



# Actu' APH

Journal d'Action Praticiens Hôpital

N° SPÉCIAL

## N° SPÉCIAL À L'ATTENTION DES ÉLUS DE LA RÉPUBLIQUE

En tant qu'élus de nos territoires et représentants de la Nation, vous constatez, comme nous, la déliquescence de notre système hospitalier, mais également de l'offre et de la qualité des soins.

Le découragement des soignants et des praticiens témoigne d'une résilience en rupture devant une technocratie et une bureaucratie qui vous indiquent que tout serait sous contrôle. Pourtant l'effondrement du pilier Santé, élément essentiel du système solidaire à la française, et la souffrance des hospitaliers n'ont jamais été aussi évidents.

La politique de santé que vous allez devoir mener et les textes que vous voterez doivent permettre de garantir la santé pour tous et partout dans notre pays. Elle doit aussi garantir à celles et à ceux qui soignent, et plus particulièrement aux hospitaliers, de pouvoir exercer leurs missions de soins conformément aux bonnes pratiques.

Action Praticiens Hôpital, union des intersyndicales Avenir Hospitalier et de la Conférence des Praticiens des Hôpitaux, majoritaires chez les praticiens hospitaliers et les contractuels aux dernières élections professionnelles, a demandé, en novembre 2021, un audit parlementaire en urgence sur les conditions de travail des hospitaliers avec de réelles mesures d'attractivité à proposer. Lors de nos auditions par le Sénat, nous avons partagé le constat de l'explosion du mal-être au travail comme du manque de moyens alloués qui étouffe le système hospitalier. Nous avons prôné une nouvelle forme de démocratie sanitaire qui permettrait de faire la synthèse et de planifier les éléments de correction à mettre en place en intégrant le financement de chacune des mesures.

Le rapport de la Commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et du système de santé en France fait les mêmes constats que tous les rapports précédents. Il reprend quelques-unes de nos propositions, champ de la psychiatrie exclu.

**Nous exigeons aujourd'hui la participation active des corps intermédiaires syndicaux à l'élaboration d'un projet commun de politique de santé digne de ce nom. En effet, les femmes et les hommes de terrain sont les véritables experts des territoires, mais également les éléments moteurs du lien essentiel dans la construction d'un dialogue social et sanitaire qui doit retrouver sa véritable place dans notre démocratie.**

Le principe d'un accès au soin garanti en tout point du territoire, y compris les départements éloignés de l'Hexagone, est un des piliers de notre République. Nous défendrons cet héritage.

**À ce titre, nous proposons d'évaluer l'existant dans sa globalité en abordant les quatre éléments socles dans un document fondateur : le financement de la Santé, le temps de travail et les rémunérations des hospitaliers, la démographie et l'attractivité comme la gouvernance.**

Veillez agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs les élus, l'expression de nos sentiments déterminés, et soyez assurés de notre engagement sans faille pour un juste soin en tout point du territoire national.

*Jean-François Cibien - Président d'APH, Carole Poupon - Présidente de CPH,  
Yves Rébufat, Président exécutif d'Avenir Hospitalier*

# Urgence sur les recrutements !

Malgré les dernières statistiques communiquées par le Centre National de Gestion sur la situation des Praticiens Hospitaliers (PH) au 1<sup>er</sup> janvier 2022, nous alertons sur les carences de recrutement pour la plupart de nos spécialités médicales dans les établissements de santé.

Les données 2021 du Centre National de Gestion reposent sur les anciens statuts, temps plein et temps partiel. Si l'effectif des PH temps plein a progressé de 15 % au cours de ces dix dernières années, celui des temps partiels a diminué de 22 %. Le nombre de détachements est en augmentation depuis 2012, **et le nombre de disponibilités a été multiplié par quatre.**

Le décret du 5 février 2022 relatif au statut unique de PH autorise peut-être plus de souplesse dans la gestion du temps de travail des praticiens, mais doit faire ses preuves. Nous craignons que certains d'entre nous, notamment les plus jeunes, demandent plus facilement des quotités de temps de travail réduites leur assurant une meilleure qualité de vie. La rénovation et la simplification du concours de PH, ainsi que l'assouplissement de la procédure de publication des postes sont censés aider à mieux recruter. Nous sommes dubitatifs quant à leur réelle efficacité dans les circonstances actuelles.

**Nous assistons à un manque criant de PH que les conditions de travail et le manque d'attractivité à l'hôpital ont fait fuir.**

**La situation est explosive :** la recherche de praticiens par nos collègues pour maintenir des équipes ne fait que s'accroître. Ces difficultés sont de plus en plus relayées auprès de nos syndicats sans que les mesures actuelles et à venir n'apportent de solutions. Pour certaines spécialités, en particulier à permanence de soins et donc dans le soin « urgent », c'est un véritable drame avec des trous dans les plannings, des services menacés de fermeture par

manque de personnel médical ou soignant. La souffrance, la fatigue et la démotivation se sont installées et ne font que s'aggraver dans ces professions pourtant choisies par vocation.

