

DEMAIN,
L'HÔPITAL
PUBLIC

LE LIVRE
BLANC
DU
SNPHARE

SÉGUR DE LA SANTÉ 2020

INTRODUCTION

La crise sanitaire du COVID a percuté les organisations de travail et les relations avec l'administration de l'hôpital public. Elle a mis en évidence des modèles non-conventionnels et très rapidement efficaces : services de consultation-dépistage en urgence, triage en amont des services d'urgence (tentes COVID), unités COVID, réanimations éphémères... grâce à l'intelligence et à l'imagination collectives. Elle a mis en évidence ce que nous, professionnels de santé, savions déjà : ce sont ceux qui ont l'outil de travail qui savent comment il faut s'en servir et comment le transformer.

Personne n'oublie désormais que cette crise est cependant survenue dans un contexte d'hôpital public asphyxique, et mobilisé depuis des mois. L'hôpital n'a tenu que grâce à la notion de service public chevillée au corps de ses professionnels.

Le SNPHARE est depuis des années force de proposition pour l'hôpital public et pour l'exercice des praticiens dans cet hôpital public. Il a publié en 2019 une version actualisée de sa plate-forme, intitulée « Projet du SNPHARE pour l'amélioration des conditions de travail des médecins à l'hôpital public », riche de 98 propositions concrètes et réalistes.

A l'heure où chacun s'interroge sur l'hôpital de demain dans le cadre du « Ségur de la Santé », le SNPHARE a rédigé des « contributions », synthèse de sa réflexion ; ces contributions sont rassemblées dans ce livre blanc « Demain, l'hôpital public », sur le modèle de la méthode Ségur - diagnostic de la situation, priorité d'action, propositions concrètes - concernant les 4 piliers identifiés :

1. Carrières et rémunérations
2. Investissement et modèle de financement
3. Simplification des organisations du quotidien
4. Fédération territoriale des acteurs de santé.

SOMMAIRE

Introduction

Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui les soignent

Gestion des organisation de travail.....	7
Décompte du temps de travail.....	7
Temps de travail.....	9
Permanence des soins.....	11
Rémunération des praticiens hospitaliers.....	13
Grille salariale.....	13
Indemnité de sujétion.....	15
Indemnité d'engagement de service public exclusif.....	17
Temps de travail additionnel.....	18
Primes diverses (PECH, PET).....	19
Compte épargne – temps.....	20
Gestion des parcours et des carrières.....	21
Mixité et décloisonnement des exercices.....	24
Développement et partage des compétences.....	25
Formation.....	25
Valorisation des compétences acquises.....	27
Valorisation des missions exercées.....	30
Valorisation du travail en équipe.....	31
Promotion de la qualité de vie et de la santé au travail.....	32
Qualité de vie au travail.....	32
Santé au travail.....	33
Promotion du dialogue social à l'hôpital.....	35
Divers. Activité libérale à l'hôpital.....	36

Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service du soin

Financement : T2A, ONDAM.....	38
Sécurité sociale et mutuelles.....	40
Financement de la médecine préventive et de l'accès aux soins pour tous.....	42
Financement de la formation continue.....	43
COPERMO.....	45
Performance.....	46
Financement de l'offre territoriale de soins.....	48
Constructions.....	48
Réseaux de soins.....	49
Préparation des établissements à toutes formes de risque et de crise dans une optique de	
résilience.....	50
Médicaments, matériels, consommables.....	53
Achats.....	53
Inscription des investissements dans une logique de développement durable.....	54

Pilier 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

Simplification de la gouvernance.....	57
Simplification du mille-feuille administratif.....	58
Simplification du rôle du médecin dans les décisions et simplification du dialogue social.....	59
Instances institutionnelles.....	59
Dialogue social.....	61
Simplification du GHT.....	62
Pôles, services, unités fonctionnelles.....	64
Simplification des responsabilités.....	64
Simplification des organisations.....	65
Simplification de l'unité fonctionnelle dans l'hôpital et de la notion d'équipe.....	66
Simplification du temps médical.....	69
Simplification du virage ambulatoire.....	70
Simplification de la télémédecine.....	71

Pilier 4 : Fédération territoriale des acteurs de santé

Place de l'hôpital public dans l'offre de soin.....	75
Secteurs privés et hôpital public.....	75
Place de l'hôpital public dans la permanence des soins.....	77
Relations entre la ville et l'hôpital.....	78
Gestion territoriale de l'offre de soins.....	80
Les Agences Régionales de Santé.....	80
Les déserts médicaux hospitaliers.....	81
Les groupements hospitaliers de territoire (GHT).....	82
Proximité et qualité/sécurité des soins.....	83
Egalité d'accès aux soins.....	85
Virage ambulatoire.....	85
Télémédecine.....	85

Conclusion

PILIER
N°1

TRANSFORMER
LES MÉTIERS
ET
REVALORISER
CEUX QUI LES SOIGNENT



Décompte du temps de travail

Diagnostic de la situation

Les obligations statutaires du PH sont de 10 demi-journées hebdomadaires, lissées sur un quadrimestre.

Le temps de travail du PH doit respecter la Directive Européenne sur le Temps de Travail : 48 heures maximum, lissées sur un quadrimestre, quel que soit le mode de décompte du temps de travail. La loi n°2016-1088 du 8 août 2016, dite loi El Khomri, autorise une durée du temps de travail maximale de 44 heures lissées sur 12 semaines.

Le volume horaire de ces demi-journées n'est pas défini. Ainsi le salaire peut être versé pour un volume de travail très différent d'un praticien à l'autre, et la double contrainte (demi-journée sans horaire défini + limite de la DETT) est inapplicable, obligeant certains praticiens à dépasser les 48 heures : une garde de 24 heures vaut 4 demi-journées et non 5, alors que c'est la moitié de 48 heures, donc de la borne maximale (DETT) ; des journées de 12 heures valent 2 demi-journées et non 2,5 alors que c'est le quart de la DETT. Pour pallier cela, de nombreux établissements ont adopté des « arrangements locaux » opaques, tandis que d'autres appliquent strictement la Loi, et perdent en attractivité. Une transparence par un décompte horaire du temps de travail est impérative.

Priorité d'action

Définir la valeur de la demi-journée du statut de PH.

Ecrire 24 heures = 5 demi-journées.

Propositions concrètes

- 1 → Chaque praticien doit pouvoir choisir annuellement le mode de décompte de son temps de travail : en temps continu (TC) ou en demi-journées (DJ).
- 2 → Un décompte du temps de travail en heures (TC) doit devenir la règle pour les spécialités à forte contrainte de permanences des soins et/ou les spécialités avec travail posté sur un plateau technique (le décompte en DJ serait alors dérogatoire).
- 3 → Simplification des démarches pour pouvoir bénéficier d'un décompte horaire du temps de travail.
- 4 → Lorsque le décompte du temps de travail est en demi-journée, 24 heures de travail continu doivent être crédités de 5 demi-journées, et la période de nuit de 3 demi-journées. L'effectif-cible des équipes devra en tenir compte.

Temps de travail

Diagnostic de la situation

Les obligations de service statutaires du PH sont bornées par la DETT, mais pas par le Code du Travail. Le delta 39-48 heures n'est pas rémunéré, ce qui équivaut à près de 20 % de travail réalisé bénévolement si on atteint la borne maximale.

Le temps d'astreinte n'est pas défini comme du temps de travail effectif alors que c'est un temps de permanence des soins où le praticien est à disposition de son employeur.

Ces obligations statutaires comprennent des activités cliniques et non-cliniques, ces dernières sont régulièrement interdites ou peu autorisées aux praticiens pour « raisons de service ». Il y a lieu de sanctuariser des temps, qui ont un bénéfice à court, moyen ou long terme pour les patients, et qui ne sont pas des temps qui « rapportent » en termes de T2A.

L'évolution sociétale va vers une diminution du temps de travail, au profit d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. C'est un facteur majeur d'attractivité et de fidélisation à mettre en œuvre dans l'hôpital.

Priorité d'action

*Diminution du temps de travail des PH.
Sanctuarisation de valences non cliniques
statutaires.*

Propositions concrètes

5 →

Les obligations de service (OS) statutaires doivent être fixées à 40 heures de travail hebdomadaire, quel que soit le mode de décompte du temps de travail, réparties sur 8 demi-journées.

6 →

Le temps de travail doit être lissé sur 7 jours, afin de limiter des excès de travail hebdomadaire délétères à la santé du praticien. Cette proposition intègre la DETT (48 heures maximum, lissées sur 16 semaines), le Code du Travail dont ne dépendent pas les PH (44 heures maximum, lissées sur 12 semaines) et l'arrêt du Conseil d'Etat, 5^{ème} et 6^{ème} chambre (n°398069 du 4 avril 2018).

- 7 → Le travail de réflexion d'équipe (transmission, staffs, RCP, CREX...) doit être sanctuarisé et intégré au temps de travail.
- 8 → Le travail non clinique (valences non cliniques) doit être sacralisé à hauteur de 20 % ou 2 DJ par semaines. Les activités extra-hospitalières doivent être contractualisées.
- 9 → Le temps de travail additionnel doit être déclenché dès que le seuil des obligations de service est atteint.
- 10 → Lorsqu'il n'est pas possible de garantir un temps de repos après 6 heures de travail (travail posté, permanence des soins), les temps de pauses non pris doivent être comptés, cumulés et reportés sur un compte de « crédit-temps ».
- 11 → Le temps d'astreinte, étant un temps mis à disposition de l'employeur, doit être considéré en totalité comme du temps de travail effectif, inclus dans les obligations de service, conformément à la directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003, confirmée par la Cour de Justice de la Communauté Européenne n° C-518/15, Arrêt de la Cour, du 21 février 2018.

Permanence des soins

Diagnostic de la situation

La permanence des soins est une obligation statutaire, incluse dans les obligations de service. Elle est réglementée par l'arrêté du 30 avril 2003, qui doit être actualisé au vu des nouveaux modes d'exercice de la permanence des soins (gardes devenues des astreintes sans diminution du volume de travail, télé-expertise).

Le travail nocturne induit une pénibilité tout au long de la carrière. Il est source de fatigue et de risque d'erreur dans la prise en charge des patients. Ce risque est d'autant plus important que l'âge du praticien avance, comme l'est la durée nécessaire de récupération. Le travail de nuit est néfaste à la santé : maladies cardiovasculaires, cancers, réduction de l'espérance de vie. Les praticiens n'ont aucune prise en compte de cette pénibilité au cours de leur carrière, ni au moment de leur retraite.

Priorité d'action

*Réécriture de l'arrêté du 30 avril 2003.
Limitation du temps de la permanence des soins,
adaptée à l'âge et à l'état de santé des praticiens.
Création d'un compte pénibilité.*

Propositions concrètes

- 12 → Toute forme de permanence des soins, qui sont une obligation statutaire des PH, doit être intégrée aux obligations de services.
- 13 → Une réécriture de l'arrêté du 30 avril 2003 est nécessaire pour rendre plus lisible l'actualisation des dispositions.
- 14 → Le travail nocturne, inhérent à la permanence des soins (PDS), doit être limité, compte-tenu de sa pénibilité et de son effet néfaste sur la santé des travailleurs.
- 15 → Au-delà de 55 ans, la PDS doit être réalisée et sur la base du volontariat, et après autorisation du médecin du travail.

