

SÉCUR
DE LA SANTÉ



CONTRIBUTION DE LA CFTC



Un mois après le lancement des discussions, le ministre de la Santé, Olivier Véran, cherche à obtenir des arbitrages budgétaires favorables pour conclure les « accords de Ségur », en allant au-delà de 7 milliards d'euros de revalorisations salariales. La CFTC et l'ensemble des acteurs de la santé ont dénoncé l'hospitalo-centrisme des débats. Associée à la Confédération, la fédération Santé-Sociaux a ainsi élaboré une feuille de route qui propose une vision plus large et ambitieuse des changements attendus dans le système de santé. Les propositions s'articulent autour de quatre chantiers prioritaires.

1. La refonte de l'organisation et du pilotage de notre système de soins pour créer un service public territorial de proximité. Un modèle mieux articulé entre les établissements (hôpitaux de proximité) et la ville (via les Communautés professionnelles territoriales de santé et les Maisons pluriprofessionnelles de santé).
2. Ce nouveau modèle en réseau, au sein duquel chaque acteur joue son rôle en fonction de son positionnement dans le parcours du patient, implique de revenir sur la construction du financement actuel. La CFTC souhaite ainsi refonder l'Ondam aussi bien dans sa construction que dans son adéquation avec les objectifs de santé. Elle souhaite accélérer la sortie progressive de la tarification à l'activité (T2A).
3. Consciente de l'urgence, la CFTC propose un plan immédiat de revalorisation des métiers et des carrières des professionnels hospitaliers et médico-sociaux, à la hauteur de leur utilité sociale et de leur engagement pour le service public de santé. Cette reconnaissance passe par la rémunération, le recrutement, la formation et une meilleure prise en compte de la santé au travail.
4. La CFTC souhaite enfin améliorer la gouvernance de l'Europe face aux risques pandémiques ou environnementaux, en renforçant la coopération entre États membres, la constitution de réserves stratégiques et la relocalisation industrielle. Plus globalement, la construction d'une Union européenne de la santé nous apparaît comme un moyen de relancer la cohésion des peuples autour d'un projet européen social face aux conséquences économiques de la crise.



AVANT-PROPOS

Notre système de santé connaît des évolutions lourdes (vieillesse, maladies chroniques, risque pandémique, baisse de la démographie médicale) qui s'inscrivent dans un cadre organisationnel et financier inchangé.

Les réformes successives n'ont jamais été à la hauteur des grandes évolutions sanitaires. Des tentatives de réponses ont été apportées, mais elles sont restées embryonnaires et mal définies, générant frustration, épuisement et perte de sens pour les professionnels de santé. Les personnels des établissements se sentent sous pression constante et pris dans une contradiction toujours plus forte entre contraintes économiques d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part. Il en résulte une perte de confiance et de repères pour l'hôpital aussi bien public que privé, ainsi qu'une dégradation à la fois des conditions de travail et d'exercice des personnels.

Du côté des patients, l'absence de structuration suffisante de moyens pour répondre à ces évolutions génère un sentiment de régression de notre modèle sanitaire. L'idée que nous ne serons plus aussi bien soignés qu'avant s'est installée dans la population française. La crise sanitaire a exacerbé ce sentiment. Cette dernière est intervenue sur un système hospitalier de soins en tension, ce qui interroge le modèle dans son « économie budgétaire ».

Au-delà de la crise sanitaire, dans certains territoires, on assiste à un véritable effondrement de l'offre des soins. Les différentes tentatives de réforme n'ont jamais vraiment su trancher dans une direction et se sont contentées de colmater les brèches. Pire, elles ont promu des indicateurs de rentabilité ineptes et une vision techniciste de la médecine, qui prétend substituer l'innovation aux relations humaines.

Devant l'urgence sanitaire et la question de l'avenir de notre système de santé, la CFTC et la fédération CFTC Santé-Sociaux verse au Ségur des propositions concrètes autour de 4 chantiers prioritaires :



La refonte de l'organisation et du pilotage de notre système de soins pour instituer une organisation porteuse de sens et efficace.



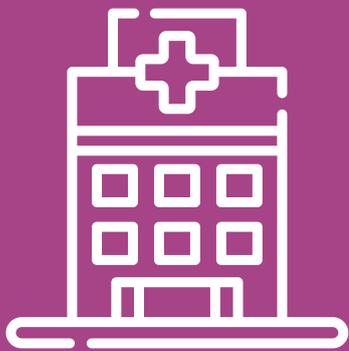
La refonte du financement du système de santé pour une meilleure articulation avec les objectifs de santé publique.



