

## ANALYSE DU SEGUR DE LA SANTÉ 2020

La crise sanitaire due au coronavirus a aggravé la souffrance des patient-e-s et des soignant-e-s. Au-delà du caractère exceptionnel de cette épidémie, cette souffrance traduit des défaillances dans l'organisation du système de soins ; défaillances dénoncées de longue date par différent-e-s acteur-trice-s du soin et de la société civile, notamment au cours des grèves de 2019.

C'est pour tenter de répondre à ces défaillances que le gouvernement a annoncé le 25 mai 2020 le lancement d'un Ségur de la santé. L'ambition déclarée était de « 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 ».

Plus en détail, on annonçait les objectifs suivants :

- « - faire tomber les murs entre hôpital, médecine de ville et établissements médico-sociaux
- lutter contre les inégalités en santé,
- donner plus de voix aux soignants dans la gouvernance des établissements de santé
- tenir compte des enjeux environnementaux
- mettre le numérique au service de la santé. »<sup>1</sup>

Le 21 juillet 2020, Olivier Véran présentait les conclusions de ce Ségur de la santé, après 6 semaines d'élaboration. Un délai aussi court de consultations des différent-e-s acteur-trice-s interroge largement sur la réelle volonté politique de construire une démocratie sanitaire, d'autant qu'un certain nombre d'acteur-trice-s a dénoncé une mascarade politique<sup>2</sup>.

Lors de cette présentation, le ministre de la Santé s'est vanté d'un plan historique pour le système de soins français. Qu'en est-il ? Ce Ségur va-t-il changer le système de santé français ? Cela part mal, puisqu'il est indiqué clairement que le Ségur partage le même diagnostic que le plan Ma Santé 2022 (augmenté bien évidemment des leçons de la crise sanitaire) et s'inscrit dans la continuité en faisant le lien avec les orientations de Ma Santé 2022<sup>3</sup>.

Le Ségur décline 33 mesures : sont-elles vraiment historiques ?

### I. Une lutte contre les inégalités qui n'en est pas une

De manière globale, les inégalités sont de nouveau très peu pensées. Quand le Ségur parle du Service d'accès aux soins, c'est pour parler de l'accès aux soins non programmés (soins ne relevant pas des services d'urgence, mais nécessitant une réponse relativement rapide) via un service universel en ligne. Universel, mais seulement si l'on sait lire, si l'on parle le français, que l'on a accès à Internet ou à un matériel le permettant et que l'on sache s'en servir... ce qui laisse donc un certain nombre de personnes de côté.

La mesure 27 intitulée « lutte contre les inégalités de santé » est édifiante. Aucun commentaire sur les facteurs d'inégalités de santé sociaux, écologiques, liés au travail. De ce fait, les propositions ne sont au mieux que de maigres rustines niant les conséquences des différentes politiques menées par ce gouvernement.

La politique de réduction des inégalités est pensée en termes de stratégie pilotée au niveau régional, dédouanant ainsi l'État de ses responsabilités en matière d'égalité. Pire, il est proposé de renforcer le FIR (Fond d'intervention régional) pour faire de la promotion de la santé auprès des travailleur-euse-s pauvres. De qui se moque-t-on ? Qui paupérise un peu plus chaque jour les travailleur-euse-s ? Qui met en œuvre un cadre légal avec de nouvelles

---

<sup>1</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_conclusions\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.politis.fr/articles/2020/06/segur-la-grande-mascarade-42033/>

<sup>3</sup> <https://smg-pratiques.info/proposition-d-analyse-du-plan-sante-2022-realisee-par-un-groupe-de-travail-du>

conditions de travail plus délétères pour la santé ? Qui a fait disparaître les CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) ?