- 16 → Pour tout praticien, un compte pénibilité sur lequel est inscrit la PDS réalisée au fil de la carrière doit être ouvert par le directeur d'établissement, afin de permettre un départ anticipé à la retraite (valorisation du temps travaillé en période de PDS)
- 17 → L'accès à la télé-expertise doit être possible depuis le domicile pour tout praticien hospitalier d'astreinte.
- 18 → Chaque acte de télé-médecine en astreinte (sans déplacement du praticien) doit être facturé 30 euros (année 2020) à la CNAM.
- 19 → L'activité non déplacée (astreinte non déplacée, réponse au téléphone, télé-médecine) doit être comptabilisée et incluse dans les obligations de service.
- 20 → Le temps d'astreinte, étant un temps mis à disposition de l'employeur, doit être considéré en totalité comme du temps de travail effectif, inclus dans les obligations de service, conformément à la directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003, confirmée par la Cour de Justice de la Communauté Européenne n° C-518/15, Arrêt de la Cour, du 21 février 2018.
- 21 → La forfaitisation des astreintes doit être supprimée.
- 22 → Les actes de télé-expertises doivent être indemnisés à la hauteur d'un déplacement en astreinte.
- 23 → Le repos quotidien doit être garanti, obligeant à une organisation quelle que soit la taille de l'équipe : dimensionnement suffisant de l'équipe, activités non cliniques si nécessaire le lendemain.
- 24 → La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) doit statuer sur la compatibilité du travail en astreinte, pour respecter la sécurité des patients et celle des médecins.

Grille salariale

La rémunération des PH est intimement liée au décompte du temps de travail, au volume de travail effectué, et à ses modalités (pénibilité).

Diagnostic de la situation

Des médecins mal payés au regard de leur niveau d'études, de leurs responsabilités et de la pénibilité de leur travail (amplitudes horaires de travail, travail nocturne...).

Baisse du pouvoir d'achat depuis 30 ans. Grille de rémunération figée depuis 2010 (gel du point d'indice). Inefficacité de la PECH.

Chute des émoluments au passage contractuel → PH.

Les droits à la retraite des PH (tranches A et B des cotisations IRCANTEC) sont conditionnés par le plafond de la Sécurité Sociale pour un praticien à temps plein, créant une injustice pour les praticiens à temps partiels (peu de points en tranche B, donc moindre pension), ce qui est illégal (et n'est pas le cas des autres secteurs d'activité).

Des rémunérations à géométrie variable :

- médecins globalement sous payés
- incitation à l'activité libérale dans des spécialités facilement accessibles à cet exercice à l'hôpital
- irrespect généralisé de l'exercice libéral à l'hôpital (modalités d'applications, limites)

Une différence de rémunération excessive entre les salaires du public et du privé... incitant à fuite vers le privé, à tout stade de la carrière.

Priorité d'action

Revalorisation de l'ensemble de la carrière : grille salariale et régimes indemnitaires.

Application de la loi concernant les cotisations IRCANTEC des temps partiels.

Revalorisation des émoluments hospitaliers des personnels hospitalo-universitaires (HU) proportionnellement au repyramidage d'échelons.

Propositions concrètes

- 25 → Disparition des 5 premiers échelons et suppression de la PECH : recrutement sur l'actuel 6^{ème} échelon.
- 26 → Carrière étalée sur 8 échelons étalée sur 24 ans (3 ans par échelon), début de carrière à 5 000 euros nets, fin de carrière à 10 000 euros nets.
- 27 → Le PH en période probatoire ou nommé ne doit pas percevoir d'émoluments inférieurs à ceux qu'il percevait en tant que praticien contractuel ou assistant.
- 28 → Proratisation du plafond de la Sécurité Sociale conformément à la loi.
- 29 → Emoluments hospitaliers des HU revalorisés proportionnellement au repyramidage d'échelon des PH.

Indemnité de sujétion

Diagnostic de la situation

La permanence des soins est une activité à risque : décisions en urgence sur des patients critiques, en période d'effectif réduit (décisions et actes solitaires), et dans un contexte de fatigue physique et psychique (périodes d'activités longues – jusqu'à 24 heures d'affilée, travail nocturne). Elle a des conséquences sur l'équilibre vie professionnelle / vie privée (couple, enfants notamment) et sur la santé (pathologies cardiovasculaires, cancers, réduction de l'espérance de vie).

Elle est très mal indemnisée, et là encore des écarts entre la rémunération de la PDS exercée par les libéraux et le secteur privé est criante. Des écarts varient par ailleurs du simple au double entre les PH et les hospitalo-universitaires (CCA, assistants, MCU-PH, PHU et PU-PH).

Enfin, l'hôpital public, ouvert 24h/24, reçoit les urgences les plus critiques et ne refuse ni ne transfère aucun patient vers des structures privées (hors circonstances exceptionnelles type COVID), alors que l'inverse est fréquent.

Priorité d'action

Clarification de la place de l'hôpital public dans la permanence des soins.

Revalorisation de la permanence des soins.

Propositions concrètes

30



Définir la place de l'hôpital public dans la permanence des soins, et lui assurer un financement sanctuarisé, qui ne met pas en concurrence les secteurs public et privé.

31



L'indemnité de sujétion, pour la permanence des soins réalisée sur place, par tout personnel hospitalier ou hospitalo-universitaire, doit être unique, et portée à 479,64 euros bruts pour 12 heures, puisque les contraintes sont les mêmes quels que soient les personnels.

Indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE)

Diagnostic de la situation

De manière très paradoxale, l'activité public exclusive n'est pas encouragée à l'hôpital public.

Alors que 20 % de l'activité du PH peut être soit publique, soit libérale, le PH qui a une activité libérale est payé deux fois sur son activité libérale : une fois grâce à son salaire de PH (20 % de son salaire), une fois sur les actes réalisés.

L'IESPE n'est pas à la hauteur de cette activité libérale, et n'a été revalorisée en mars 2017 que pour les praticiens ayant plus de 15 ans de contrat d'IESPE – sachant que de nombreux praticiens ont eu une activité publique exclusive sans contrat au préalable – et cette revalorisation devait s'étendre à l'ensemble des praticiens, ce qui n'a pas été réalisé.

Enfin, les praticiens à temps partiel, qui n'ont pas d'activité libérale, sont inégalement traités en ce qui concerne l'IESPE (donnée ou non selon les établissements).

Priorité d'action

Revalorisation équitable de l'IESPE.

Propositions concrètes

- 32 → L'indemnité d'engagement de service public exclusif doit être attribuée à l'ensemble des praticiens qui ont un exercice public exclusif dès la signature du premier contrat, et proratisée à la quotité de temps de travail.
- 33 → IESPE doit compenser l'absence d'activité libérale à l'hôpital, c'est-à-dire s'élever autour de 3 000 euros par mois (2020).

Temps de travail additionnel (TTA)

Diagnostic de la situation

Le TTA permet de travailler au-delà des obligations de service (dont le maximum est défini par la Directive Européenne sur le Temps de Travail). Il est destiné à pallier la pénurie des effectifs médicaux.

Ce TTA doit être réalisé sur la base du volontariat, et contractualisé. Ce n'est souvent pas le cas (cf. enquête CONTRAMAR publiée par le SNPHARE en 2018) : auto-contrainte ou contrainte par l'institution, et absence de contrat dans un grand nombre de cas.

Pour pallier la pénurie, l'autre solution possible est l'intérim externe, dont l'écueil est la méconnaissance du médecin intérimaire du règles et des habitudes de prise en charge de l'établissement (charge de travail supplémentaire pour l'équipe, mise en danger potentielle des patients) et l'absence de contrôle de la formation et compétence de l'intérimaire. Paradoxalement, cet intérim externe est beaucoup mieux rémunéré que l'effort des praticiens pour maintenir une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité des soins. La réglementation encadrant l'intérim externe était destinée à refinancer les émoluments des PH, ce qui n'a jamais été le cas.

De fait, la rémunération du TTA des PH est inférieure à leur salaire à partir de l'échelon 7 à 10, ce qui est complètement paradoxal pour du travail réaliser en sus des horaires maximaux légaux.

Priorité d'action

Abaissement du seuil de déclenchement du TTA et revalorisation du TTA.

Propositions concrètes

34



Le TTA doit être décompté à partir de 40 heures de travail hebdomadaire, lissées sur 7 jours (cf. arrêt du Conseil d'Etat, 5^{ème} et 6^{ème} chambre – n° 398069, 4 avril 2019).

35



Le TTA est un interim interne, il doit être rémunéré au moins au même tarif que l'intérim externe, soit 650 euros nets (2020).

Primes diverses

Diagnostic de la situation

Les primes sont des revenus occasionnels et temporaires, au contraire des revenus assurés par une grille salariale. Elles ne donnent pas toujours lieu à des cotisations sociales, alors que ce sont des revenus liés au travail. Ce ne sont que des pansements sur des jambes de bois.

Priorité d'action

Revalorisation de la grille salariale.

Revalorisation de la prime d'exercice territorial (PET).

Propositions concrètes

36



La prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH), attribuée de façon arbitraire au bon vouloir du directeur d'établissement), devrait être remplacée par la disparition des cinq premiers échelons de la grille salariale des praticiens hospitaliers.

37



La prime d'exercice territoriale (PET), qui n'est guère attractive, doit être revue pour valoriser l'exercice en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) à l'heure des déserts médicaux dans certains territoires.

Compte Epargne-Temps (CET)

Diagnostic de la situation

Le Compte Epargne-Temps (CET) est destiné à stocker le temps de travail effectif réalisé au-delà des obligations de service : RTT ou CA non pris, TTA s'il n'est pas rémunéré ni récupéré.

L'indemnisation du CET est inférieure à l'indemnisation du TTA, et n'est donc pas avantageuse.

L'indemnisation du CET ne donne plus lieu à cotisations à l'IRCANTEC, sans explication rationnelle de ce désengagement des établissements auprès de l'IRCANTEC.

Priorité d'action

Revalorisation des jours de CET.

Cotisation à l'IRCANTEC pour toute indemnisation du CET.

Propositions concrètes

38

→ L'idéal serait d'utiliser ses jours épargnés sur le CET en temps de repos. Malheureusement, la démographie médicale ne le permet pas toujours. C'est pourquoi une revalorisation de l'indemnisation des jours de CET suivant l'indice des prix à la consommation est nécessaire.

39

→ L'indemnisation doit donner lieu à cotisations sociales comme tout travail effectué, ainsi qu'à cotisations au régime de retraite complémentaire des PH (IRCANTEC).

Diagnostic de la situation

L'indépendance professionnelle ne doit être menacée par aucune pression extérieure.

Les différents statuts de médecin hospitaliers sont un non-sens. Seule l'ancienneté (échelon) peut faire varier le salaire pour un travail égal. Les expériences contractuelles (notamment contrat de praticien clinicien) sont des facteurs de déstabilisation majeure des équipes.