La revalorisation des métiers et des carrières des professionnels hospitaliers et médico-sociaux, à la hauteur de leur utilité sociale et de leur engagement pour le service public de santé.



La refonte de la politique européenne de la santé.



1. REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SOINS POUR INSTITUER UNE ORGANISATION PORTEUSE DE SENS ET EFFICACE

La CFTC rappelle que le niveau territorial est aujourd'hui reconnu dans de très nombreux pays comme le niveau le plus adapté pour répondre de manière efficace aux besoins des populations. Or, c'est précisément le niveau le moins bien organisé aujourd'hui en France. La CFTC appelle à une juste refondation de notre système de santé et à la création d'un véritable service public de santé, incluant le médico-social, en coopération renforcée avec le secteur sanitaire et médico-social privé.

Pour la CFTC, chaque agent, chaque personnel hospitalier a un rôle à jouer, chacun est un maillon indispensable au bon fonctionnement de notre système de santé. C'est pourquoi nous prônons une nouvelle organisation qui doit mieux reconnaître l'ensemble du personnel des différentes filières et redonner toute leur place au corps médical et à l'encadrement qui ont été les piliers de la réponse à la crise du Covid-19. Une leçon à retenir de ce début de crise est que les soignants se sont placés en première ligne dans le travail comme dans les décisions organisationnelles. Ils auront montré une grande capacité d'adaptation et de créativité pour faire face à l'afflux massif de malades. Il convient donc d'en tenir compte dans l'organisation de la future gouvernance hospitalière. Pour la CFTC, il est nécessaire de rééquilibrer le rapport entre « pouvoir » administratif et « pouvoir » médical. Le réel dialogue passe par la reconnaissance des compétences des personnels pour agir sur leur lieu d'exercice. La CFTC demande la participation et un pouvoir décisionnel des personnels sur les orientations stratégiques qui les concernent (cycles de travail, plannings, congés, partage des charges de travail), en somme, sur l'organisation du travail en général.

La CFTC défend le principe d'une réorganisation progressive de notre système de santé autour de la graduation des prises en charge, en cohérence avec les rôles et formes d'organisation des établissements, de la ville et du médico-social. La crise sanitaire que nous vivons représente une opportunité pour poser des principes de responsabilité auprès de différents acteurs et à différents niveaux. Elle impose également de tenir compte des différentes configurations locales d'offre de soins, afin de ne pas calquer un schéma technocratique qui ne laisse aucune marge de manœuvre d'un lieu à un autre.

La CFTC souhaite reconstruire un **service public territorial de proximité**. Cela passe par 3 axes :



La CFTC souhaite l'établissement ou le renforcement des hôpitaux axés sur des disciplines de proximité, dénommés établissements communautaires (ou ruraux). Pour la CFTC, cela implique que les établissements de proximité puissent disposer de moyens pluridisciplinaires comprenant notamment une activité de chirurgie ambulatoire et d'accueil de moyenne urgence. Ces hôpitaux de proximité doivent contenir des centres de périnatalité. Ils ont en charge des projets de santé publique et d'éducation thérapeutique (prévention et maîtrise du diabète, de l'insuffisance cardiaque, alcoologie et tabacologie...). Ils fournissent des projets d'appui aux acteurs de ville et du médico-social, comme aux maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et aux Ehpad. Ils peuvent ainsi déployer des équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, et partager leurs moyens logistiques (blanchisserie, restauration, services techniques) et humains (équipe mutualisée d'IDE¹ de nuit, médecins coordonnateurs ou prescripteurs partagés). Pour assurer ces nouvelles missions, ces hôpitaux de proximité devront bénéficier d'une **enveloppe financière conséquente** dédiée à ces activités. Les structures déjà existantes devront bénéficier d'un **investissement pour reprendre leurs dettes**. Les hôpitaux de proximité devront avoir un quota de lits par habitant sur le territoire qu'ils couvrent. Il est important de définir des ratios soignants-soignés et un effectif minimum par rapport au nombre de lits. En parallèle, il faudra revenir sur le mouvement d'externalisation dans le système hospitalier (nettoyage, plateaux repas, blanchisserie) qui, en plus de présenter de faibles gains de productivité, a considérablement dégradé la qualité de prestations et précarisé les agents de services hospitaliers (ASH).