Même mascarade quand on nous parle de renforcer les équipes de PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) et les « lits halte soins santé » (LHSS) pour les personnes SDF. Très bien, mais il faudrait aussi se poser la question du pourquoi nous avons besoin de ces structures. Probablement parce que les gouvernements successifs compliquent toujours plus l'accès à la CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire) et font peser des inquiétudes sur le droit à l'AME (Aide médicale d'État), rendant de fait nécessaire les PASS et leur renforcement dont les moyens resteront au final très insuffisants... Sans parler du logement qui est effectivement un facteur d'inégalité sociale, mais pour lequel le gouvernement n'a pas d'autre réponse à apporter que les LHSS.

A noter que la proposition de structures mobiles pour aller vers les plus exclus semble intéressante, de même que l'élargissement des centres de santé « participatifs » (définis dans le Ségur comme « offre adaptée aux populations défavorisées et basée sur leur participation au projet du centre et le recours à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat ») dans les territoires défavorisés (enveloppe de 100 millions d'euros par an pour l'ensemble des propositions de la mesure 27). Il faudra bien entendu suivre les conditions de leur mise en œuvre, en particulier les critères définis pour qualifier certains territoires de « défavorisés » et la provenance des financements, pour savoir s'ils ont vocation à rester pérennes ou ne sont que des effets d'annonce. Et pourquoi la « participation » serait-elle réservée aux populations des territoires défavorisés ? Même s'il est important de penser des dispositifs pour les plus précaires, il nous semblerait plus pertinent de renforcer le droit commun avec des grilles de répartition de la richesse pour améliorer véritablement le système de soins, c'est-à-dire « chacun-e donne selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Nous ne sommes pas dupes, les rustines qu'on nous propose, en favorisant « des systèmes pour pauvres » pourraient plutôt fabriquer « des systèmes pauvres » pour la majorité d'entre nous.<sup>4</sup>

Enfin et encore à nouveau, la psychiatrie est délaissée<sup>5</sup>. Ce qui est proposé est très loin de répondre à la crise que traverse actuellement ce secteur, laissant les patient.e.s en souffrance et face à d'énormes difficultés pour accéder aux soins. La mesure 31 détaille ce qui a été pensé pour les soins psychiques : mise en place d'un numéro national de prévention du suicide, recrutement de 160 psychologues pour les 3 826 CMP (Centre médico-psychologique), mise en place de cellules d'urgences médico-psychologiques, et donner accès à des consultations de psychologue en ambulatoire. 40 millions d'euros par an seront *a priori* alloués, mais rien n'est détaillé dans ce Ségur qui renvoie au second semestre 2020 pour la « délégation de crédits et l'élaboration finale du dispositif »<sup>1</sup>.

## II. Un financement qui reste dans une logique de libéralisation de la santé

E. Macron avait dit dans son discours du 12 mars dernier : « Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché. Déléguer notre alimentation, notre protection, notre capacité à soigner notre cadre de vie au fond à d'autres est une folie. » Malheureusement, et on pouvait s'y attendre, le Ségur va dans le sens d'une libéralisation rampante de la santé en France et ne remet aucunement en cause les précédentes politiques de Macron.

D'abord les chiffres : 8,2 milliards d'euros pour la revolarisation des professionnel.le.s de santé et l'attractivité de l'hôpital public. Et 19 milliards d'euros d'investissements nouveaux dans la santé.

Et en détail alors ?

---

<sup>4</sup> Frédéric Pierru, [https://www.canal-u.tv/video/canal\\_u\\_medecine/sfsp\\_lille\\_2011\\_marginalite\\_persistante\\_de\\_la\\_problematique\\_des\\_inegalites\\_sociales\\_de\\_sante.7657](https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/sfsp_lille_2011_marginalite_persistante_de_la_problematique_des_inegalites_sociales_de_sante.7657)

<sup>5</sup> <https://www.uspsy.fr/Messieurs-Macron-Castex-et-Veran-ont-bien-reussi-leur-coup.html>

Pour la mesure 1 : 8,2 milliards d'euros pour revaloriser les professionnels de santé et renforcer l'attractivité de l'hôpital public.