Les suspensions de PH sont très marginales, mais de plus en plus fréquentes, pour des raisons qui ne sont pas toujours la sécurité des patients ou du praticien, mais souvent un conflit entre praticiens, ou entre le praticien et la direction. La résolution de ces conflits est très longue (parfois plusieurs années), à l'origine d'un préjudice financier et moral, ainsi qu'une perte d'expertise du praticien, mettant en cause la reprise de son activité professionnelle même si la suspension s'avère après coup abusive.

Le métier de médecin hospitalier est le même tout au long de la carrière. Des aménagements pour raison de santé ou d'âge (notamment : permanence des soins, activités à risques) ne sont possibles que dans le cadre d'arrangements locaux, et en pratique souvent refusés.

Priorité d'action

Réaffirmation de l'indépendance professionnelle.

Création d'un statut unique de PH.

Maintien du principe de concours national et de nomination nationale des PH.

Encadrement strict des conditions de suspension et reprise d'activité.

Aménagement des fins de carrières (> 55 ans) pour permettre aux PH de travailler à l'hôpital jusqu'à leur retraite dans de bonnes conditions pour eux et pour les patients.

Propositions concrètes

- 40 → L'indépendance professionnelle du médecin doit être garantie (art. R 4127-5 du CSP).
- 41 → Un statut unique, décliné en fonction de la quotité de travail (temps plein, temps réduit ou temps partiel), avec uniformisation de la couverture sociale, doit être appliqué à tous les praticiens hospitaliers.
- 42 → La nomination comme praticien hospitalier doit être une nomination nationale, après concours national.
- 43 → Un contrat de médecin remplaçant, pour diminuer le recours à l'intérim, dès les 4/5^{èmes} du cursus d'interne réalisé, et en attendant la phase de consolidation, avec gains d'échelons si carrière hospitalière ultérieure. Un contrat peut-être proposé aux PH en poste, sur leur temps non clinique.
- 44 → En cas de mise à disposition, la convention auprès d'un autre établissement de santé est conclue pour une période de 12 mois, renouvelable.
- 45 → La mise en recherche d'affectation doit être de droit et de durée double pour permettre une reconversion en absence de poste adapté à l'état de santé du praticien.
- 46 → Sollicitation obligatoire du CNG pour les suspensions qui relèvent du directeur d'établissement. Les suspensions ne doivent pas excéder 6 mois avant toute décision du Centre National de Gestion (CNG).
- 47 → Le praticien hospitalier en période probatoire ou nommé ne peut pas percevoir d'émoluments inférieurs à ceux qu'il percevait en tant que praticien contractuel ou comme assistant.
- 48 → La variabilité de la carrière doit être évoquée dès le début de la carrière, sur un profil de poste, à partir d'un projet personnel et à travers des entretiens individuels annuels.
- 49 → Un entretien annuel doit permettre d'offrir au praticien le développement de ses projets professionnels, s'intégrant à un projet de service. Cet entretien permet au praticien de faire évoluer ses projets et au responsable de structure de vérifier l'adéquation entre projet personnel et projet de service.
- 50 → L'aménagement des carrières doit être envisagé à partir de 55 ans :
✓ Instauration de passerelles : activités médicales autres, expertise, management, enseignement, syndicat, ARS, Agence de Biomédecine...

- ✓ Retraite progressive.
- ✓ Cumul emploi-retraite sur maintien d'un exercice à temps partiel tenant compte de l'expertise du praticien et du dernier échelon avant la retraite.
- ✓ Indemnités de départ à la retraite.
- ✓ Utilisation du CET pour diminuer son temps de travail à salaire constant.

51



Le travail de nuit doit être facultatif au-delà de 55 ans (sur la base du volontariat).

Mixité et décloisonnement des exercices

Diagnostic de la situation

Perte de la définition et de la dynamique de l'équipe : statuts différents, intérimaires, organisation en silos des personnels médicaux et non médicaux.

Priorité d'action

Afin de pouvoir créer et maintenir une dynamique collective d'équipe, il faudra prêter une attention particulière à la composition de l'équipe médicale.

Propositions concrètes

- 52 → Assurer un juste équilibre entre les praticiens titulaires et les non titulaires pour permettre le renouvellement de l'équipe et la mixité générationnelle.
- 53 → Dans le cadre de l'exercice mixte, la quotité minimale hospitalière d'un PH doit être de 60 % pour garantir un réel investissement dans l'activité hospitalière.
- 54 → Limiter le nombre de temps partiels (< 80%) et de praticiens à temps partagé dans l'équipe afin de ne pas casser la dynamique collective par la difficulté à pouvoir se rencontrer et échanger facilement sur des sujets organisationnels.

Il ne peut pas y avoir de règles formelles sur la composition, tout dépend de l'activité de l'équipe, elle devrait cependant être établie dans le contrat de service et maintenue au mieux pendant toute la durée du mandat.

Formation

Diagnostic de la situation

La formation initiale en France est au niveau d'excellence. Cependant, la création d'une phase de consolidation (réforme du 3^{ème} cycle) crée une situation d'insécurité pour le patient et/ou l'interne / et ou le senior, qu'il faut clarifier d'urgence. Ce travail a été fait en anesthésie-réanimation, sur proposition du SNPHARE au CNP-ARMPO.

Le statut de PH prévoit 15 jours de formation annuelle. Or, faute de financement et par pression à la productivité des établissements et/ou pénurie de personnels, ce temps n'est pas pris du tout, ou alors très partiellement, alors que la médecine est une discipline en évolution constante et rapide. Le DPC est une usine à gaz qui a fait la preuve de son incapacité, sous sa forme actuelle, à accompagner la formation médicale continue. Il y a un risque important de perte de compétence au fil de la carrière, et donc de soins de moindre qualité pour les patients.

Priorité d'action

Sécuriser la phase de consolidation de fin d'internat.

Garantir les possibilités de formation des PH : sanctuarisation de temps et d'un financement annuel.

Clarification du processus du DPC.

Propositions concrètes

Formation initiale

- 55 → Formalisation de la validation du passage d'une phase à l'autre.
- 56 → Création d'un cadre légal indispensable concernant les internes en phase de consolidation, avec définition de l'autonomie et de la supervision.

Formation continue

- 57 → La formation est un droit statutaire des PH : 15 jours de FMC annuelle.
- 58 → Le DPC doit être inclus dans les obligations de service du praticien.
- 59 → Le budget DPC de chaque établissement doit être transparent.
- 60 → Obligation pour les établissements d'assurer et de financer la formation médicale continue de tous les PH (1500 euros par an et par médecin en 2020).
La quotité de budget alloué à la formation doit être à la hauteur du secteur privé (5 % du budget de la masse salariale).
- 61 → Les refus de financement doivent être argumentés, et remontés aux instances ordinales et les Conseils Nationaux Professionnels.
- 62 → Les organismes formateurs doivent faire l'objet d'une évaluation transcrite sur un rapport annuel.
- 63 → Simplification du processus DPC sur les 5 étapes du parcours du PH (inscription / suivi et évaluation / attestation de validation / prise en charge / contrôle de l'obligation DPC).
- 64 → Personnalisation des modalités du DPC en fonction de la spécialité et du mode d'exercice.
- 65 → Promouvoir et développer des outils pédagogiques en adéquation avec les moyens à disposition (simulation haute-fidélité, e-learning...).
- 66 → Encourager la rédaction de référentiels-métier déclinés par spécialité.

Valorisation des compétences acquises

Diagnostic de la situation

Au cours de sa carrière un PH montre souvent une appétence plus marquée pour une ou des activités particulières parmi les nombreuses missions décrites dans le statut de Praticien Hospitalier.

Le praticien peut avoir développé des compétences particulières en pédagogie ou bien être porteur d'un projet de recherche clinique d'envergure. Il peut avoir acquis un savoir-faire médical très spécialisé au sein de sa propre discipline, ou bien s'être investi dans des missions institutionnelles transversales (CME, plan rouge / plan blanc / risque NRBC, matério / pharmaco / hémovigilance, missions HA ...).

Cette diversité potentielle d'activités au sein du statut de PH n'est pas assez connue, encouragée, sécurisée.

Pour inciter un jeune médecin à s'investir dans la carrière hospitalière, il faut qu'il puisse se projeter sur les trajectoires professionnelles de ses aînés et se rendre compte de la richesse des carrières hospitalières.

Priorité d'action

Mieux faire connaître l'éventail des possibilités statutaires.

Promouvoir et sécuriser ces activités particulières par une garantie de temps dédié.

Renforcer les effectifs pour que l'activité de soins soit assurée tout en permettant aux PH cette diversification de carrières (surtout pour les deuxièmes parties de carrières).

Propositions concrètes

- 67 → Instaurer des valences (dans l'esprit des deux demi-journées statutaires dites "d'intérêt général") garantissant du temps hors soins consacré à des missions bien identifiées.
- 68 → Contractualisation de ces missions pour une durée bien définie.
- 69 → Renouvellement éventuel des valences sur des critères objectifs.
- 70 → Engagement contractuel signé par avec le chef d'établissement (pour les missions internes) et par les organismes partenaires (Universités, Inserm, CNRS, HAS, ...) pour les missions extra-hospitalières.
- 71 → Recrutement d'un nombre de personnels suffisant pour permettre à chacun (notamment en deuxième partie de carrière) de bénéficier de ces valences et diversifier son activité.

Valorisation des missions exercées

Diagnostic de la situation

Un PH peut intervenir au titre de mission d'appui au niveau d'un Ministère, d'une ARS, d'une Commission Régionale (CR) Paritaire ou d'une CR de Conciliation, voir d'autres organismes institutionnels.

Les PH ont régulièrement des difficultés à pouvoir assumer ces missions, et sont parfois mêmes contraints, faute de clarté de ces missions au sein du tableau de service, de les réaliser en période de repos de sécurité post-garde ou en prenant une journée de congés.

Priorité d'action

Clarification de l'intégration des missions extra-hospitalières dans le travail du PH

Propositions concrètes

- 72 → Dès qu'une mission est officialisée par un décret ou un arrêté (JO ou au niveau régional), celle-ci est enregistrée au niveau du tableau du service d'origine du PH au titre de ses DJ d'activité générale (20 % des obligations de service hebdomadaires).
- 73 → Ces missions doivent être inscrites au projet de service.
- 74 → Ces missions doivent être reconnues, et les autorisations spéciales d'absence inhérente à ces missions doivent être de droit.
- 75 → Le dimensionnement des équipes doit être adapté pour permettre la réalisation de ces activités par les PH.
- 76 → Si celles-ci font l'objet d'une rémunération, cette rémunération est versée directement au PH.

77



Pour toute activité dépassant le cadre des 20% des obligations de service (activité syndicale ou autres missions), le PH se retrouve dans une situation équivalente à un détachement :

- Son droit d'avancement est conservé.
- Sa rémunération statutaire est assurée par son établissement d'origine qui se fait rembourser intégralement par l'organisme bénéficiant de la mission de support. Si l'activité de support fait l'objet d'une prestation financière supérieure du montant du salaire du PH (au *prorata temporis*), le delta financier est directement versé au PH concerné.
- L'activité de support est enregistrée sur le tableau d'activité du service ou du pôle. Le reversement de l'activité de support, permet ainsi de compenser l'absence du PH, par l'engagement d'un PH contractuel pour ne pas affaiblir le dimensionnement opérationnel du service.

