



Actu' APH



Journal d'Action Praticiens Hôpital

**Action Praticiens Hôpital
vous adresse ses meilleurs
voeux pour l'année 2024.
Ensemble, construisons
l'avenir !**

iStock™

Credit: Panuwat Dangsungnoen

DOSSIER : planification en santé

**INTERVIEW : une proposition de loi pour établir un ratio
patient/soignant**

2024 : on efface tout et on recommence !?!?

L'année 2023 préfigurait le renouveau pour les hospitaliers et notre système de santé. Le 6 janvier 2023, le président de la République présentait ses vœux au monde de la santé dans un hôpital public avec des annonces fortes et légitimes pour les hospitaliers. L'espoir semblait renaître... La reconnaissance de la valorisation de la permanence des soins, le travail de nuit et de week-end, les heures supplémentaires et le travail additionnel devaient être alignés sur le privé. Si 2023 a connu certaines avancées ou certains « rattrapages » salariaux très attendus, l'explosion des signatures des contrats de type 2 en dehors du cadre légal laisse aux praticiens titulaires un goût amer. Les praticiens hospitaliers restent encore au milieu du gué, et nous sommes toujours oubliés sur le décompte du temps de travail, les astreintes, la retraite des hospitalo-universitaires titulaires... Après trois changements de ministre de la Santé et de la Prévention en 2023, va-t-on encore repartir de zéro sur tous les dossiers sensibles en cours d'instruction dont certains étaient quasiment finalisés ? Depuis une dizaine d'années, nous subissons les conséquences d'un dialogue social en « dents de scie » sans la moindre programmation, sans vision à long terme. Les

soignants, les praticiens, et les représentations syndicales attendent une démarche planifiée et constructive, seule acceptable. **Ce plan des mesures à déployer doit être porté par l'Élysée, à l'abri des aléas de remaniements ministériels successifs.**

La politique sanitaire est aveuglée par l'immédiateté de l'actualité. Un fait divers tragique émeut le pays tout entier, puis politiques et médias passent à autre chose, alors que soignants et praticiens poursuivent leurs combats au quotidien pour un juste soin pour tous dans des conditions d'exercice de plus en plus dégradées quand elles ne sont pas dégradantes.

Combien de personnes âgées meurent d'avoir passé une nuit sur un brancard dans une indifférence quasi générale ? Combien de nos concitoyens sont exclus du système de santé actuel ? Combien de démissions ou de mises en disponibilité de praticiens et de soignants depuis le Ségur de la césure ? Combien de suicides ou de tentatives de suicide chez les soignants ou les praticiens qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou dans le médico-social ?

L'hôpital public ne recrute plus suffisamment. C'est un fait mais ce n'est pas une fatalité. On nous dit que ce ne serait pas un problème d'argent : pour preuve, le Ségur et ses milliards investis ne solutionneraient pas une crise endémique et il s'agirait même d'une inéluctable problématique planétaire. Cette vision bien-pensante ne résiste pas à l'analyse des faits. Malgré nos demandes répétées, nous n'avons toujours aucun élément chiffré des montants consacrés aux PH. **Ces fonds alloués ne constituaient que des éléments de rattrapage suite à une perte de plus de 30 % de notre pouvoir d'achat depuis 2005.**

SOMMAIRE

DOSSIER : LES INSTANCES

Les instances nationales.....4

DOSSIER : PLANIFICATION EN SANTÉ

Nouveau Ministre, nouvelle stratégie.....8

Que reste-t-il de la planification en santé ?.....9

Élaboration du Projet Régional de Santé.....10

DOSSIER : ACTIVITÉ LIBÉRALE HOSPITALIÈRE

Le pour et le contre11

Exercice libéral en établissement public de santé :
analyse du rapport de la Cour des Comptes
d'octobre 202312

INTERVIEW

Une proposition de loi pour établir
un ratio patient/soignant14

LE POINT SUR

« Ruer dans les brancards » : une mortalité évitable17

PETITES ANNONCES.....18

ISSN : 2678-3606

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JEAN-FRANÇOIS CIBIEN

COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

COMITÉ DE RÉDACTION : ÉRIC BRANGER, EMMANUEL CIXOUS,

FLORENCE COMPAGNON, MARIE-JOSÉ CORTÈS,

ANNE DAVID-BRÉARD, DELPHINE GLACHANT, ÉRIC GUIHENEUF,

YVES HATCHUEL, MARC NOIZET, ÉRIC LE BIHAN, PASCALE LE PORS,

JEAN-MARIE LELEU, SALEM OULD-ZEIN, XAVIER PALETTE,

CAROLE POUPON, YVES RÉBUFAT, ANNE WERNET, JACQUES YGUEL

ÉDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB

K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR

La solution choisie a créé une césure sans précédent dans notre corps des praticiens hospitaliers.