- 7,6 milliards pour l'ensemble des métiers non-médicaux des établissements de santé et médico-sociaux des secteurs publics ou privés ;
- 450 millions pour les praticien·ne·s hospitaliers·ères de l'hôpital public ;
- et 200 millions pour les étudiant·e·s médicaux·ales, paramédicaux·ales et internes.

Pour la mesure 9 : 19 milliards d'investissements dans la santé (ville-hôpital-médico-social).

- 13 milliards d'euros de reprise de dette des établissements participant au service public hospitalier ;
- 6 milliards d'euros d'investissements :
  - \* 2,1 milliards d'euros sur 5 ans pour les établissements médico-sociaux (dont 600 millions d'euros pour le numérique) ;
  - \* 2,5 milliards d'euros sur 5 ans pour les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville-hôpital ;
  - \* 1,4 milliards d'euros sur 3 ans pour le numérique en santé.

833 millions d'euros de budget supplémentaire annuels sont par ailleurs prévus dont 260 millions d'euros correspondent à diverses mesures regroupées sous le chapitre : fonctionnement du système de santé et 573 millions d'euros pour ce qui est regroupé sous le chapitre : « Fédérer les acteurs de santé dans les territoires au service des usager·ère·s.

L'analyse de l'attribution de tous ces milliards promis montre qu'ils sont attribués à la fois au public et au privé et que le compte est donc loin d'y être pour l'hôpital public qui, suite au Ségur, se retrouve encore en concurrence directe avec les hôpitaux privés mais sans les mêmes contraintes.

Mesure 1 : revalorisation des métiers : seuls les 450 millions d'euros des PH (+ les 200 millions des internes) sont fléchés vers le public. Le reste des 7,6 milliards est destiné à la revalorisation des professionnels non médicaux, tant au niveau du public que de l'ensemble du secteur privé ; pour celui-ci cela va être financé par une revalorisation du tarif des actes dans le cadre de la T2A (Tarification à l'activité). Le Ségur se vante de soigner l'attractivité des hôpitaux publics, mais n'accorde une revalorisation spécifique qu'aux praticien·ne·s hospitalier·ère·s, revalorisation par ailleurs déjà jugée insuffisante.

Mesure 9 : les 13 milliards d'euros de reprise de dette concernent l'ensemble des établissements « participants au service public hospitalier ». Qui est concerné ? La loi de modernisation du système de santé de 2016<sup>6</sup>, abolissant la différence claire entre hôpital public et privé, a créé cet ensemble qui regroupe les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées, les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier (anciennement établissements de santé à but non lucratif), mais aussi les établissements de santé privés qui auront été habilités à assurer le service public hospitalier, à condition qu'ils remplissent un certain nombre d'exigences « dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité ».

Les 13 milliards d'euros de reprise de dette ne sont donc pas uniquement à destination des hôpitaux publics, alors que cela ne fait que correspondre à peu près au montant d'économies demandées aux hôpitaux publics depuis 10 ans !

Les 6 autres milliards d'investissement prévus dans le Ségur ne sont pas non plus fléchés spécifiquement sur l'hôpital public. 2,5 milliards d'entre eux sont prévus pour les projets prioritaires et les investissements ville-hôpital dont les modalités sont pour le moment inconnues et seront détaillées dans le prochain PLFSS.

---

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031972959/2017-01-01/>

Bref, les montants ne sont pas à la hauteur des investissements qu'il faudrait pour soutenir des hôpitaux publics à l'agonie, pourtant garant d'un accès universel aux soins.<sup>7</sup>

Plusieurs inquiétudes par ailleurs quant à l'extériorisation toujours plus importante vers le secteur privé de services participant au système de santé.