## Une densité médicale inquiétante !

Il faut se souvenir aussi que nous sommes dans un creux démographique pour les professions médicales (rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) publié en 2021 et présenté en Conférence Nationale de Santé). C'est surtout la densité médicale qui est inquiétante, le rapport dit aussi que la stabilisation du nombre de médecins est en partie due aux médecins à diplôme étranger qui comblent le déficit.

**Le réajustement des besoins de formation ne compensera que dans plusieurs années et de façon hétérogène selon les projections ce manque de professionnels de santé.**

Malgré certaines statistiques qui ne semblent pas alarmantes, le quotidien et le vécu des praticiens sont tout autres. Ces statistiques ne prennent pas en compte la fuite récente observée dans nos hôpitaux en lien, non seulement avec la crise sanitaire, mais surtout liée à l'épuisement et la souffrance de nos professionnels.

**Nous appelons donc le Président de la République et le futur gouvernement à de véritables mesures d'attractivité pour les médecins à l'hôpital afin de juguler rapidement l'hémorragie, au risque d'une catastrophe sanitaire largement annoncée ! Nous comptons sur la vigilance de la prochaine assemblée nationale. ●**

*Carole Poupon - Vice-Présidente d'APH, Présidente du Syndicat National des Biologistes Hospitaliers,  
Emmanuel Cixous - Président du Syndicat National des Pédiatres en Établissement Hospitalier.*

ISSN : 2678-3606

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JEAN-FRANÇOIS CIBIEN

COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR : SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION : FRANÇOIS BRAUN, EMMANUEL CIXOUS, FLORENCE COMPAGNON, MARIE-JOSÉ CORTÈS, ANNE DAVID-BRÉARD, DELPHINE GLACHANT, ERIC GUIHEUNEUF, YVES HATCHUEL, PASCALE LE PORS, JEAN-MARIE LELEU, SALEM OULD-ZEIN, XAVIER PALETTE, CAROLE POUPON, YVES RÉBUFAT, ANNE WERNET, JACQUES YGUEL

EDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB

K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR

## Pour une gouvernance, démocratique et équilibrée

Depuis plus de 15 ans, la gouvernance des établissements de santé est malmenée. De la création des pôles en 2005 à l'enquête SOLution d'Enquête en 2022, le constat est sans appel : **la gouvernance et le management actuels participent grandement à la perte d'attractivité de l'hôpital.**

La loi HPST avec l'organisation en pôles, qui devait donner de l'autonomie aux services cliniques, a finalement favorisé un pilotage démedicalisé, basé sur le reporting et les indicateurs économiques. Le rapport entre les services support et administratifs et les services médicaux a été inversé, le médical étant mis au service de l'administration pour réaliser des objectifs économiques. Que dire des pôles si ce n'est le peu d'intérêt en pratique pour



# Salaires et rémunérations : au cœur de l'attractivité !

La rémunération est probablement le facteur clé de l'attractivité. Ce n'est certes pas le seul mais c'est probablement le principal dans le contexte actuel.

La désertification médicale de l'hôpital public est en marche depuis déjà quelques années et s'accroît depuis la crise sanitaire liée au Covid. Pour un exercice similaire, l'écart de rémunération entre l'exercice en structure privée lucrative et l'hôpital public se creuse de plus en plus poussant les praticiens hospitaliers à chercher des compléments de salaire. Cela se traduit par des départs vers le secteur privé mais aussi vers l'intérim, en établissement public de santé.

Par ailleurs, les contraintes extérieures qui s'exercent sur les deux systèmes, privés et publics, sont de plus en plus déséquilibrées. La gestion des urgences, surtout des plus graves à toute heure du jour et de la nuit, est réalisée par l'hôpital public en grande majorité. La contrainte de la permanence des soins pèse de plus en plus sur les praticiens de l'hôpital public.

**C'est un facteur de pénibilité qui n'est pas reconnu**, l'indemnité de sujétion n'ayant pas augmenté substantiellement depuis 15 ans et la reconnaissance du temps de travail de nuit n'étant toujours pas acquise.

Les aspirations des jeunes médecins tendent à obtenir un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, ce que ne permet plus aujourd'hui l'exercice en hôpital public.