La CFTC souhaite aller vers le développement de petites structures de premier et de second recours, plus autonomes et plus visibles, gravitant autour d'un centre hospitalier. L'hôpital pourrait ainsi transférer progressivement ses missions à caractère social pour les déléguer aux autres structures de proximité (CPTS, maisons de santé, centres d'examen de santé). Cela implique une montée en charge et en responsabilité des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ainsi que des perspectives claires de développement pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Il est aussi important que les liens entre les structures soient formalisés, afin de leur faire profiter des services de l'hôpital avec lesquels des liens ont été organisés. L'hôpital serait alors un point d'appui et de coordination. Sur ce point, la CFTC est claire : il faut mettre fin à l'exercice isolé des professionnels de santé de premier recours et généraliser des espaces de santé pluriprofessionnels d'ici cinq ans, via 4 leviers principaux :

- La minoration sensible de la rémunération des professionnels de premier recours intervenant en dehors d'un espace de santé pluriprofessionnel.
- Le déconventionnement des médecins qui travaillent en dehors des CPTS.
- La diversification des modes de rémunération des professionnels de santé.
- L'accélération du partage et du transfert des compétences. Cette délégalation des tâches doit donner lieu à de la formation et être reconnue en termes de rémunération. Cette ambition diverge de la situation actuelle du « glissement de tâche ».

1. IDE : Infirmier diplômé d'État



La CFTC souhaite construire un nouveau modèle en réseau au sein duquel chaque acteur joue son rôle en fonction de son positionnement dans le parcours du patient. L'hôpital devient un point d'appui et de coordination avec les acteurs de proximité, sans se projeter en substitution. Le Ségur de la Santé est l'occasion de renforcer l'égalité d'accès aux soins et de pérenniser **les mécanismes coopératifs entre les différents secteurs de la santé** (ville, hôpital, médico-social) qui sont nés de la crise sanitaire et qui ont permis de répondre efficacement et rapidement à la pandémie. Dans cette perspective, il faut **renforcer la filialisation de l'offre de soins par territoire**, afin de graduer de manière pertinente les prises en charge et d'adresser le bon patient au bon établissement. Ce travail suppose un engagement de tous les acteurs sur le territoire (hospitalier, ville, domicile, médico-social) autour d'un véritable **projet territorial de santé**, pierre angulaire de la régulation de l'offre de soins sur le territoire. Il est fondamental, pour ce faire, de donner du temps et des moyens financiers et matériels aux professionnels qui en auront la charge.





2. REFONDER LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE ARTICULATION AVEC LES OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

L'introduction de la T2A depuis 2006 et le resserrement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les établissements de santé ont placé le système de santé sous tension permanente. La France a un haut niveau de dépenses de santé : 7,9 % de son PIB pour la santé, contre 6,9 % en moyenne en Europe. Mais, prises isolément, les dépenses hospitalières ne représentent en France que 3,6 % du PIB, contre 4,1 % en moyenne en Europe. Il y a donc bien une rigueur exceptionnelle imposée à l'hôpital, et une plus grande mansuétude pour la médecine de ville. C'est le choix qui a été fait par les pouvoirs publics depuis un certain nombre d'années pour faire émerger le virage ambulatoire.

Pour la CFTC, la période qui s'ouvre doit être **l'occasion de rénover l'Ondam**. Dans sa construction actuelle, l'Ondam a contribué à assécher les ressources de l'hôpital tout en augmentant les moyens pour la ville sans véritables régulations. Il ne permet plus de répondre aux enjeux de santé actuels : maladies chroniques, parcours de soins et prévention. Déjà, lors de sa contribution pour « Ma santé 2022 » (2018), la CFTC avait pris ses distances avec cet instrument et souhaitait que l'on raisonne davantage selon les besoins de santé de la population.

La CFTC propose un nouveau découpage de l'Ondam.