D'abord le numérique : 2 milliards d'euros d'investissement sont promis à ce secteur (sur un total de 6 milliards d'investissement, soit un tiers). Il y a peu de précisions pour le moment (cf. PLFSS 2021), mais il est probable que ces montants seront versés en subventions aux acteurs du système de santé pour atteindre des objectifs quant au développement des outils numériques (lesquels n'ont par ailleurs pas fait la preuve d'un bénéfice quelconque en termes de morbi-mortalité ou d'amélioration de l'accès aux soins). Aucune garantie que ces acteurs choisissent de développer leurs propres compétences plutôt que de confier ce développement à une entreprise privée.

C'est la même problématique avec la mesure 17 qui propose de développer les hôtels hospitaliers (pour les personnes accompagnantes) et qui met ensuite en caractères gras « Permettre aux établissements de contractualiser avec des structures extérieures » puis en caractères normaux « ou proposer directement une offre en interne ». Le choix d'une externalisation est visiblement plébiscité par le Ségur... tout comme par les grands groupes hôteliers<sup>8</sup>.

Inquiétudes aussi à propos de la mesure 21 à propos d'une « adaptation des principes de la commande publique » et de la mesure 13 sur une « refonte de l'ONDAM » (Objectif national des dépenses d'Assurance maladie). Pour le moment, aucun détail, il est seulement proposé de constituer un groupe de travail et des travaux de réflexion, mais les suites seront à suivre avec vigilance. En effet, la faible augmentation de l'ONDAM chaque année est une cause majeure des difficultés financières des hôpitaux publics entraînant une augmentation de leur endettement et une détérioration de la qualité de l'offre de soin. Si le gouvernement continue à bloquer l'ONDAM, les hôpitaux continueront à être sous-financés, même si le mode de tarification évolue vers une réduction de la part de la T2A (tarification à l'activité) dans leur financement.

A noter que les mesures 18 à 23 concernant l'organisation des équipes de soins ne font l'objet d'aucune ligne budgétaire du Ségur. Cela souligne la considération apportée au travail de terrain !

De plus, sous couvert de « simplification » et « d'adaptation aux besoins », on divise les corps professionnels et les institutions pour individualiser toujours plus les situations et les problématiques (politique déjà développée dans le plan Ma santé 2022)<sup>3</sup>. Or l'isolement fragilise. Pourquoi donc chercher à fragiliser encore davantage des professions et des structures dont la nécessité et la vulnérabilité actuelles ne sont plus à prouver ?

### **III. Aucune remise en cause de la perte de sens et de la déshumanisation des soins**

La logique comptable semble toujours prépondérante dans ce Ségur et prend le pas sur une réhumanisation du soin. A l'hôpital d'abord, où le Ségur ouvre la porte à une nouvelle dégradation des conditions de travail des soignant.e.s avec, notamment, une annualisation possible des heures et une augmentation du plafond des heures supplémentaires. Les soignant.e.s ne seraient-ils finalement que des pions pour le gouvernement ? Pour mettre un couvercle sur la marmite de mécontentement des professionnels de santé, le Ségur va même jusqu'à proposer une multitude d'outils pour « mieux prévenir les conflits à l'hôpital ». Dans ces outils, il est notamment proposé de « former l'ensemble des responsables et des personnels d'encadrement médicaux et non médicaux [...] à la bientraitance » : comment

---

<sup>7</sup> <https://blogs.mediapart.fr/edition/transparence-dans-les-politiques-du-medicament/article/061020/plfss-veran-et-le-gouvernement-actent-la-destruction?userid=73c6918d-0293-4f73-9185-f1d414b9aa52>

<sup>8</sup> <https://www.htr.ch/story/accor-se-mobilise-face-au-covid-19-27117.html>

parler d'encadrement bientraitant quand le fonctionnement et l'organisation de l'institution hospitalière sont maltraitants ?