Le Ségur de la santé a permis d'obtenir une hausse de la rémunération des jeunes médecins qui entreront dans la carrière des praticiens hospitaliers, mais a laissé sur le carreau tous les praticiens hospitaliers nommés avant 2020. La majoration de l'indemnité d'exercice public exclusif obtenu lors du Ségur est très loin de compenser les 10 ans

de blocage de la grille salariale au regard de l'inflation observée. L'absence de reclassement au sein de cette nouvelle grille salariale a été très mal vécue par les praticiens hospitaliers, encore plus quand les jeunes nommés dépassaient en termes de rémunération des praticiens en poste depuis 2 ou trois ans et que trois nouveaux échelons ont été rajoutés en fin de grille. De plus, ces praticiens « du stock » se sont rendu compte qu'ils ne pourraient jamais les atteindre faute d'ancienneté suffisante.

**Pour maintenir l'attractivité de l'hôpital public, il est urgent de revoir les modalités du système de rémunération des praticiens hospitaliers.**

## Trois mesures doivent être prises de toute urgence :

- ❶ Le reclassement de l'ensemble du corps des praticiens hospitaliers dans la nouvelle grille par l'attribution de quatre ans d'ancienneté à tous les praticiens nommés avant octobre 2020.
- ❷ La revalorisation de la permanence des soins et la reconnaissance du temps de travail spécifique à celle-ci. Attribution d'une cinquième demi-journée travail par période de 24 heures, ce qui permet une cohérence avec la directive européenne sur le temps de travail, décompte du temps de travail en heures et plus en demi-journées, revalorisation substantielle de l'indemnité de sujétion bloquée depuis 2010.
- ❸ La révision de la grille salariale des praticiens hospitaliers et du système de primes permettant un rééquilibrage dans un contexte de concurrence non régulée et de tension démographique. ●

*Yves Rébufat - Président exécutif d'Avenir Hospitalier*



l'organisation médicale, les chefs de pôle ne pouvant maîtriser toutes les problématiques des différentes équipes médicales. En CME aussi les praticiens hospitaliers ont déserté, montrant la perte de confiance et d'intérêt. Et que dire des GHT, qui ajoutent une surcouche administrative avec les pôles interétablissements à un millefeuille déjà bien compliqué. Et encore une fois, ce sont souvent les stratégies de rationalisation économique des services support et médicotechniques qui sont mis en avant dans les GHT.

En 2019, la proposition d'attribuer la présidence du comité stratégique du GHT, responsable de l'élaboration du projet médical du GHT, au président de la CMG avait été écarté par le ministère. La gouvernance actuelle exerce un rapport dominant/dominé par dépossession des légitimités des soignants (paramédicaux et médicaux), qui se sentent disqualifiés par une insuffisante connaissance de cette autorité qui s'impose à eux. L'instruction CLARIS est un petit pas dans la remédicalisation de la gouvernance, mais bien trop timide, voire timoré. Bref, personne n'y comprend plus rien.

## Quelles sont les solutions ?

- C'est le Service Médical Rendu qui doit être la priorité dans l'organisation et les projets hospitaliers. Il faut redonner l'envie aux personnels médicaux de s'investir dans les instances hospitalières, notamment en CME en renforçant sa représentativité et ses prérogatives sur les choix et orientations stratégiques de l'établissement. C'est trop souvent une chambre d'enregistrement des décisions prises au Directoire, avec un Président de CME bien souvent seul, oscillant entre directions et médecins.
- Il faut redonner du pouvoir décisionnel aux médecins, comme l'exemple réussi de la première vague Covid où les soignants ont su mettre en place de nouvelles organisations efficaces en quelques semaines.
- Il faut aussi plus de démocratie dans l'organisation médicale pour associer et faire adhérer les praticiens hospitaliers aux projets hospitaliers. Cela passe par l'élection des chefs de service et chefs de pôle par les équipes médicales afin de renforcer leur légitimité et d'éviter une déconnexion du terrain et des décisions imposées par le haut.

**Le candidat Macron envisageait de proposer une gouvernance moins verticale, plus participative. Aux législateurs de traduire cela en actes. ●**

*Eric Branger - Secrétaire général APH/CPH, Éric Guiheuneuf -  
Vice-Président du Syndicat Les Biologistes Médicaux*

# Financement :

## sortir du carcan de l'ONDAM et de la T2A.

L'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie qui, par construction était un indicateur, a été transformé en carcan. Son but était d'aider à maîtriser les dépenses de santé, mais il ne devait en aucun cas les limiter. En effet, un tel principe aurait impliqué de cesser les remboursements aux patients une fois son plafond atteint ou de ne plus payer les hospitaliers ou les libéraux.

### Comment et pourquoi cet indicateur est-il devenu un instrument de contrainte budgétaire essentiellement pour l'Hôpital Public ?

Rappelons le principe imposé par Bruxelles de ramener le déficit public de chaque État membre sous la barre des 3 %. Pour ce faire, l'État a limité ses dépenses publiques au travers de restrictions budgétaires, mais a également transféré une partie de ses charges vers les établissements de santé pour limiter le déficit de l'Assurance Maladie porté par le budget de l'État.

