CPTS, centres et maisons de santé et proposer des formations croisées

CONCLUSION

Cette note s'organise autour des grandes priorités des avis votés par le CESE. Sur certains points, des réponses ont été annoncées, à travers notamment le projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais elles restent encore à mettre concrètement en œuvre, s'agissant par exemple du renforcement de la permanence des soins, des EHPAD (ratio d'encadrement, contrôle), du soutien à l'aide à domicile pour une application homogène sur l'ensemble du territoire (via une évolution du tarif socle – 23 euros en 2023 – pour se rapprocher du coût de revient réel du service prestataire d'aide et d'accompagnement – de l'ordre de 30 euros – et l'établissement d'un tarif national de référence pour les particulier employeurs).

Le CESE a par ailleurs identifié plusieurs enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé et d'accompagnement social. Il adressera au gouvernement avant la fin de sa mandature des avis sur :

- la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées qui doit constituer une priorité, en agissant sur les grands déterminants de la santé et de l'autonomie ;
- les voies et moyens d'une intégration plus poussée de la santé au travail dans une politique transversale de santé-environnement ;
- le financement de la perte d'autonomie, qui mérite, au-delà de la création d'une 5ème branche de la Sécurité sociale et des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale, un débat large auquel le CESE entend contribuer ;
- l'accès et l'effectivité des droits sociaux et de santé. Le non-recours et le renoncement aux soins restent particulièrement élevés chez les plus pauvres mais aussi chez les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap. Au-delà de ces publics, chacun est confronté, dans l'exercice de ses droits, à des difficultés qui s'accumulent : une réglementation de plus en plus complexe sur le fond, l'éloignement des services publics, une numérisation trop souvent source d'exclusion ;
- les enjeux du numérique en santé.

ANNEXE

Avis du CESE

Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité, Jean-François Serres, juin 2017

L'accès du plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives, Muriel Hurtis et Geneviève Sauvageot, 10 juillet 2017

Les déserts médicaux, Sylvie Castaigne et Yann Lasnier, décembre 2017

Pour des élèves en meilleure santé, Jean-François Naton et Fatma Bouvet de la Maisonneuve, mars 2018

Vieillir dans la dignité, Marie-Odile Esch, 24 avril 2018

Les personnes vivant dans la rue : l'urgence d'agir, Marie-Hélène Boidin Dubrulle et Stéphane Junique, décembre 2018

Les addictions au tabac et à l'alcool, Etienne Caniard et Marie-Josée Augé-Caumon, janvier 2019

Les maladies chroniques, Michel Chassang et Anne Gautier, juin 2019

Eradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030, Marie-Hélène Boidin Dubrulle et Stéphane Junique, juin 2019

Enfants et jeunes en situation de handicap : pour un accompagnement global, Samira Djouadi et Catherine Pajares y Sanchez, juin 2020

L'hôpital au service du droit à la santé, Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier, octobre 2020

Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien, Nathalie Canieux, décembre 2020

Jeunes, le devoir d'avenir, Bertrand Coly, décembre 2020

Améliorer le parcours de soins en psychiatrie, Alain Dru et Anne Gautier, mars 2021

Les métiers en tension, Pierre-Olivier Ruchenstain, janvier 2022

Comment construire une Europe de la santé, Benoit Miribel et Catherine Pajares y Sanchez, avril 2022

Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires, Agnès Popelin-Desplanches et Isabelle Doresse, mai 2022

Pour tout renseignement, merci de contacter
le Secrétariat général : secgen@lecese.fr

Retrouvez le CESE sur les réseaux sociaux



[Facebook.com/lecese](https://www.facebook.com/lecese)



[instagram.com/cese_officiel/](https://www.instagram.com/cese_officiel/)



twitter.com/lecese



[youtube.com/user/ceseRF](https://www.youtube.com/user/ceseRF)



fr.linkedin.com/company/conseil-economique-social-et-environnemental