Par ailleurs, comme pour le plan Ma santé 2022, le concept de qualité des soins est souvent nommé, sans jamais expliciter les critères d'évaluation de cette qualité ni comment ils seront définis. Il y a pourtant fort à parier que ce seront des indicateurs chiffrés ne pouvant rapporter la dimension humaine du soin. Pour preuve, le gouvernement souhaite « renforcer la qualité et la pertinence des soins » en engageant une réflexion sur une ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) pour les médecins spécialistes. Comment en 2020 peut-on proposer ce genre de rémunération à la performance pour améliorer les soins, alors que des pays voisins comme la Grande-Bretagne l'ayant expérimenté avant nous sont en train de le délaisser<sup>9</sup> ? La ROSP en médecine générale n'a pas montré sa pertinence, par contre ses effets néfastes sont bien connus<sup>10</sup>.

Enfin, la volonté réaffirmée du développement « de la télésanté dans tous les territoires » et en particulier de la téléconsultation (mesure 24) et de créer une « profession médicale intermédiaire » à l'hôpital (mesure 7) interroge sur la vision et le sens que le gouvernement donne au soin. Nulle part il n'est question de former plus de médecins. Le financement des pratiques de téléconsultation est renvoyé aux négociations conventionnelles. Au détriment de quels autres aspects du soin cela va-t-il se faire ? Quant à l'augmentation des places de formation pour les professions paramédicales, il faudrait encore qu'elles trouvent preneur·euse·s. A l'heure actuelle, les écoles d'aide-soignant·e·s et infirmier·e·s ne font pas le plein, faute d'attractivité liée aux conditions de travail et rémunérations. Il faut pourtant trouver des solutions à la désertification médicale s'étendant : téléconsultations, numérique et création d'une profession médicale intermédiaire sont mises en avant ! La réponse est dans la lignée d'une logique gestionnaire écrasant au passage la valeur de la rencontre entre soignant·e et soigné·e, le lien humain, humanisant, de la relation étant pourtant le premier outil thérapeutique.

#### **IV. Rien d'historique dans l'organisation et la gouvernance du système de santé**

Alors que le plan Ma Santé 2022 mettait l'accent sur les soins de proximité, les propositions du Ségur concernent surtout l'univers hospitalier validant ainsi le modèle de l'organisation du système de soins actuel, pourtant mis à mal par la récente crise sanitaire. Nous l'avons vu plus haut, malgré cette position centrale, l'hôpital public reste sur sa faim en termes de revalorisation et d'investissement. Ainsi, la politique de gestion des lits n'est en rien remise en cause : 4000 ouvertures de lits... à la demande, c'est-à-dire aucune nouvelle ouverture pérenne de lit prévue ! (on rappelle que rien qu'en 2018, près de 4 200 lits hospitaliers avaient été fermés...) A se demander si ce gouvernement a vraiment tiré les leçons de la crise liée au coronavirus<sup>11</sup>.

A propos de l'abus de l'intérim médical qui désorganise nombre de services de soins, le Ségur dénonce à juste titre un mercenariat. Mais ses ambitions pour y mettre fin sont faibles : faire respecter et appliquer les règles déjà en vigueur (bloquer les contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire et permettre aux Agence Régionale de Santé (ARS) de dénoncer devant des tribunaux administratifs les contrats irréguliers) ! Surtout, le Ségur se positionne uniquement sur les contrats établis par les structures publiques, structures qui subissent ces pratiques et qui ne doivent s'y résoudre que par contraintes afin d'éviter la fermeture de leurs maternités, blocs opératoires, urgences ou autres services. Pourquoi ne pas encadrer la rémunération des médecins concerné·e·s en la plafonnant, tant dans le public

---

<sup>9</sup>

[https://www.cnge.fr/conseil\\_scientifique/productions\\_du\\_conseil\\_scientifique/quelle\\_performance\\_pour\\_le\\_paiement\\_la\\_performance/](https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/quelle_performance_pour_le_paiement_la_performance/)

<sup>10</sup> <https://smg-pratiques.info/P4P-refuser-l-impasse-utilitariste>

<sup>11</sup> <https://www.bastamag.net/carte-des-suppressions-de-lits-hopital-covid-reanimation-ARS-CHU>

que dans le privé ? Pourquoi ne pas sanctionner les établissements privés qui, en faisant monter les enchères, lèsent les hôpitaux publics ?