Valorisation du travail en équipe

Diagnostic de la situation

Le travail d'équipe est réduit à peau de chagrin, d'autant que les services sont en sous-effectif et priorisent le soin au détriment du reste. Les temps de réflexion, concertation, transmission sont sacrifiés.

Les projets de services ne sont pas écrits par l'équipe, et toute innovation est soumise au mille-feuille administratif, conduisant à une perte de temps et d'énergie, et finalement à l'abandon de projets pourtant destinés à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Priorité d'action

Intégration du temps de travail d'équipe au temps de travail des personnels.

Management bienveillant, relations directes entre la direction et l'équipe.

Propositions concrètes

- 78 → Sanctuarisation d'une quotité de temps de travail pour les missions du responsable d'équipe.
- 79 → Définitions d'un projet de service et de missions à l'intérieur de ce projet, dans lequel les personnels missionnés ont du temps dédié et sont les interlocuteurs directs avec la direction.
- 80 → Maintien d'un effectif suffisant pour assurer le travail d'équipe, tant sur le plan du soin que sur la réalisation de missions et de tâches organisationnelles.

Promotion de la qualité de vie et de la santé au travail

Qualité de vie au travail

Diagnostic de la situation

Depuis des années, les conditions de travail s'est dégradée : intensification du travail, pénurie de personnels, gouvernance et management.

Des pathologies liées au travail sont mises en évidence (épuiement professionnel « burn-out », suicides). Les causes de ces pathologies sont décrites dans les rapports annuels de l'Observatoire de la Souffrance au Travail (créé par le SNPHARE).

Priorité d'action

Prioriser la qualité de vie au travail à l'hôpital avec des objectifs mesurables et pertinents.

Propositions concrètes

81 →

Définir de nouveaux indicateurs de suivi d'activités intégrant la qualité des soins et le bien-être au travail plutôt que les seuls critères de productivité.

82 →

Création de Commissions de Vie Hospitalière au sein du GHT (cf. chapitre GHT).

Santé au travail

Diagnostic de la situation

Les services de santé au travail ne sont actuellement pas à même d'exercer leur mission, d'une part par manque d'effectifs, d'autre part parce que les médecins de santé au travail sont régulièrement liés à l'employeur. Les médecins de santé au travail ont été exclu de la concertation « Ségur de la Santé ».

Les PH n'ont, de fait, pas de visite annuelle systématique, ni même parfois de visite à l'arrivée dans l'établissement ou après un congé maladie prolongé ; ils n'ont pas non plus de représentation au CHSCT.

Priorité d'action

Renforcer les services de santé au travail en moyens (effectifs, indépendance).

Création d'un véritable dossier de santé au travail, incluant la pénibilité.

Propositions concrètes

- 83 → Constitution d'un dossier médical en santé au travail, conformément à l'article L. 4624-2 du Code du travail.
- 84 → Reconnaissance de la pénibilité *via un curriculum laboris*.
- 85 → Fiche de poste avec évaluation des risques psycho-sociaux.
- 86 → Prévoyance payée par l'hôpital et le salarié
- 87 → Véritable représentation médicale au CHCST
- 88 → Allouer les moyens d'une santé au travail renforcée, avec obligation de résultats sur des indicateurs intégrés au bilan social de l'établissement :
- ✓ Pourcentage de visites en santé au travail
 - ✓ Absentéisme
 - ✓ Mesure du turn-over
 - ✓ Taux de vacance de postes
 - ✓ Temps de travail additionnel
- 89 → Création d'une commission obligatoire de Qualité de Vie au Travail
- ✓ Sous-commission de la CME
 - ✓ Dont le président et le vice-président sont élus par les membres de la CME
 - ✓ Les autres membres (à parité) sont élus parmi l'ensemble des médecins.
- 90 → Statut de praticien hospitalier pour les médecins du travail, permettant d'être indépendants de la direction.

Promotion du dialogue social à l'hôpital

Diagnostic de la situation

Les PH n'ont aucun espace de dialogue social dans les établissements.

Au niveau national, les syndicats ne reçoivent aucune subvention.

Les moyens syndicaux attendus depuis des années avaient été promis à l'issue des élections professionnelles de 2019.

Priorité d'action

Définition des moyens syndicaux pour les PH (effectifs, locaux, matériels, moyens de communication) au niveau local comme au niveau national.

Propositions concrètes

- 91 → Toute représentation syndicale médicale locale doit être élue par l'ensemble des médecins de l'hôpital.
- 92 → Le nombre de représentant doit être calculé au *pro rata* du nombre de praticiens dans l'établissement / du GHT.
- 93 → Le droit syndical, autorisé par l'art. R. 6173 du Code de la Santé Publique, doit s'accompagner de mise à disposition de locaux, d'un crédit de temps syndical, d'autorisations facilitées d'absence pour tous les syndicats membres d'organisations syndicales représentatives (résultat des élections professionnelles).

Activité libérale à l'hôpital

Diagnostic de la situation

L'activité libérale fait partie du statut de PH.

Elle est une source de revenus supplémentaires pour les PH, et donc facteur d'attractivité et de fidélisation, face à une grille salariale insuffisante.

Sa réglementation (quotité de temps et d'actes, identification claire du temps de travail dédié à l'activité libérale, transparence de l'activité libérale à l'hôpital) n'est pas toujours appliquée.

Priorité d'action

Revalorisation de la grille salariale des PH (qs).

Application de la réglementation.

Propositions concrètes

94



Application stricte de la législation concernant l'activité libérale à l'hôpital :

- affichage de l'activité libérale dans les plannings de consultation et opératoires (sanctuarisation de demi-journées d'activité publique et d'activité privée)
- interdiction de l'activité libérale pendant la permanence des soins
- priorisation des patients de l'hôpital selon le degré d'urgence et non sur le mode de rémunération du praticien
- transparence de la commission d'activité libérale, publicité de son rapport annuel

PILIER

N°2

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



Diagnostic de la situation

La T2A est un système inflationniste compte tenu de l'enveloppe fermée par l'ONDAM : plus on fait d'actes, plus on est financé.

- ✓ Les tarifs sont définis de manière opaque
- ✓ Ils sont de moins en moins élevés chaque année : il faut faire davantage d'actes pour être aussi bien financé
- ✓ Ils sont définis *a posteriori*, induisant une incertitude sur le montant du financement, ce qui limite les capacités à prévoir les investissements des établissements.
- ✓ Ce système place donc la réalisation de l'acte avant la pertinence de l'acte.
- ✓ L'allocation du financement à l'acte n'est pas la même pour les secteurs public et privé, les mettant ainsi en concurrence.

Priorité d'action

Le financement de l'hôpital doit être adapté aux besoins de santé de la population.

Le financement doit être axé sur la qualité et la pertinence des soins.

Propositions concrètes

Le financement doit prendre en compte

- 95 → Le parcours de soin « moyen » d'un patient pour chaque pathologie
- 96 → La complexité liée au patient : la rémunération doit répondre à la médecine individuelle
- 97 → La pertinence du soin (prescription médicamenteuse, actes etc.)
- 98 → Il faut diversifier les modes de financement en intégrant d'emblée le financement des investissements nécessaires et les mesures de prise en charge innovantes.
- 98 → Sanctuarisation *a priori* du financement (soins, moyens humains et matériels) des missions de service public (permanence des soins - avec la pénibilité qu'elle induit, équité d'accès aux soins...), par une enveloppe budgétaire adaptée aux besoins en santé de la population.

Diagnostic de la situation

Jusqu'à il y a quelques années, les mutuelles ne pratiquaient qu'un seul tarif quel que soit l'âge et la situation de famille. Puis, contrairement à l'esprit mutualiste d'universalité, de fraternité et d'égalité dans l'accès aux soins dont elles se revendiquent, elles ont peu à peu appliqué des tarifs variables en fonction de l'âge puis du niveau de couverture du panier de soins.

"L'esprit mutualiste" s'est peu à peu dissous dans la concentration (fusions - disparitions) des assurances maladie complémentaires, les mutuelles devenant de grands groupes dont le chiffre d'affaire dépasse le milliard d'euros.

Les Assurances Médicales Complémentaires (AMC) se sont institutionnalisées, notamment avec la création de l'UNCAM et l'extension de son périmètre.

Notre système d'assurance maladie est désormais découpé en trois compartiments :

- ✓ *Le Régime Obligatoire de base* voit son périmètre "gelé" du fait du salariat précaire et des allègements de charge (défaut de cotisations) sur les bas salaires.
- ✓ *Le Régime Complémentaire* est devenu quasi obligatoire, géré par des opérateurs en concurrence, "régulé" et solvabilisé partiellement par les fonds publics (cf. CMU) mais pesant de plus en plus sur le portefeuille des ménages de la classe moyenne. A ce titre on peut dire que **tout euro transféré de la SS vers les AMC est un euro inégalitaire**.
- ✓ *Le Reste À Charge des ménages* est de plus en plus élevé ouvrant potentiellement la porte à une pléiade de régimes supplémentaires totalement individuels et volontaires accessibles uniquement aux hauts revenus.

Le régime assurantiel des PH leur impose de cotiser eux-mêmes à une surcomplémentaire : les employeurs privés ont l'obligation de proposer une couverture complémentaire à leurs employés, et de financer au moins 50% des cotisations, alors que les salariés du secteur public n'en bénéficient pas, et ceux du secteur privé souscrivent des surcomplémentaires qui accroissent les inégalités.

Le principe de démocratie mutualiste (un adhérent = une voix) est de plus en plus caduc dans un secteur de plus en plus concentré et "marchandisé". Il y a un déclin irréversible de l'écu mutualiste dépassé par la complexification et la professionnalisation de gestion de structures de grande taille.

Les coûts de gestion des AMC sont par ailleurs beaucoup plus élevés (près du double) que ceux de la SS, en partie du fait de la concurrence et des frais de démarchage et de publicité.

Priorité d'action

Intégrer le régime des assurances médicales complémentaires au sein de la Sécurité Sociale.

Créer un régime 100 % sécurité sociale couvrant l'ensemble des frais médicaux des praticiens hospitaliers.

Création d'un « cinquième risque » - grand âge et dépendance de nos aînés - couvert intégralement par la Sécurité Sociale

Propositions concrètes

- 99** → Généralisation du « régime local » d'Alsace-Moselle (création d'une « Sécu-Complémentaire ») permettant l'accès aux soins à tous, couvrant intégralement la dentisterie, les frais d'optique et d'audioprothèse, le forfait hospitalier, le ticket modérateur (reste à charge zéro) et intégrant un cinquième risque (dépendance) à créer de toute urgence.
- 99 bis** → A défaut, intégration des praticiens à une assurance complémentaire, financée à 50 % par l'employeur.
- 100** → Suppression de la facturation « chambre seule » qui devrait faire partie du standard de soins, étant indispensable à la confidentialité (secret médical) et au respect de l'intimité de chaque patient.

Financement de la médecine préventive et de l'accès aux soins pour tous

Diagnostic de la situation

Le financement de la santé publique est un déterminant incontournable pour le pilotage de l'offre de soins, d'une part en repérant les inégalités d'accès, les inégalités de santé et d'autre part en construisant des actions de prévention ou d'éducation thérapeutique.

L'inégalité d'accès aux soins entraîne un déficit de prévention et de prise en charge précoce des pathologies, aggravant finalement le coût de la santé.