Tout d'abord, elle souhaite que certaines dépenses, à caractère structurel, bénéficient d'une **quasi-garantie de financement**, autrement dit, qu'elles ne soient pas soumises à des baisses de tarifs ou de dotations suite à la régulation macroéconomique. **Pour la CFTC, ces secteurs « sanctuarisés »** seraient : les urgences et la permanence des soins, incluant la régulation médicale, les transports médicalisés urgents, ainsi que les lits de réanimation et soins intensifs ; les unités de soins palliatifs ; le secteur médico-social ; les investissements structurants ; la prévention. Les projets structurels indispensables à la sécurité des soins et des personnes ne devraient pas être à ce point conditionnés aux budgets habituels de l'hôpital, qui dépendent de la T2A.



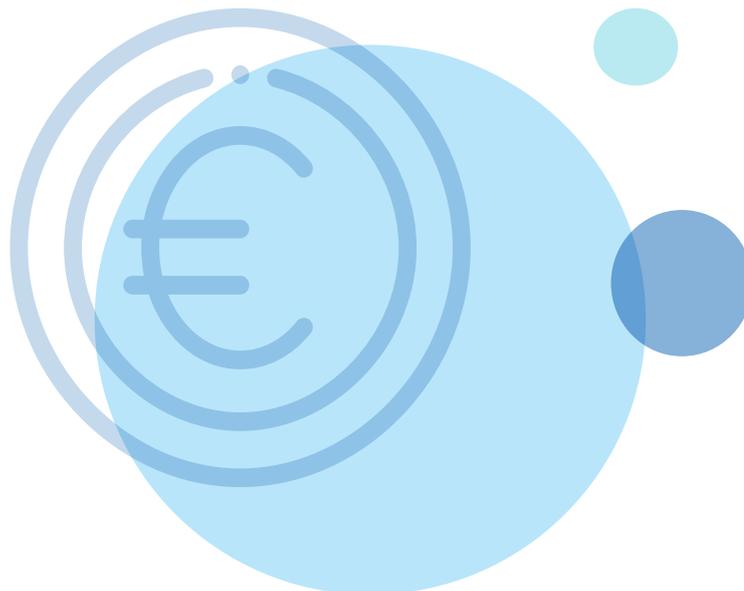
La CFTC souhaite voir élaborer, dans la logique de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), un **document de politique transversale consacré à la prévention** en santé, qui permette de retracer l'ensemble des crédits d'État mis en œuvre.



La CFTC propose de mettre en place au sein de cet Ondam rénové des « **sous-enveloppes** » par pathologie (cancer, diabète, IRC²) et par grand objectif de soins (parcours de soins, prévention). Ce dispositif offrirait de la visibilité aux acteurs de la santé sur plusieurs années et serait donc plus facilement justifiable. Ce système faciliterait la gestion des transferts ville-hôpital du fait de la transversalité du champ couvert.



Parallèlement à cette réforme de l'Ondam, la CFTC souhaite également **réduire la part de la T2A** dans le financement des hôpitaux. Cette dernière a certes engendré des progrès de productivité, mais ils ont souvent été obtenus au détriment de la qualité des soins et des conditions de travail des personnels. Il est donc essentiel de se doter sans attendre d'indicateurs permettant d'apprécier la qualité des soins – les indicateurs de processus développés en France n'étant pas à cet égard suffisants. Il faut, comme dans de nombreux pays étrangers, se doter d'outils pour mesurer l'expérience et la satisfaction des patients, le vécu au travail et l'appréciation de la qualité des soignants et, enfin, les résultats cliniques des soins. Se doter de ces instruments de mesure suppose un investissement technique et scientifique. Cet investissement est un préalable pour envisager des modes de tarification dits « **au parcours** » ou des **modes de paiement à la qualité**.





3. REVALORISER LES MÉTIERS ET LES CARRIÈRES DES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET MÉDICO-SOCIAUX, À LA HAUTEUR DE LEUR UTILITÉ SOCIALE ET DE LEUR ENGAGEMENT POUR LE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ



La CFTC est fermement attachée à **l'évolution du pouvoir d'achat de l'ensemble des personnels** (les soignants, les aides à domicile, les administratifs, les éducateurs, les ouvriers, les ingénieurs, les médico-techniques, les sages-femmes, les psychologues, les rééducateurs...). La CFTC propose un véritable plan de carrière pour l'ensemble des personnels. Elle s'oppose avec force et vigueur aux « mesurette », et surtout au salaire au mérite. Déjà en novembre 2019, quand le gouvernement optait pour une politique de la prime, la CFTC était davantage partisane d'une politique de revalorisation globale du point d'indice de la fonction hospitalière. Bien qu'appréciant l'effort du gouvernement, elle s'interrogeait sur la définition des critères d'éligibilité de la prime visant à valoriser l'engagement hospitalier. La CFTC estimait que les critères d'attribution de cette prime pouvaient être source de nouvelles tensions entre les différentes équipes en charge du patient dans les établissements. Refuser d'augmenter le point d'indice permet aussi de développer cette politique d'individualisation des rémunérations, tout en maintenant de bas salaires hors primes.