Concernant la gouvernance du système de santé, le gouvernement se targue de « donner aux territoires les principaux leviers de l'investissement en santé ». En vérité, il s'agit de remplacer l'actuel COPERMO (qui gère aujourd'hui officiellement les investissements hospitaliers et qui s'apparente plutôt à un dispositif de restructuration) par un conseil national de l'investissement en santé associant des élu·e·s locaux·ales. Là aussi les orientations sont floues, mais plusieurs conséquences sont à prévoir : en premier, on peut comprendre que les fonds alloués actuellement aux investissements hospitaliers (COPERMO) seront redistribués sur des investissements territoriaux de santé (et pas seulement aux hôpitaux) sans garantie de l'augmentation des fonds en conséquence. Ensuite, on s'interroge sur une réelle volonté de transfert des compétences et pouvoirs aux régions (décentralisation) ; mais il semblerait que ce soit plutôt une déconcentration que présente le Ségur : l'État reste donc à la manœuvre. On se demande donc dans quelle mesure les élu·e·s locaux·ales auront réellement leur mot à dire dans les prises de décisions.

L'évolution proposée des ARS est anecdotique (renforcer le niveau départemental) par rapport à la défaillance dont a fait preuve cette institution. On note l'absence remarquable de proposition de changement quant à la gouvernance de la Sécurité Sociale qui gère pourtant un budget de 400 milliards d'euros en rapport direct avec les soins proposés aux patient·e·s ... La démocratie sanitaire n'est visiblement pas pour demain.

## **V. Une vision très réductrice de la transition écologique**

Silence assourdissant sur les déterminants environnementaux de santé : les liens entre facteurs environnementaux et dégradation de l'état de santé de la population sont pourtant documentés scientifiquement. Ne rien dire, c'est nier ces liens et la souffrance de patient·e·s. Il y a urgence. Mais le gouvernement dans son plan « historique » envisage la transition écologique uniquement en termes de gestion des hôpitaux et établissements médico-sociaux avec de maigres objectifs : réduire les coûts des Déchets d'activités de soins à risque infectieux, expérimenter des projets pilotes, évaluer le besoin en termes de rénovation énergétique et introduire une règle « verte » pour contribuer au financement des travaux de rénovation thermique. Oui il ne faudrait pas oublier de faire tourner le marché !

Par ailleurs, à l'heure où le Ségur entend faire du numérique un enjeu majeur pour la santé, il serait temps de se poser la question de l'impact écologique d'un tel développement. On sait maintenant que la dégradation de l'environnement a des conséquences sur l'état de santé d'une population. Le Ségur fait la promotion d'un « parcours de soins outillé par des services numériques » sans s'interroger sur la balance bénéfiques-risques à long terme sur la santé globale des individu·e·s, ni sur les atteintes aux libertés individuelles liées à la gestion des données de santé.

En conclusion, rien d'historique dans ce Ségur de la santé qui est dans la droite ligne des logiques libérales et de marché qu'imposent ce gouvernement et ceux précédents au système de santé. D'autant plus que de très nombreux points restent en suspens à des discussions ultérieures et, donc, à éclaircir (mais le gouvernement est coutumier des annonces sans annonces !). Il s'agissait donc bien de contenir pour un temps la légitime révolte des soignant·e·s après leurs efforts pendant la première épidémie de coronavirus, en faisant semblant de pratiquer la co-construction. Pire, les mesures de ce Ségur vont poursuivre la destruction du système de santé français en dégradant les conditions de travail des professionnel·le·s, en creusant les inégalités et en favorisant toujours plus les intérêts privés de quelques un·e·s au détriment du bien commun.