Pour Action Praticiens Hôpital, union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux, il existe effectivement une multitude de causes à cette crise qui s'enkyste :

- le problème du décompte du temps de travail des PH et de son invisibilité ;
- l'obligation maximale de service à 48 h devenue la norme ;
- l'anomalie comptable entre le financement des postes théoriquement nécessaires de PH et ceux réellement en activité qui ne sont pas rémunérés à la hauteur de leurs engagements ;
- la sous-valorisation du TTA à 33,76 € brut de l'heure, en dessous du salaire de base d'un PH 1^{er} échelon.
- la revalorisation des gardes à 50 % au lieu des 100 % prévus dans la mission Braun ;
- la non-prise en compte immédiate des revalorisations des astreintes ;
- la spoliation sur les retraites de nos collègues HU titulaires cumulant des services actifs non comptabilisés avec leurs émoluments sur leur temps clinique qui n'entrent pas dans les cotisations retraite ;
- la perte de 4 années d'ancienneté pour les PH nommés avant octobre 2020 avec l'impossibilité pour une grande majorité d'entre eux d'atteindre le dernier échelon de la nouvelle grille.

Les sources d'économie en santé ne sont pas dans un ONDAM délibérément insuffisant et contraint en cherchant à juguler essentiellement le budget hospitalier. Mais la piste portée par APH, qui n'a jamais été étudiée par nos gouvernants, alors qu'elle est pourtant démontrée autour de l'analyse de l'impact économique d'un juste soin sur le principe étayé que des citoyens en bonne santé travaillent mieux, plus longtemps et participent ainsi plus efficacement à la richesse de la Nation¹. « Certes, le coût des soins augmente rapidement mais leur efficacité aussi. Une augmentation de la longévité, une baisse des handicaps et une amélioration de la qualité de la vie sont obtenues en contrepartie des dépenses de santé. Et la valeur de ces gains en bien-être dépasse largement le coût des soins. »²

Pour Actions Praticiens Hôpital, les PH et PU-PH titulaires sont le socle du service public hospitalier, c'est donc vers eux qu'il faut activer les leviers de l'attractivité.

Nous abordons 2024, année olympique. Les praticiens titulaires ou contractuels, hospitaliers ou hospitalo-universitaires devront-ils lever « la tête du guidon » dans cette machine infernale ou cette « usine à soins » si les pouvoirs publics ne bougent pas les lignes d'un dialogue social figé ?

Les praticiens hospitaliers titulaires H ou HU ont encore tenu la barre d'un juste soin quand les mesures pour contrer l'intérim ont été déployées au forceps, puis pendant les périodes estivale et hivernale de 2023. Mais pour combien de temps encore ? En effet, même si le point de rupture est très proche, une politique sanitaire nouvelle doit être immédiatement lancée. Il conviendra à chacun d'entre nous de participer à l'écriture de cette nouvelle partition sur la place de l'hôpital public et du rôle des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires.

Si rien ne bouge, Action Praticiens Hôpital avec votre aide, animera l'année 2024 comme lors de la mobilisation sans précédent du mouvement du 3 juillet 2023.

La construction de ce nouveau modèle devra se faire dans une dynamique dite « agile » basée sur une co-construction avec des itérations progressivement validées par tous dans l'intérêt de nos concitoyens. La toute-puissance administrative, accompagnée d'agences privées à grand coup de solutions ou d'expertises transposées de modèles de l'entreprise pour les appliquer aux hospitaliers, est un non-sens que nous dénonçons.

Au nom d'Action Praticiens Hôpital, union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des hôpitaux, je vous souhaite une belle année 2024, de changement et d'une sérénité retrouvée.

Chaque praticien doit impérativement adhérer à l'un des syndicats représentés par APH, et voter lors des élections professionnelles de juin 2024 pour acter le changement que vos représentants d'Action Praticiens Hôpital portent sans relâche. Si pour De Coubertin l'essentiel était de participer, en paraphrasant Saint Exupéry dans Citadelle, pour Action Praticiens Hôpital et ses composantes : « l'avenir, tu n'as point à le permettre mais à le construire ! » Action Praticiens Hôpital union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des hôpitaux, portera ces combats pour construire ce renouveau et répondre à vos attentes légitimes.

Jean-François Cibien, président d'APH,
président d'Avenir Hospitalier

1- La santé, facteur de croissance économique, P. Ulmann, Traité d'économie et de gestion de la santé, 2009

2 - Brigitte Dormont, Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ? Ed. ENS Paris 2009

Les instances nationales

Dans les différents numéros d'Actu'APH que vous allez recevoir d'ici les élections professionnelles du mois de juin 2024, nous vous tiendrons informés du rôle des instances nationales et pourquoi il est utile de voter pour les listes d'APH à ces élections.