Le budget attribué à la prévention est beaucoup trop faible (5 % du budget de la Santé). La prévention était l'un des thèmes forts de la campagne électorale de notre Président de la République en matière de politique de santé.

Priorité d'action

Investir dans la médecine préventive.

Garantir l'accès aux soins (cf. également pilier 4)

Propositions concrètes

- 101 → C'est l'Etat (l'impôt) qui doit financer la santé publique.
- 102 → Sanctuariser un budget de santé publique / médecine préventive : médecine scolaire, campagnes de communication éducationnelles, formations des usagers « éducation thérapeutique ».
- 103 → Adapter le maillage territorial aux besoins en santé de la population, en tenant compte du rapport annuel de l'observatoire des inégalités d'accès aux soins.

Financement de la formation continue

Diagnostic de la situation

La formation continue est une obligation de l'employeur vis-à-vis des salariés : maintien des compétences, progression professionnelle.

Le statut de PH prévoit 15 jours de formation annuelle. Or, faute de financement et par pression à la productivité des établissements et/ou pénurie de personnels, ce temps n'est pas pris du tout, ou alors très partiellement, alors que la médecine est une discipline en évolution constante et rapide. Il y a un risque important de perte de compétence au fil de la carrière, et donc de soins de moindre qualité pour les patients.

Ce qui est sous la dénomination actuelle de DPC correspond aux actions de formations gouvernées par les orientations prioritaires fixées par le gouvernement (en grande partie). Ce DPC a un financement sanctuarisé à la hauteur de 0,5 à 0,75 % de la masse salariale des médecins du public et est géré via l'ANDPC.

Ce DPC ne permet pas d'assurer la formation continue et le maintien des compétences tout au long de la vie. En particulier, il ne couvre pas l'accès aux DIU ou aux congrès. Le contenu de la formation continue est normalement défini pour chaque discipline par le CNP correspondant sous la forme d'un parcours individualisé. Ce parcours inclut les actions d'accréditation et les actions de formation cognitive comme les congrès et DIU en sus des actions DPC. Il va servir de base à la future recertification des médecins, qui sera effective en 2021.

Priorité d'action

*Garantir les possibilités de formation des PH :
sanctuarisation de temps et d'un financement
annuel.*

Propositions concrètes

Le financement de la formation continue et le maintien des compétences tout au long de la carrière doit être sécurisé par la réaffirmation des droits à la formation :

- 104 → La formation est un droit statutaire des PH : 15 jours de FMC annuelle. Ce temps doit être pris en compte dans le dimensionnement des équipes.
- 105 → L'obligation des établissements d'assurer et de financer la formation médicale continue doit être d'un niveau adapté à la « gestion des talents » : 3 à 5 % de la masse salariale (comme dans le secteur privé). Cette enveloppe de formation doit être individualisée. Ce budget doit être parfaitement transparent.
- 106 → Le DPC doit être totalement réformé, et les missions réglementaires des CNP doivent être appliquées : la définition des parcours individuels et le pilotage de la recertification des médecins revient aux CNP.
- 107 → Les refus de financement doivent être argumentés, et remontés aux Conseils Nationaux Professionnels.
- 108 → Le financement de la formation doit pouvoir promouvoir et développer des outils pédagogiques en adéquation avec les moyens à disposition (simulation haute-fidélité, e-learning...).

COPERMO

Diagnostic de la situation

Le COPERMO n'est pas pertinent dans son fonctionnement et ses décisions : la gestion nationale ne permet pas de se centrer sur les besoins sanitaires de la population locale.

Priorité d'action

Revoir les règles des COPERMO.

Propositions concrètes

109



Constitution de COPERMO locaux ou régionaux plutôt que nationaux, en donnant au national un rôle de régulation ;

110



Adaptation du COPERMO en fonction des besoins de santé de la population, actualisée au moment de sa réalisation.

111



Inclusion des élus, des associations d'usagers et des professionnels de santé dans les COPERMO.

Performance

Diagnostic de la situation

La performance mesurée à l'hôpital est une performance budgétaire. Elle répond à un objectif de rentabilité (concept de l'« hôpital-entreprise ») contraire au principe de service public.

- ✓ Elle implique des choix qui sont fait au détriment
 - Des personnels
 - Diminution régulière du ratio personnel / patients
 - Induction de pathologies du travail (épuisement professionnel, troubles musculo-squelettiques etc.)
 - Des moyens matériels (lits d'hospitalisation, équipements, consommables)
- ✓ L'administration se fait aider par des agences d'aide à la performance (ANAP, HAS, ATIH...) et de coûteux cabinets d'audit.

Les indicateurs de performance et de qualité des soins sont des usines à gaz.

- ✓ Ils ne mesurent pas réellement la performance du soin donné. Ils sont de plus en plus éloignés des objectifs initiaux de pertinence des soins.
- ✓ La tenue des tableaux d'indicateurs mobilise énormément de ressources (temps médical et paramédical)
- ✓ Ces indicateurs éclipsent totalement la mesure de la dégradation des conditions de travail pour répondre aux impératifs de performance budgétaire.
- ✓ Ils détournent l'attention de la presse et du public des véritables problèmes qui minent le service public hospitalier.
- ✓ Les pathologies non prises en compte par les indicateurs risquent d'être moins bien prises en charge.

Priorité d'action

*Changer de paradigme de performance :
modernisation du système hospitalier pour le rendre
plus performant, plus dynamique, plus humain à
l'égard des patients et des personnels, et garant
d'un accès équitable aux soins constant et de
qualité sur tout le territoire.*

Propositions concrètes

112



Une véritable gestion des ressources humaines et des achats, prenant en compte :

- La charge de travail
- Le travail en équipe
- Les amplitudes horaires (temps de travail, PDS etc.)
- La qualité et l'humanisation des soins
- Le bien-être au travail
- L'équilibre vie personnelle / vie privée
- Le développement durable et l'écologie.

113



Un système d'information performant, avec des indicateurs pertinents, non redondants, de manière à limiter drastiquement la surcharge de travail induite pour les professionnels de santé.

114



Des commissions médico-administratives opérationnelles ancrées dans la pratique et le terrain, permettant des prises de décisions en connaissance des vraies problématiques.

115



La suppression des agences « hors sols » dont les recommandations manquent cruellement de pertinence et d'efficacité (ANAP, HAS, Santé Publique France...)

116



Une vraie mesure de la performance, avec des indicateurs prenant en compte :

- la qualité des soins,
- la satisfaction des usagers (soins, temps d'écoute, empathie),
- le bilan social de l'établissement (pathologies liées au travail – *burn out*, troubles musculo-squelettiques etc. -, turn-over dans le service, fins prématurées de carrière...).

117



Le contrôle des multiplications d'actes et des actes non-pertinents. Ce contrôle doit être potentiellement sanctionnant (remboursement des dépassements d'honoraires, refus de facturation par l'Assurance-Maladie).

Constructions

Diagnostic de la situation

Les établissements doivent assumer le financement de leurs constructions sur leurs fonds propres, imposant des coupes budgétaires (personnels, permanence des soins, investissement en matériel...).

Priorité d'action

Financement des gros travaux par la collectivité.

Propositions concrètes

118



Participation partielle ou totale des collectivités locales et régionales à la construction hospitalière.

Réseaux de soins

Diagnostic de la situation

Le maillage territorial doit s'organiser en réseau, comme c'est le cas en périnatalité. Ces réseaux ont des organisations et des financements propres, hétérogènes selon les régions.

Priorité d'action

| *Création et financement des réseaux de soins.*

Propositions concrètes

119



Création dans chaque discipline soumise à autorisation et gradation des soins d'un réseau régional ad hoc, à l'image des réseaux de périnatalité, afin d'admettre le bon patient au bon endroit dans le bon délai.

120



Financement de ces réseaux par la région.

Préparation des établissements à toutes formes de risque et de crise dans une optique de résilience

Diagnostic de la situation

La crise du COVID a été l'illustration parfaite de la résilience des établissements :

- existence de plans blancs « classiques »,
- préparation de plan blanc *ad hoc*,
- organisation de cellules de crises,
- transformation de l'hôpital par les équipes elles-mêmes (redéfinition des priorités sanitaires et leur répartition sur l'offre de soin locale, définition de parcours des patients dans les établissements, créations de services COVID et de réanimations éphémères...),
- validation « simple » de l'administration sur des procédures réalisées par les équipes,

... mais aussi de ses manques, notamment en termes de personnels (pénurie de personnels médicaux et paramédicaux antérieure à la crise, per-crise – personnels eux-mêmes malades – et post-crise par épuisement professionnel), d'équipements de protection, de médicaments, de matériels.

Priorité d'action

Permettre aux professionnels, qui ont la maîtrise de leur outil de travail, de créer les organisations efficaces, de retrouver du sens à leur métier.

Reconnaître la valeur des professionnels.

Augmenter l'attractivité des carrières hospitalières pour avoir du personnel en nombre immédiatement et sur une période de crise longue.

Propositions concrètes

Cf. chapitre « équipe » (piliers 3 et 4)

121 → Simplification de la gouvernance : les équipes doivent être les interlocuteurs directs avec l'administration sur les projets identifiés.

122 → Chaque établissement (en particulier de recours) doit rédiger des plans blancs adaptés à des risques ponctuels (attaques terroristes, accidents de transports, risques NRBC) et durables (type pandémie COVID) et le mettre à jour le cas échéant

PLAN BLANC

123 → Le plan blanc doit impérativement comporter un chapitre sur la gestion des ressources humaines (effectifs, vagues de rappel, modalités de rappel, gestion des congés, gestion des repos, modalités de rémunération des heures supplémentaires...)

124 → Les EPS doivent s'inspirer des recommandations des sociétés savantes en la matière quand elles existent et garder la possibilité d'adapter ces recommandations à la situation locale sans que cela ne nuise aux personnels ou à la prise en charge des patients.

125 → Les règles de gestion des matériels (tout type, du matériel médical lourd aux dispositifs médicaux en passant par la lingerie) et des pharmacies en période de crise doivent être établies par écrit en amont et doivent pouvoir être révisées si besoin

126 → Les passerelles public-privé doivent être établies en amont de la crise via un document dédié.

127 → La gestion de l'activité non en rapport avec la situation critique doit apparaître dans un document écrit dédié (notion de paliers d'activité en fonction d'indicateurs).

RECONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS PENDANT ET APRES LA CRISE

128 → Management bienveillant, manifestation de la confiance accordée aux équipes.

129 → Implication de tous les professionnels dans les processus de décisions et de réorganisation.

130 → Annonce dès le début de la crise des modalités de décompte du temps de travail supplémentaire et des modalités de rémunération / récupération.

131 → Prise en compte des impératifs d'organisation familiale.

132 → Facilitation des prises de congés et récupérations des heures supplémentaires à l'issue de la crise.

133 → Facilitation des titularisations, de l'accès à des formations et autres demandes spécifiques des personnels.

MESURES D'ATTRACTIVITE cf. pilier 1

134 → Lutte contre la pénurie : privilégier le recrutement à l'intérim.