La CFTC demande notamment :

- L'application du PPCR (Parcours professionnels, carrières et rémunérations).
- La réactualisation des points d'indice et conventionnels (public/privé).
- Le relèvement substantiel des 1^{ers} indices, la suppression du tassement des grilles indiciaires (par exemple, une aide-soignante en entrant dans la fonction voit sa rémunération évoluer de 19 €/mois en 7 ans).
- La redéfinition des grilles pour permettre le doublement de la rémunération entre le début et la fin de carrière.
- La redéfinition des accords pour corriger les écarts de rémunérations (par exemple, entre les aides-soignantes et l'aide médico-psychologique). Ces professions sur le terrain ont une forte tendance à se confondre, bien que leurs coefficients conventionnels diffèrent désormais.
- La prise en compte de chaque formation diplômante et de chaque spécialité étudiée par une augmentation salariale (par exemple, pour les manipulateurs d'imagerie, le DIU³ d'échographie ; pour les AS⁴, les formations spécialisées en endoscopie, en réanimation, en auxiliaire de puériculture...).

3. DIU : Diplôme interuniversitaire

4. AS : aide-soignant(e).



La CFTC demande un plan d'investissement dans le recrutement de professionnels supplémentaires. Pour rappel, les métiers du soin et de la santé ont un impact très fort sur la santé physique et psychique de ceux qui les exercent. C'est pourquoi la CFTC n'est pas favorable à la remise en cause des 35 heures, permettant, si elles sont respectées, de se reposer et de garantir la longévité des agents et des salariés de ces secteurs. L'absence de tabou revendiquée sur les 35 heures suggère qu'une fois encore, ce sont des primes qui vont être proposées, une grosse prime pour récompenser l'engagement au cours de la crise, puis, pour le futur, une série de primes associées à un engagement particulier dans telle ou telle activité. Cela signifie : pas de rattrapage du retard sur le point d'indice, et une nouvelle couche d'administration pour codifier ce que tel ou tel agent aura fait pour le rétribuer. Se battre sur le point d'indice est essentiel à l'hôpital et au-delà, pour toute la fonction publique.

La CFTC demande :

- La publication de quotas d'encadrement par spécialité, afin de garantir un effectif suffisant au sein des services.
- Des heures supplémentaires sur la base du consentement par les agents et salariés, puis récupérées ou payées à leur convenance.
- Un plan d'investissement dans le recrutement de professionnels supplémentaires.
- L'arrêt de la réduction des effectifs de fonctionnaires, tout en « stagiarisant » davantage les contractuels actuels afin de les placer sur les postes vacants des titulaires de la fonction publique.

La majorité des difficultés rencontrées, qui nous ont été remontées pendant la période pandémique, était due au manque de personnels et de moyens matériels dans toutes les structures. La présence humaine auprès des résidents en Ehpad, mesurée à travers le taux d'encadrement, est aujourd'hui insuffisante malgré les améliorations récentes. Le taux d'encadrement en Ehpad connaît de fortes disparités selon le statut juridique des établissements. Alors que les structures privées à but lucratif accueillent des personnes âgées aussi dépendantes que les structures publiques, leur taux d'encadrement est inférieur de 12 points.

La CFTC demande :

- Une augmentation de 25 % du ratio du nombre de soignants par résident en Ehpad.
- De nouveaux barèmes nationaux de rémunération pour revaloriser davantage les services d'aide à domicile.
- La révision des conventions collectives pour revoir en profondeur les conditions de travail et redonner du sens à l'engagement des personnels, tout en tenant compte de la pénibilité des différents métiers.



La CFTC souhaite renforcer les formations initiales et redynamiser les promotions professionnelles. Le DPC (Développement professionnel continu) doit évoluer pour prendre en compte les déroulements de carrières et permettre ainsi une évolution professionnelle des agents, afin de les fidéliser et de lutter contre l'usure professionnelle. La CFTC appelle tous les établissements, publics et privés, à accompagner tous les salariés et agents qui le souhaitent à accéder à des qualifications complémentaires ou à un grade supérieur. Par exemple, tous les ASH⁵ qui souhaitent effectuer la formation d'AS et accompagner les AS qui le souhaitent vers une formation d'IDE ou toute autre montée en compétence des équipes.