Nous avons déjà amorcé ces explications dans le numéro d'octobre 2023 : <https://aph-france.fr/Actus-APH-no16.html> (pages 19 et 20).

Dans les mois qui viennent, nous allons vous dire qu'il est très important de voter aux élections professionnelles, notamment pour le CSPM.

Il y aura en effet deux votes, sur la même plateforme : un vote pour le CSPM, un vote pour les commissions statutaires et de discipline du CNG.

Revenons sur cette jeune instance qu'est le CSPM...

Le CSPM, c'est quoi ?

CSPM signifie « Conseil Supérieur des Professions Médicales, odontologiques et pharmaceutiques ». C'est le « pendant » des Conseils Supérieurs des Fonctions Publiques Hospitalière (CSFPH, pour les paramédicaux), Territoriale (CSFPT) et d'État (CSFPE). Sa création, prévue par la loi de « modernisation de notre système de santé » de 2016 n'a été en fait obtenue qu'après une action d'APH en Conseil d'État.

Quelles sont ses missions ?

Le CSPM doit être consulté pour tous les textes réglementaires concernant les statuts des personnels médicaux exerçant à l'hôpital public. Il possède 3 commissions : une commission des statuts, une commission chargée de la prévention des risques professionnels, et enfin une commission concernant l'évolution des compétences et des parcours professionnels.

Par exemple, tous les décrets portant la réforme des statuts de praticien hospitalier et contractuel ont été présentés au CSPM. Mais aussi des décrets de transposition des droits des fonctionnaires aux praticiens (congrés parentaux, congé proche aidant, etc.).

Le CSPM se réunit en commission, puis en séance plénière autour de la présidente du CSPM, pour les votes. C'est la DGOS qui anime les discussions.

Comment est-il composé ?

La composition du CSPM comporte 4 « collèges » :

- Trois collèges statutaires, composés de représentants des organisations syndicales qui ont été reconnues représentatives aux élections professionnelles ;

- un collège des HU titulaires : 5 sièges, représentant environ 6 000 HU ;
- un collège des PH titulaires : 5 sièges représentant environ 50 000 PH ;
- un collège des non-titulaires : 5 sièges... représentant tous les statuts précaires ; contractuels, CCA et assistants, associés... et dont on ne connaît pas bien le nombre !

- Un collège des « employeurs » - en pratique, de la Fédération Hospitalière de France (FHF) ; les 7 sièges sont occupés environ pour moitié par des directeurs d'hôpitaux et pour moitié de présidents de CME

La composition actuelle des collèges statutaires est issue des élections professionnelles de juin 2019 :

	Liste APH-JM (Avenir Hospitalier, CPH, Jeunes Médecins)		Liste commune Alliance (SNAM-HP + CMH) et INPH			Total
	APH (AH + CPH)	Jeunes Médecins	INPH	SNAM-HP	CMH	
Collège 1 (HU titulaires)	1			4		5
Collège 2 (PH titulaires)	3			2		5
Collège 3 (tous les non-titu-)	3			2		5

Ainsi, nous sommes actuellement majoritaires chez les praticiens hospitaliers titulaires, et chez les contractuels.

Est-ce que cette instance fonctionne correctement ?

Cela dépend de ce qu'on en attend...

Seule la commission des statuts se réunit. Les deux autres commissions (...) n'ont jamais été réunies.

Il nous semblerait normal que seuls les collèges statutaires aient le droit de vote. D'ailleurs, il n'est pas rare que le collège des employeurs vote contre l'avis unanime des collèges statutaires – la FHF donnant des consignes de vote à laquelle les présidents de CME représentés sont obligés de se soumettre... et suivant systématiquement la proposition de l'administration centrale. Un vote un-

niment « contre » des collèges statutaires entraîne le réexamen du texte – mais souvent à l'identique ! Quoi qu'il en soit, ce vote n'est qu'un avis consultatif : la consultation du CSPM est notée dans le décret, mais pas le résultat du vote.

Cependant, le CSPM permet d'avoir des rendez-vous fixes (lorsque les sessions ne sont pas annulées... faute de texte !) avec la DGOS et avec les directeurs, et de faire passer des idées. Nous avons aussi appris à nous servir à faire amender des textes, et obtenir, au moins à la marge, des inflexions de textes que nous jugions trop contraignants pour les praticiens.

Alors, pourquoi est-il important de voter pour le CSPM ?

Pour deux raisons.