Achats

Diagnostic de la situation

L'absence de maîtrise des médicaments, matériels et autres dispositifs importés :

- surconsommation
- usage unique
- dépendance (importation par absence d'auto-suffisance nationale)

Le développement de centrales d'achat, regroupant les établissements pour faire des économies d'échelles, ont disqualifié les petites entreprises au profit de multinationales délocalisées, et fournissent un matériel moins coûteux au détail mais de moins bonne qualité, entraînant une grande part de surconsommation ou de gâchis.

Priorité d'action

Retrouver l'indépendance et l'autonomie de notre pays en matière de santé.

Supprimer le principe des centrales d'achats.

Propositions concrètes

- 135 → Réinvestir l'économie nationale dans la Santé : relocaliser en France la fabrication de matériels médicaux, appareils médicaux lourds, consommables, médicaments.
- 136 → Supprimer le principe des centrales d'achats.

Inscription des investissements dans une logique de développement durable

Diagnostic de la situation

On parle beaucoup du virage ambulatoire, mais l'Hôpital se doit de prendre le virage du développement durable.

De part le volume et le poids de déchets qu'ils génèrent, de part certaines de leurs activités, parce que l'usage unique y est actuellement la règle, les hôpitaux ont un impact négatif sur l'écologie.

Pourtant, la démarche de développement durable y est encore très peu présente, bien trop peu en regard des enjeux.

Moderniser l'Hôpital c'est aussi passer par ce type de démarche.

Priorité d'action

Virage développement durable.

Propositions concrètes

137 → Inscrire la démarche de développement durable dans la charte d'établissement.

138 → Achats favorisant le matériel compatible avec une démarche de développement durable.

139 → Identifier et promouvoir les matériaux valorisables et leur circuit de valorisation.

140 → Favoriser le tri, la valorisation et le recyclage des déchets hospitaliers chaque fois que cela est possible.

141 → Fin du « tout UU ».

142 → Création de circuits de matériels recyclés.

143



Démarche de développement durable = critère d'accréditation. Label « hôpital durable ».

144



Commission du développement durable, dotée de vrais moyens.

PILIER

N°3

SIMPLIFIER
RADICALEMENT
LES ORGANISATIONS
ET
LE QUOTIDIEN
DES ÉQUIPES



Simplification de la gouvernance

Diagnostic de la situation

La loi HPST a profondément modifié la gouvernance hospitalière, pour le pire...

Au mandarinat a succédé une gestion bureaucratique uniquement axée sur l'aspect financier. Il faut trouver un juste milieu entre ces deux inepties managériales.

HPST a instauré une hiérarchie hospitalière en tuyaux d'orgues.

Priorité d'action

Revoir la gouvernance de l'hôpital public dans son ensemble, pour permettre à l'ensemble des personnels de retrouver des objectifs communs pour la prise en charge des patients, de redonner du sens au travail médical, de promouvoir le collectif, de simplifier les lignes hiérarchiques et managériales afin de faciliter les dynamiques collectives et les prises de décision.

Propositions concrètes

145



La notion d'équipe médicale et de soins doit être privilégiée.

146



La gouvernance doit être une gouvernance de proximité, appliquant le principe de subsidiarité.

147



Sortir du système HU des ordonnances de 58.

148



Réinventer une gouvernance médicale hospitalière plus démocratique et plus juste, en particulier dans les CHU.

Simplification du mille-feuille administratif

Diagnostic de la situation

Un mille-feuille administratif, responsable d'une inertie décourageant l'inventivité des équipes.

Priorité d'action

Simplifier les validations de projets d'équipe.

Propositions concrètes

149



Accélération des processus de décision entre le personnel et le directeur de l'établissement (ou du GHT).

150



La CME (CMG) pourrait être l'instance de validation de projets d'équipe ou de service (principes du projet, moyens financiers, moyens humains).

Simplification du rôle des médecins dans les décisions et simplification du dialogue social

Instances institutionnelles

Diagnostic de la situation

Une absence de (contre-)pouvoir médical dans les hôpitaux :

- rôle consultatif de la CME,
- absence de CHSCT pour les médecins,
- absence de dialogue social médecins / directions.

Priorité d'action

Redonner du pouvoir à l'ensemble de la CME.

Créer une instance des conditions de travail des praticiens hospitaliers.

Propositions concrètes

- 151 → Installer un processus démocratique pour la représentation à la CME : profession de foi des candidats, charte de l'élu.
- 152 → La CME toute entière (et non le président de CME) doit être une instance décisive, avec droit de vote uniquement pour ses membres élus.
- 153 → La part décisionnaire des personnels paramédicaux et des usagers est à intégrer à cette réflexion.
- 154 → Les CME doivent être réinvesties d'une véritable mission de contrôle des projets d'établissement et des conditions de travail des personnels médicaux.
- 155 → Les représentants de la CME au CTE et au CSIRMET doivent être mandatés pour leur participation à ces instances (mandat choisi en fonction de l'ordre du jour de la prochaine instance) et doivent rendre des comptes à la CME sur leurs interventions.
- 156 → Les représentants au Comité Stratégique Territorial doivent être élus par la CME et les PH, sur proposition libre de candidatures.
- 157 → Le CHSCT ou son équivalent doit être réinventé, tout au moins au niveau du territoire ou de la région : les praticiens doivent bénéficier d'une instance locale, élue par les médecins — dont le nombre de représentants sera calculé en fonction de l'effectif médical — et rodée à leurs problèmes spécifiques.

Dialogue social

Diagnostic de la situation

Les PH n'ont aucun espace de dialogue social dans les établissements.

Au niveau national, les syndicats ne reçoivent aucune subvention.

Les moyens syndicaux attendus depuis des années avaient été promis à l'issue des élections professionnelles de 2019.

Priorité d'action

Définition des moyens syndicaux pour les PH (effectifs, locaux, matériels, moyens de communication) au niveau local comme au niveau national.

Propositions concrètes

158



Toute représentation syndicale médicale locale doit être élue par l'ensemble des médecins de l'hôpital.

159



Formalisation de réunions obligatoires régulières (au moins 3 par an, et autant que nécessaire) entre les représentants syndicaux professionnels des médecins et la direction.

160



Le droit syndical, autorisé par l'art. R. 6173 du Code de la Santé Publique, doit s'accompagner de mise à disposition de locaux, d'un crédit de temps syndical, d'autorisations facilitées d'absence pour tous les syndicats membres d'organisations syndicales représentatives (résultat des élections professionnelles).

Simplification du GHT

Diagnostic de la situation

La création des GHT a deux missions plus ou moins inavouées :

- rentrer en concurrence avec les groupes d'établissements privés,
- pallier la pénurie, notamment en proposant / imposant des exercices partagés.

La gouvernance du GHT induit un potentiel déséquilibre entre l'établissement support et les autres établissements.

Priorité d'action

Maintien des instances de chaque établissement et équilibre des instances du GHT.

Propositions concrètes

- 161 → Maintien des instances représentatives de chaque établissement.
- 162 → Election d'une CME de GHT sur le modèle des Assistances Publiques (Paris, Marseille) et des Hospices Civils de Lyon.
- 163 → Le comité stratégique doit être élu et non nommé.
- 164 → Le conseil de suivi de GHT doit être élu et non nommé.
- 165 → Création des pôles inter-établissement
- ✓ après adoption par les équipes concernées
 - ✓ rédaction du projet de pôle par les équipes constitutives
 - ✓ le responsable du pôle inter-établissement doit être élu et non nommé, pour un mandat de 4 (2 ?) ans renouvelable.
- 166 → Création d'un bureau inter-pôles.
- 167 → Création au sein de chaque GHT d'une cellule de gestion des ressources humaines appelée « Commission de Vie Hospitalière », dont la composition et le rôle doivent être définis par décret :
- ✓ Représentation paritaire : CME – direction – syndicats de praticiens
 - ✓ Saisine obligatoire en cas de mutation interne dans le GHT, de mobilité, de conflit
- 168 → Le rôle de médiation des CRP lors de conflits au sein des GHT doit être accru et réglementé par décret.

Simplification des responsabilités

Diagnostic de la situation

Les chefs de pôles et les responsables d'unités fonctionnelles sont choisis par le directeur sur proposition du président de CME, sans consultation de leurs pairs.

Dans les CHU, l'accès à ces mandats pour les praticiens non-universitaires est quasi-impossible, alors qu'il ne s'agit pas d'une prérogative universitaire.

La formation à ces fonctions de management est extrêmement réduite et insuffisante.

Ces mandats sont longs (2 x 4 ans = 8 ans), ce qui peut entraver la dynamique d'innovation dans les équipes.

Priorité d'action

Redéfinition des modalités de désignation, de formation et d'exercice des responsables de pôles et d'unités fonctionnelles.

Propositions concrètes

- 169 → Les chefs de pôles et les responsables d'unités fonctionnelles doivent être désignés par leurs pairs à l'issue d'une élection dont les votants sont l'ensemble des praticiens titulaires du pôle ou de l'UF.
- 170 → Pour asseoir leur légitimité, les chefs de pôles doivent être élus à la majorité des 2/3.
- 171 → La durée du mandat doit être de durée courte, 3 ans, renouvelable.
- 172 → Tout praticien hospitalier titulaire, qu'il soit ou non universitaire, peut être candidat.
- 173 → Les médecins qui le souhaitent doivent être formés au management, et au leadership.

Simplification des organisations

Diagnostic de la situation

Les pôles sont des unités médico-administratives.

Le rassemblement des différents services ou unités fonctionnelles le composant n'a pas toujours une logique médicale de prise en charge des patients très évidente (par exemple, un pôle anesthésie-réanimation-urgences-déchocage a du sens, alors qu'un pôle chirurgie orthopédique – chirurgie vasculaire et thoracique en a nettement moins).

Priorité d'action

Restriction du champ de compétences des pôles à la gestion budgétaire et médico-économique.

Propositions concrètes

174



Le pôle devrait être un niveau de gestion budgétaire et médico-économique uniquement.

175



La gestion humaine des équipes doit revenir aux équipes.

176



Les personnels doivent être rattachés aux services et/ou unités fonctionnelles, autour de projets de service, permettant une expertise de compétence, un investissement et un travail d'équipe assurant au patient la meilleure prise en charge tout au long de son hospitalisation.

Simplification de l'unité fonctionnelle dans l'hôpital et de la notion d'équipe

Diagnostic de la situation

Depuis la mise en place de la loi HPST, la notion d'équipe médicale a volé en éclats au profit d'une gouvernance entièrement axée sur l'aspect financier.

Les anciennes chefferies de service qui ont conduit au mandarinat n'avaient pas réussi à faire mieux en termes de gouvernance, d'efficience et d'efficacité médicale.

Si le pôle et sa chefferie peuvent avoir un sens au niveau médico économique, la taille de ces structures ne permet pas la gestion au quotidien des équipes médicales.

Priorité d'action

Redonner du sens à la notion d'équipe et de service (ou unité fonctionnelle).

Propositions concrètes

177



Aujourd'hui, il convient de revoir la gouvernance de l'hôpital public dans son ensemble pour permettre à l'ensemble des personnels de retrouver des objectifs communs pour la prise en charge des patients, de redonner du sens au travail médical, de promouvoir le collectif, de simplifier les lignes hiérarchiques et managériales afin de faciliter les dynamiques collectives et les prises de décision.