5. ASH : agent des services hospitaliers. C'est un agent de la fonction publique ou du privé travaillant dans le milieu hospitalier, sanitaire et social. L'ASH est un employé pouvant être polyvalent : bio-nettoyage, stérilisation, brancardage, blanchisserie et restauration.

En parallèle, la CFTC souhaite travailler sur deux axes pour renforcer les formations initiales et redynamiser les promotions professionnelles.

Un axe relatif au **parcours étudiant avec** :

- Une spécialisation dans la poursuite d'études après la formation IDE. Actuellement, une infirmière peut prétendre à une formation pour une spécialisation après deux années d'expérience. Il faudrait obtenir ces diplômes à la suite de la formation d'IDE, afin d'acquérir l'équivalent d'un niveau master.
- Le développement et la promotion de l'apprentissage.
- Le lancement d'un vaste plan de recrutement. Le nombre d'étudiants dans les carrières sanitaires et sociales reste insuffisant.
- La révision du référentiel des métiers.

Un axe relatif au **parcours de professionnalisation des salariés** :

- Une refonte de la formation afin d'augmenter le nombre d'IDE en favorisant les ASD⁶ aux apprentissages et mettre en place une VAE qui pourrait servir de tremplin pour accéder à la formation d'infirmière.
- L'inscription des soignants dans un plan de carrière valorisant et attractif avec des moyens dédiés, afin d'élargir les missions des professionnels et de fluidifier leur parcours grâce à la mise en place de passerelles entre secteurs, statuts et métiers.



La CFTC tient à alerter sur l'importance de la santé au travail comme composante de la santé publique. La crise nous a rappelé à quel point des soignants en bonne forme et en bonne santé sont importants pour notre pays et notre système de soins. À ce titre, nous soulignons que l'épidémie de Covid-19 en France a non seulement causé des pertes chez nos soignants, mais elle les a particulièrement épuisés, ce qui n'est pas neutre sur les finances publiques. Pour la CFTC, la santé publique est intrinsèquement liée à la santé au travail. Nous regrettons que le Ségur de la Santé ne tire pas les leçons de la crise en faisant de la santé au travail un des thèmes prioritaires de ces travaux. La CFTC propose que le ministère de la Santé, en collaboration avec le ministère du Travail, fasse des questions de santé au travail un enjeu de modernisation de nos établissements de soins. La crise a démontré l'importance des questions de conditions de travail et de la qualité de vie au travail dans les stratégies d'adaptation de notre système de soins.



6. ASD : aide-soignant(e) à domicile.



4. REFONDER LA POLITIQUE EUROPÉENNE DE LA SANTÉ

La CFTC souhaite que cette crise débouche sur la mise en place rapide d'une Union européenne de la santé. Cette Union européenne de la santé constituerait la première pierre de l'Europe sociale souvent évoquée pour dépasser les mécanismes existants et permettre de coordonner la réponse au niveau européen en orientant ainsi les ressources nécessaires, qu'elles soient matérielles (masques, respirateurs, médicaments, etc.) ou financières, là où elles sont le plus nécessaires, dans un esprit de solidarité.

La CFTC identifie 4 leviers d'approfondissement pour donner corps à cette Union européenne de la santé.



Pour la CFTC, il faut améliorer les mécanismes de coordination des États membres face aux menaces transfrontières graves sur la santé (décision n° 1082/2013/UE). Pour la CFTC, cela passe par :