Comme il est normal de planifier les dépenses de l'État, il est aussi indispensable de se pencher sur les conséquences structurelles et conjoncturelles de l'impact des mesures votées en considérant aussi l'analyse des coûts réels des soins.

Après avoir été systématiquement dépassé entre 1997 et 2010, l'ONDAM est sous-exécuté depuis cette date, les dépenses devenant inférieures à celles votées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, **alors que les déficits des établissements publics ont augmenté exponentiellement !**

**Il suffit de regarder les économies réalisées sur le seul budget hospitalier et de le comparer à la déliquescence organisée de l'offre de soins en termes de lits, de soignants et de praticiens hospitaliers pour comprendre l'anomalie systémique qui étouffe l'hôpital en tuant les vocations de celles et ceux qui y travaillent.**

Il faut également observer l'explosion de la souffrance au travail couplée à une déconnexion administrative implacable opérant autour de chiffres et d'indicateurs détachés d'un juste soin et d'une humanité essentielle à la qualité et à la sécurité sanitaire, qui est due à chaque Français sur l'ensemble du territoire !

### Quelques chiffres

Depuis plus de 15 ans, ces éléments ont été sciemment occultés par les différents gouvernements, guidés par une technocratie aveuglée par des marqueurs abscons et des rapports qui s'accumulent pour comprendre le pourquoi de ces maux sans que ni les dépenses ni les coûts induits ne soient mieux contrôlés.

La tendance « naturelle » de l'augmentation annuelle du budget Santé en France se situe historiquement autour de 4 %, avec des pics à plus de 7 % comme en 2002.

L'évolution spontanée du coût des salaires des hospitaliers, comme l'augmentation du coût de la vie ou des mesures gouvernementales non financées, telles les 39 heures des urgentistes, accroissent mathématiquement les charges hospitalières. De même, la bascule

de la Permanence des Soins de la ville vers l'hôpital et ses surcoûts imputés sur le budget hospitalier n'ont pas été pris en compte. Parmi les autres éléments, le vieillissement de la population couplé à l'allongement de l'espérance de vie ou les progrès en termes de nouvelles thérapeutiques (cancérologie, neuro-cardio-vasculaire...) ont généré automatiquement de nouvelles dépenses.

En France, l'espérance de vie est supérieure à la moyenne européenne, alors que l'espérance de vie en bonne santé y est cependant inférieure. La couverture solidaire nationale prend en charge la totalité des dépenses de santé pour nos « anciens ». Il n'existe aucun chiffrage budgétaire de cet impact pourtant bien réel et qui affecte principalement l'hôpital public. (1)

En milliards d'euros, le budget hospitalier était en 2005 de 61,7 et celui de la ville de 62,2 pour passer respectivement en 2020 à 84,2 et 93,6.

**Il manquait a minima 11 milliards d'€ en 2020, montant qui s'élevait à 15 milliards d'€ en considérant les ponctions de la réserve prudentielle. Sur quinze ans, c'est 150 milliards qui ont été soustraits du budget hospitalier.**

**Ce déficit organisé n'est donc qu'un transfert de dette entre l'État et les établissements de soins insuffisamment financés pour remplir leurs missions.**

**Ainsi, l'Hôpital Public, ses soignants et ses praticiens ont été sacrifiés sur l'autel de la rationalisation des dépenses couplée à un principe entrepreneurial faisant entrer la notion de rentabilité et de productivisme dans un hôpital devenu « usine à soins ».**

**L'État se doit de réévaluer immédiatement le budget hospitalier a minima de 15 milliards par an et de reprendre la totalité de la dette.**

Avec une augmentation de 3 % de son budget, l'Ondam hospitalier aurait dû être en 2020 de 95 milliards d'€ et de 102 milliards avec une revalorisation de 3,5 %.

Il conviendrait également de se demander comment les budgets de la médecine de ville dépassent chaque année le plafond prévu alors que les hôpitaux, bons élèves du système, répondent toujours présents, mais à quel prix ?

Nous rappelons que la crise Covid a percuté de plein fouet ce modèle budgétaire abscons et a impacté encore une fois essentiellement les budgets hospitaliers, même s'ils ont été revalorisés. ●

**Le modèle de financement est donc à repenser pour en construire un nouveau en adéquation avec les missions de soins de chacun. Cet investissement permettra de retrouver une sécurité sanitaire avec une meilleure espérance de vie en bonne santé pour nos concitoyens. L'État et nos élus se doivent de redonner l'espoir et une qualité de vie à l'ensemble des acteurs du soin pour qu'ils retrouvent le sens du juste soin.**

Jean-François Cibien - Président d'APH

1- Comparaison de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie en bonne santé, en 2019, dans les pays de l'Union européenne. Source Eurostat, méthode Eurostat appliquée aux données de l'enquête européenne European Union - Statistics on Income and Living Conditions (UE - SILC).