178



L'équipe médicale est le plus petit dénominateur commun qui permet d'assurer la continuité des soins aux patients dans le cadre d'un ou de plusieurs parcours de soins.

179



Pour clarifier les choses, il serait souhaitable d'appeler service cette équipe médicale. Néanmoins, au regard des expériences passées il faut impérativement revenir sur les modes de nomination par cooptation et envisager une contractualisation de durée limitée dans le temps pour le responsable de cette équipe médicale.

180



La gouvernance de l'équipe médicale doit être constituée d'un médecin et d'un cadre de santé. Ce binôme a une autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels travaillant dans cette équipe. Pas seulement les médecins et les infirmières, mais aussi les secrétaires les aides-soignantes et finalement tous les personnels qui travaillent.

181



Le binôme est l'interlocuteur direct de la direction. Il ne peut plus coexister d'autres lignes hiérarchiques, cloisonnées, en tuyaux d'orgue qui compliquent excessivement les prises de décision.

182



Au sein d'une équipe, la délégation est possible et même encouragée. Les missions de chacun doivent être claires et partagées dans l'ensemble de l'équipe. Le ou les interlocuteurs sur un sujet donné devient alors les interlocuteurs directs de la direction.

183



Les responsables d'équipes médicales devront être choisis avec soin. Plutôt que sur un statut ou des diplômes universitaires, il conviendra de choisir le responsable médical sur son appétence et ses capacités managériales. Celui-ci devra être néanmoins choisi parmi les praticiens titulaires. Il devra connaître les grands principes du management et dans le meilleur des cas avoir été formé à cela.

184



Le médecin en position de responsabilité devra pouvoir bénéficier de temps dédié et réservé à cette activité. En effet, cette activité ne doit plus être considérée comme une activité annexe mais bien comme une activité primordiale pour le fonctionnement du service et de l'ensemble de l'hôpital public.

185



La nomination de ce responsable doit avoir lieu par un vote à bulletin secret en commission médicale d'établissement après présentation du projet d'équipe,

ou projet de service ou bien d'un bilan d'activité pour un renouvellement. Et c'est bien la CME qui devra se prévaloir de cette nomination et pas uniquement son président.

186



Dans les CHU, si le praticien en charge de la chefferie de service n'est pas un universitaire, il aura la possibilité de s'adjoindre un chef de service adjoint universitaire afin de faciliter les relations avec les étudiants et la faculté de médecine.

187



L'équipe médicale sera le lieu d'une gouvernance partagée avec l'ensemble de l'équipe qui y travaille.

188



Le travail en équipe y sera valorisé et la participation aux activités collectives deviendra la règle.

189



Le responsable médical devra être le garant de cela afin de permettre à chacun de s'épanouir dans son travail. Il devrait donc pouvoir bénéficier d'un effectif médical suffisant pour pouvoir attribuer à chacun du temps pour la réalisation des tâches collectives nécessaires au fonctionnement et à l'organisation de l'équipe.

190



Afin de pouvoir créer et maintenir cette dynamique collective il faudra faire attention à la composition de l'équipe médicale.

191



✓ Assurer un juste équilibre entre les praticiens titulaires et les non titulaires pour permettre le renouvellement de l'équipe et la mixité générationnelle.

192



✓ Limiter le nombre de temps partiels (<80%) et de praticiens à temps partagé dans l'équipe afin de ne pas casser la dynamique collective par la difficulté à pouvoir se rencontrer et échanger facilement sur des sujets organisationnels.

Il ne peut pas y avoir de règles formelles sur la composition, tout dépend de l'activité de l'équipe, elle devrait cependant être établie dans le contrat de service et maintenue au mieux pendant toute la durée du mandat.

Simplification du temps médical

Diagnostic de la situation

Une confusion entre les tâches médicales confiées à des professions paramédicales sous prétexte de pénurie médicale (délégation de tâches, entraînant potentiellement un sur-risque pour le patient) et des tâches paramédicales/administratives (secrétariat) incombant aux médecins.

Création d'une profession intermédiaire « Infirmiers aux pratiques avancées » avec acquisitions de prérogatives spécifiquement médicales (notamment activité de prescription).

Priorité d'action

Redéfinir les tâches de chacun : médicales, paramédicales, administratives.

Restaurer le temps médical des médecins.

Créer de nouveaux métiers s'ils ont une pertinence technique, et non pour pallier les pénuries.

Propositions concrètes

193



Arrêter les expérimentations sur les transferts de tâches sans pertinence médicale ou sans analyse précise des besoins et des causes de la diminution du temps médical disponible.

194



Créer des emplois annexes (secrétaires médicales, assistants, techniciens biomédicaux...) qui permettent aux médecins de se recentrer sur leur métier.

195



Créer, selon le besoin, de nouveaux métiers, avec des rémunérations en rapport avec la formation et la complexité.

196



La délégation de tâches ne doit pas revenir à donner des tâches médicales à des personnels qui ne sont pas médecins pour permettre aux médecins de réaliser des tâches qui ne sont pas médicales.

Simplification du virage ambulatoire

Diagnostic de la situation

Le virage ambulatoire se fait à marche forcée, avec des objectifs en pourcentages d'actes sans tenir compte des spécificités des patients et de l'établissement.

Cela induit des contraintes vis-à-vis des patients qui interrogent sur l'aspect réellement sécuritaire et humain de ce type d'hospitalisation dans certains cas, et au final, expose parfois à une prise de risque pour le patient, notamment s'il est isolé et/ou éloigné de l'établissement de soin et à une surconsommation médicale (réhospitalisation etc.).

Priorité d'action

Evaluation sociétale globale du coût de l'ambulatoire.

Mise à disposition de personnels en nombre, ajusté à l'évolution du virage ambulatoire.

Propositions concrètes

197



L'intérêt du virage ambulatoire doit être analysé en termes de qualité de soins pour les patients et d'économie de santé, en tenant compte du relais de soins qui est assuré par la ville.

198



Redimensionnement des équipes médicales et paramédicales des structures ambulatoires, afin de faire face à l'activité très accrue de celles-ci.

Diagnostic de la situation

La crise du COVID a entraîné une transformation brutale des parcours de soins. La téléconsultation est devenue, pour beaucoup d'équipes médicales, la règle pendant cette période. Ce n'était pas un choix mais une obligation, et aujourd'hui, il est temps de faire un bilan de cette pratique.

Il y a eu et il y a certainement un bénéfice à limiter les déplacements des patients pour des régions infectieuses ou des raisons de coût mais la téléconsultation a ses limites et chacun, pendant cette période, a pu les appréhender.

À l'heure actuelle, aucun système de téléconsultation ne permet la même qualité de consultation que la consultation présentielle.

La qualité des liaisons numériques ne permet pas de bénéficier d'une vidéo de bonne qualité et le son régulièrement coupé ou déformé. De même, les équipements informatiques des patients ne sont pas homogènes et tous ne bénéficient pas d'installations dernier cri avec des liaisons à haut débit. Beaucoup de consultations qui devaient avoir lieu en « visio » se sont finalement faites par téléphone. L'environnement autour du patient n'est pas contrôlé. On ne sait pas qui est là, qui écoute et même parfois qui parle. Le colloque singulier est donc mis à mal.

Les différents logiciels mis à disposition des praticiens répondent rarement à leurs attentes. Trop lourds, trop compliqués. Souvent jugés comme de véritables usines à gaz en comparaison avec les systèmes de visioconférence grand public.

La saisie concomitante dans le dossier informatisé du patient (DPI) n'est pas simple quand la station de service de travail ne comporte qu'un seul écran et la dictée vocale est, quant à elle, totalement inutilisable.

Pour beaucoup de médecins, la téléconsultation ne peut se substituer à la consultation physique, c'est un mode dégradé de consultation qui permet assez bien le suivi de patients déjà connus mais complique la prise en charge des autres par la nécessité de les voir physiquement et dès que possible. Par ailleurs, beaucoup de spécialités cliniques nécessitent un examen attentif des patients et presque aucune des téléconsultations réalisées pendant la période COVID l'ont été avec la présence d'un médecin des deux côtés du système de visioconférence.

Au-delà des systèmes de visioconférence, il convient de s'interroger sur l'hétérogénéité nationale des DPI et des difficultés d'échange des informations médicales entre les

établissements de santé. On ne peut pas aujourd'hui pratiquer une médecine moderne en échangeant des informations par fax ou par CD-ROM. Toute la politique nationale du dossier patient informatisé et de la transmission des données médicales de manière sécurisée doit être revue et repensée. Cela devrait être un objectif primordial pour le ministère de la santé et la sécurité sociale car la transmission informatique de toutes ces données avec des formats standardisés et utilisables par tous permettrait certainement de faire des économies sur les dépenses de soins en évitant la répétition et la redondance de nombreux examens.

N'en déplaise à tous les chantres de la dépersonnalisation médicale et du tout numérique, force est de constater aujourd'hui que les systèmes d'information hospitaliers sont encore très loin de répondre aux attentes des utilisateurs qu'ils soient médecins ou patients, que la couverture numérique de l'ensemble du territoire français est encore insuffisante et que la performance des équipements des particuliers est encore insuffisante. Pour toutes ces raisons, la téléconsultation doit demeurer l'exception et la consultation physique la règle. L'exception doit, dans la mesure du possible, demeurer choisie, à la fois par le praticien et par le patient, tout autre règle conduirait inmanquablement à des pertes de chance pour certains patients.

Priorité d'action

Amélioration technique de la télémédecine.

Valorisation de la télémédecine et de la téléexpertise.

Privilégier la consultation physique à la téléconsultation.

Propositions concrètes

199



Création d'unités de télémedecine financées, comprenant matériel et personnel formé, pour une meilleure coordination dans chaque secteur (radiologie, ambulatoire, pathologies chroniques) ;

200



Mise en place de comités de suivi et résolution d'événements indésirables en lien avec la télémedecine.

201



Valorisation des actes de télémedecine et télé-expertise (cf. pilier 1).

TELECONSULTATION

202



Amélioration technique nécessaire.

203



La téléconsultation doit demeurer l'exception et la consultation physique la règle.

204



L'exception doit, dans la mesure du possible, demeurer choisie, par le praticien et par le patient.

PILIER

N° 4

FÉDÉRATION
TERRITORIALE
DES ACTEURS DE SANTÉ



Secteurs privés et hôpital public

Diagnostic de la situation

Les « missions de service public » sont assurées par l'hôpital public et certaines structures privées. Cela est régulièrement source de concurrence plutôt que de coordination positive pour répondre aux besoins de la population.

De façon générale, pour les missions de service public comme pour les autres champs de l'offre de soins, l'hôpital public et le secteur libéral sont mis en concurrence, sur la base de la valorisation des actes. Cela conduit à des transferts et des répartitions d'activités et d'actes principalement valorisés par l'assurance maladie via un décompte d'actes sur des logiques de part de marché, et non dans l'intérêt du patient.

Le secteur privé peut plus facilement sélectionner les activités et les populations les plus rentables dans le système T2A.

Priorité d'action

Définition de la place de l'hôpital public dans l'offre de soins.

Un hôpital rénové, dont le rôle dans son territoire est clarifié, en particulier sur les missions de service public dont le financement est à découpler de l'activité.

Revalorisation des missions de service public.