- Le renforcement juridique du « Comité européen de sécurité sanitaire » auquel est confié un rôle d'appui et de coordination pour les États membres (EM) et la Commission. Il doit disposer d'un pouvoir de sanction, notamment lorsqu'un EM bloque les ressources sanitaires destinées à un autre EM, comme ce fut le cas de la République tchèque vis-à-vis de l'Italie.
- L'amélioration de la communication entre les États membres. La CFTC souhaite que, lorsque survient une crise sanitaire, le Comité européen de sécurité sanitaire fonctionne sur le modèle du « Conseil scientifique » (France). Ce dernier propose des mesures avec des gradations selon l'impact de l'épidémie sur les EM et ces derniers se prononcent sur les propositions émises par le Comité européen de sécurité sanitaire.
- L'extension de mesures d'évaluation des risques et de coordination actuellement en vigueur pour les maladies transmissibles à toutes les menaces pour la santé, qu'elles soient d'origine biologique, chimique ou environnementale. **Le Comité européen de sécurité sanitaire** pourrait mettre en place des « stress tests » à l'image de ce qui a été institué pour la **surveillance** des systèmes bancaires et d'assurances après 2008. Un « **stress test** » **virus pandémique** permettrait de connaître la capacité de réponse de l'offre de soins au niveau national, mais aussi régional (certains systèmes de santé sont très décentralisés, comme en Italie et en Espagne). Les populations doivent connaître à l'avance la capacité d'accueil en termes de lits et d'équipements lorsque survient un tel risque. Les États membres qui « échoueraient » au « stress test » seraient ainsi poussés à adapter leur système de soins.
- La possibilité pour la Commission de définir **des mesures transfrontalières d'urgence** en cas de situation d'urgence particulière (mortalité ou hospitalisations à grande échelle). Lors de cette crise, les mesures nationales se sont avérées insuffisantes pour empêcher la

propagation de la menace. La Commission européenne devrait pouvoir décider des mesures transfrontalières d'urgence pour réduire la mobilité ou mettre en œuvre des transferts de patients d'un EM à un autre EM.

- Pour que la sortie de crise s'opère sur des bases saines, il faudra que les États membres de l'UE s'entendent sur le diagnostic et les faits. La CFTC suggère que le **Comité européen de sécurité sanitaire** crée une **Commission d'experts indépendants** vis-à-vis des États membres comme des institutions internationales (OMS), pour effectuer un retour sur expérience. De même, cette Commission d'experts indépendants doit se voir confier une mission de réflexion sur la prévention et la réaction rapide à ce genre de crise sanitaire, mais aussi sur l'organisation de la recherche au sein de l'Union européenne, la responsabilité de l'industrie pharmaceutique et les modalités de la relocalisation de sa production. Le Comité européen de sécurité sanitaire devra également diriger des travaux sur le risque des maladies infectieuses émergentes et son lien avec l'action de l'homme, à l'instar du travail du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC).



Pour la CFTC, la Commission européenne doit donc aller plus loin en créant **une réserve stratégique en matériel médical** pour pouvoir aider les États en fonction de leurs besoins. Cette réserve stratégique permettra de contourner les interdictions d'exportations décrétées par certains EM en cas de crise sanitaire. La réserve stratégique de l'Union européenne comprendra des fournitures de laboratoire, des vaccins et des médicaments, des équipements de protection individuelle (EPI) comme des masques, des surblouses. Elle devra également comprendre des équipements spécifiques pour les unités de soins intensifs comme des respirateurs.



La CFTC souhaite que l'Union européenne élève des barrières douanières pour freiner l'incitation à dilater les chaînes de valeur mondiales dans le domaine pharmaceutique. Il faut établir des barrières protectionnistes pour rendre les délocalisations et l'approvisionnement à l'étranger plus coûteux. À court terme, les groupes pharmaceutiques européens ont tout intérêt à **relocaliser**, car ils dépendent de peu de fournisseurs. Ils vont le faire par eux-mêmes. Il y aura un surcoût pour les dépenses de santé, mais les groupes économiseront sur les problématiques d'approvisionnement. L'Union européenne pourra éventuellement subventionner le différentiel de coût.



La CFTC identifie trois enjeux importants en matière de santé (la santé durable, la lutte contre les inégalités de santé et la santé numérique) que l'Union européenne et ses États membres devront à l'avenir résolument prendre en compte et à propos desquels ils devront toujours plus collaborer pour coconstruire des réponses innovantes. Ces enjeux devront être accompagnés des mêmes « exigences économiques et budgétaires » en vigueur pour le pacte de stabilité, afin de ne pas rester sur le registre de la déclaration de principes... comme cela a été souvent le cas auparavant.



La CFTC souhaite que s'ouvre rapidement une réflexion européenne sur l'harmonisation (vers le haut) des formations des personnels soignants qui conduise à réduire les écarts de rémunérations et de compétences (au moins en lien avec le niveau de salaire annuel moyen) entre les différents États membres de l'UE.