Propositions concrètes

205



Définition claire des missions de l'hôpital public et de celles du secteur libéral, qui ne doivent plus être mises en concurrence, ni redondantes :

- nature des soins,
- complexité des patients,
- activités d'enseignement / recherche / innovation.

206



Elaboration d'un projet médical territorial : cette clarification de l'organisation territoriale, en principe graduée, de l'offre de soin détermine une coordination/coopération entre les structures de soins

207



Maillage territorial encadré par le régime des autorisations de soins

- conditions techniques d'implantation et de fonctionnement
- l'inscription de la structure soumise à autorisation :
 - 1) dans une filière ou un parcours de soins identifié en tenant compte des besoins de la population du territoire ;
 - 2) avec une équipe minimale dont la composition et les compétences de ses acteurs garantissent la pérennité du fonctionnement et la pertinence des parcours de soins correspondants ;
 - 3) un suivi continu de l'activité afin de détecter et corriger les faiblesses ou dérives des équipes et des structures porteuses de l'autorisation.

208



Construction et pilotage de l'activité par les équipes, dimensionnées, financées, organisées en réseaux pour chaque filière de soin.

Place de l'hôpital public dans la permanence des soins

(+ cf. pilier 1)

Diagnostic de la situation

La permanence des soins est une activité à risque : décisions en urgence sur des patients critiques, en période d'effectif réduit (décisions et actes solitaires), et dans un contexte de fatigue physique et psychique (périodes d'activités longues – jusqu'à 24 heures d'affilée, travail nocturne). Elle a des conséquences sur l'équilibre vie professionnelle / vie privée () et sur la santé des praticiens (pathologies cardiovasculaires, cancers, réduction de l'espérance de vie).

Cette pénibilité est très mal indemnisée, et là encore des écarts entre la rémunération de la PDS exercée par les libéraux et le secteur privé est criante. Des écarts varient par ailleurs du simple au double entre les PH et les hospitalo-universitaires (CCA, assistants, MCU-PH, PHU et PU-PH).

Enfin, l'hôpital public, ouvert 24h/24, reçoit les urgences les plus critiques et ne refuse ni ne transfère peu de patients vers des structures privées (hors circonstances exceptionnelles type COVID), alors que l'inverse est fréquent.

Priorité d'action

Place de l'hôpital public dans la permanence des soins.

Revalorisation de la permanence des soins.

Propositions concrètes

30



Définir la place de l'hôpital public dans la permanence des soins, et lui assurer un financement sanctuarisé, qui ne met pas en concurrence les secteurs public et privé.

31



L'indemnité de sujétion, pour la permanence des soins réalisée sur place, par tout personnel hospitalier ou hospitalo-universitaire, doit être unique, et portée à 479,64 euros bruts pour 12 heures, puisque les contraintes sont les mêmes quels que soient les personnels.

Relations entre la ville et l'hôpital

Diagnostic de la situation

Un paysage hospitalier désordonné

Une déconnexion ville-hôpital, avec perte d'information et ruptures de traitement quand le patient vient à l'hôpital et quand il en sort.

Des ruptures de suivi de patients lors des prises en charges hyperspécialisées. Un patient peut être amené à être pris en charge dans un centre ad hoc tout en gardant une prise en charge de proximité quand cela est possible.

Priorité d'action

Réaliser un maillage territorial de l'offre de santé (pathologies aiguës, maternités, hospitalisations de longue durée).

Donner des moyens humains et techniques pour l'échange d'information en temps réel.

Propositions concrètes

- 209** → 4 niveaux d'EPS sur le territoire :
- les CHU,
 - les CH départementaux : qui disposeraient des mêmes moyens et capacités techniques que les CHU, adaptés au bassin de la population,
 - des CH locaux ou maisons médicales avec des plateaux techniques plus réduits pour assurer la couverture sanitaire, notamment les urgences, sur l'ensemble du territoire, mais aussi les soins de suite, les filières gériatriques, le suivi des grossesses,
 - des maisons médicales de garde : sans plateau technique, adossées à un CH, pour assurer les urgences de ville.
- 210** → Cette gradation doit être subordonnée aux besoins de la population.
- 211** → Chaque équipe doit respecter un dimensionnement minimal relatif à la filière de soins concernée.
- 212** → Une augmentation majeure des services de soins de suite, de rééducation, de réhabilitation et de soins palliatifs avec de vrais projets régionaux selon les besoins.
- 213** → Un système de transmission des informations (temps médical sanctuarisé, secrétariat en temps réel) partagé entre les professionnels de santé s'occupant du patient, permettant enfin le développement du dossier médical partagé.
- 214** → Valorisation de la notion d'équipe dans la prise de décision concernant les patients. Cette notion d'équipe peut être constituée par des professionnels de différents établissements.
- 215** → Permettre aux opérateurs d'aller prendre en charge leurs patient avec des équipes hyperspécialisés, ce qui évite la rupture de suivi du patient et maintient l'expertise des opérateurs sur l'ensemble du territoire.

Les Agences Régionales de Santé

Diagnostic de la situation

Des Agences Régionales de Santé

- à périmètre géographique non pertinent
- aux ordres du Ministère de la Santé
- dépendantes du COPERMO et d'autres organismes du contrôle centralisé
- déconnectées du terrain
- qui valident des projets ne répondant pas aux besoins de la population

Priorité d'action

Réforme des ARS, pour les reconnecter au terrain.

Propositions concrètes

216



Un pilotage régional et départemental pour s'adapter au bassin de population qu'il soigne.

Exemple des Länder allemands.

Les déserts médicaux hospitaliers.

Diagnostic de la situation

Des déserts médicaux hospitaliers

Priorité d'action

Gestion territoriale des effectifs associant équité de l'offre de soins et attractivité pour les personnels.

Propositions concrètes

217



Mise en place d'une politique prospective de formation des médecins et des personnels paramédicaux afin de permettre d'assurer le renouvellement générationnel et de supprimer les tensions permanentes sur les effectifs.

218



Gestion régionale des effectifs, avec degré d'autonomie nécessaire aux prises de décision.

219



Pour les personnels médicaux : création d'un statut de médecin remplaçant, pour diminuer le recours à l'intérim, dès les 4/5^{èmes} du cursus d'interne réalisé, et en attendant la phase de consolidation, avec gains d'échelons si carrière hospitalière ultérieure.

37



Revalorisation de la prime d'exercice territorial.

220



À l'hôpital : compter le temps médical et dimensionner les équipes sur des critères reconnus et objectifs permettant d'assurer la dynamique des équipes, l'investissement dans des projets en dehors du soin, d'assurer l'attractivité des carrières et le bien-être au travail des personnels médicaux hospitaliers.
Déterminer les besoins en effectifs médicaux en prenant en compte la durée légale du travail en France (39h hors RTT, et non pas 48h).

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Diagnostic de la situation

La création des GHT a deux missions plus ou moins inavouées :

- rentrer en concurrence avec les groupes d'établissements privés
- pallier la pénurie, notamment en proposant / imposant des exercices partagés.

Il n'a pas d'intérêt direct pour la population.

Il favorise la médecine foraine et dévalorise la place et l'investissement du médecin hospitalier dans son établissement.

Il expose au risque de pression sur les praticiens, notamment en attendant de titularisation, pour un exercice partagé imposé.

Priorité d'action

Sécuriser et valoriser les exercices partagés à l'intérieur du GHT.

Propositions concrètes

221



Le temps partagé entre chaque établissement

- ✓ doit être défini en quotité de temps,
- ✓ minimum 50 % dans l'établissement d'affectation,
- ✓ précisé sur un contrat entre le praticien et l'administration.

Diagnostic de la situation

La médecine de proximité ne s'envisage que dans la garantie de la qualité et la sécurité des soins.

L'attractivité d'un établissement, d'un service, est indissociable de la garantie pour le praticien d'un exercice dans des conditions optimales de qualité et de sécurité des soins. Nombre de plateaux techniques, notamment de maternités, ont dû fermer ou devraient fermer faute de personnel en quantité suffisante et de manière pérenne, et donc d'organisation et de sécurisation des soins.

Ces services maintenus ouverts sous la pression politique / électorale sont des services mettant en danger vital les usagers.

La réforme des autorisations de soins en périnatalité a échoué à faire valoir cet impératif.

Priorité d'action

Garantir la qualité et la sécurité des soins dans tous les établissements, y compris les établissements de proximité.

Organiser le maillage territorial avec des réseaux efficaces.

Propositions concrètes

222



Définition de seuils de personnels médicaux et paramédicaux nécessaires pour garantir qualité et sécurité des soins (et non de seuils adaptés selon la pénurie).

223



Exiger un seuil minimal de personnels titulaires (% d'une équipe).

224



Ne pas donner d'autorisation de soins pour des raisons politiques et électorales si les conditions de sécurité et de qualité des soins, définies par les Conseil Nationaux Professionnels, ne sont pas remplies.

225



Dans ce cas, le maillage territorial doit s'appuyer sur l'organisation en réseaux pour permettre une égalité des soins et des chances à toute personne sur le territoire.

Egalité d'accès aux soins

Diagnostic de la situation

Le principe d'égalité d'accès aux soins est un principe républicain. Il garantit l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultra-marin.

Priorité d'action

Investissement massif là où il y en a besoin.

Intégration des données de l'Observatoire des inégalités d'accès aux soins.

Propositions concrètes

226



Entretien et approvisionnement des établissements à hauteur des besoins de la population, renforcement de l'attractivité là où il y a des déserts médicaux.

227



Intégration du rapport annuel de l'observatoire des inégalités d'accès aux soins à la gradation des soins sur le territoire de santé

228



Transparence des statistiques sur l'absence de recours au soins (prévention et soin de suite y compris) selon la population (sexe, âge, niveau socio professionnel, lieu d'habitation...) et établissement de projets correctifs.

Virage ambulatoire, télémédecine

Ces sujets ont été traités dans le pilier 3.

CONCLUSION

Ces 228 propositions, issues du travail collectif des membres du conseil d'administration du SNPHARE, sont celles qui permettront à l'hôpital public d'accomplir pleinement ses missions. Le « Ségur de la Santé » ne doit pas s'arrêter à faire le bon diagnostic, comme l'ont fait « Ma Santé 2022 » et toutes les réformes précédentes. L'hôpital souffre d'un manque cruel d'attractivité, et d'une immense difficulté à fidéliser les professionnels de santé. L'attente des praticiens hospitaliers est immense, alors que la tentation du secteur privé est grande : prise en compte du temps de travail, correction du décrochage des rémunérations, mais aussi travail d'équipe, horizontalisation de la gouvernance et sortie de la tarification à l'acte seront les principaux axes de guérison de l'hôpital public. L'enjeu est de taille, la santé de nos concitoyens impose ce « plan d'investissement massif pour l'hôpital » promis au discours de Mulhouse par le président de la République. En contexte de « monde d'après » et d'incertitude économique, l'hôpital public ne pourra pas être une fois de plus maltraité, ou alors il se videra définitivement de ses acteurs, ceux qui ont permis qu'il tienne pendant la crise COVID, et disparaîtra. L'état de santé d'une nation est un indicateur de progrès économique et social. Le courage politique doit permettre de transformer les promesses présidentielles en actes concrets pour sauver l'hôpital public.