- Une raison directe : être partie prenante de ces discussions sur la réglementation de notre activité, comme indiqué ci-dessus. L'enjeu est clair : il s'agit de conserver les sièges que nous avons dans chaque collège, et même de faire mieux.
- Une raison indirecte, mais encore plus importante : seules les organisations syndicales qui auront des sièges au CSPM seront reconnues comme « représentatives »
 - elles seront convoquées à l'ensemble des discussions organisées par les tutelles – notamment, les discussions qui ont lieu bien en amont du CSPM. Ainsi, nous avons par exemple pu participer au printemps dernier aux discussions (malheureusement avortées...) sur la grille salariale et plus récemment aux discussions sur la revalorisation des astreintes et l'évolution de l'arrêt régissant la permanence des soins ;
 - elles enverront des représentants à l'échelle régionale dans diverses instances : commission régionale paritaire, commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS), conférence régionale de la santé et de l'autonomie CRSA, commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) etc.

En juin 2024, si vous soutenez nos ambitions pour les praticiens de tous statuts, si vous voulez que ces ambitions deviennent réalité, votez pour les listes d'Action Praticiens Hôpital au CSPM !

Anne Geffroy-Wernet, secrétaire générale adjointe APH, présidente du SNPHARE

Conseil de Discipline (CD) et Commission Statutaire Nationale (CSN) : pourquoi ces instances sont importantes pour les praticiens hospitaliers ?

Dans ActuAPH n°16, les Dr Poupon et Le Pors vous ont expliqué certains éléments sur ces deux instances du CNG que vous pouvez consulter en cliquant ici : <https://www.calameo.com/read/004568293e6055e26e62d?page=19>

Avec notre aide, le CNG a publié en février 2023 un guide pratique sur les modalités de gestion des situations individuelles complexes qui détaille le fonctionnement de ces instances que vous pouvez consulter en cliquant sur le lien suivant :

https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2023/04/Guide%20des%20situations%20individuelles%20complexes_WEB.pdf

Action Praticiens Hôpital vous rappelle que si vous êtes praticiens hospitaliers titulaires, même si vous êtes en période probatoire, ces commissions paritaires peuvent décider de votre avenir professionnel. Il est important pour tous les praticiens d'avoir des représentants qui défendent vos droits dans ces instances et une intersyndicale forte et qui participe activement à désamorcer les conflits pour éviter à nos collègues PH de se retrouver convoqués dans ces instances.

Ces commissions siègent par spécialité au nombre de 7 : médecine et spécialités médicales, anesthésie-réanimation, chirurgie et spécialités chirurgicales et odontologie, radiologie, psychiatrie, biologie et pharmacie. Elles sont composées pour moitié de vos représentants élus et pour moitié de représentants des directions hospitalières et des tutelles.

Le Conseil de discipline se réunit toujours en présentiel et il est présidé par un membre du Conseil d'État qui est garant de la bonne tenue des échanges. Pour l'administration, six membres sont désignés (ARS, DGOS, DGS, IGAS, FHF, CNG) et 6 praticiens élus par spécialités sont également présents. Le praticien mis en cause peut venir accompagné d'un avocat pour défendre ses droits et faire valoir sa position. Pour chaque dossier un rapporteur (membre de l'IGAS, médecin inspecteur de l'ARS) est désigné par le ou la présidente.

Ce rapporteur établit la synthèse du parcours professionnel du praticien et l'analyse du dossier avec les éléments à charge et à décharge. La procédure disciplinaire et les sanctions éventuelles sont détaillées dans le document établi par le CNG. Les membres du Conseil de discipline votent à bulletin secret sur le niveau de sanction choisi. L'avis du conseil de discipline doit être motivé et mentionner le nom des membres ayant participé à la délibération. Il est signé et daté par le président qui l'adresse à la direction du CNG qui prononcera la sanction ou rendra un arrêté d'absence de sanction qui sera communiqué au praticien comme à sa direction.

<https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/202203/Fiche%20de%20proc%C3%A9dure%20La%20proc%C3%A9dure%20disciplinaire.pdf>

Notre conseil : dès qu'un praticien a connaissance d'une convocation en Conseil de discipline, il doit se faire accompagner par un avocat et prendre conseil auprès de son syndicat pour partager l'analyse de son cas et organiser au mieux sa défense.

La Commission statutaire nationale est présidée par un membre de l'IGAS. Les modalités des réunions sont mixtes présentiel et/ou visioconférence. Cette instance étudie les dossiers des praticiens pour lesquels l'année probatoire a posé problème, qui sont suspectés d'insuffisance professionnelle ou qui sont en recherche d'affectation.

Elle comprend pour les PH deux collègues, celui des praticiens hospitaliers et celui des personnels enseignants et hospitaliers titulaires. Lorsque la commission est appelée à se prononcer sur la situation des praticiens hospitaliers dans un établissement non-CHU, elle comprend seulement le collègue des praticiens hospitaliers. Lorsqu'elle est appelée à se prononcer sur la situation des praticiens hospitaliers exerçant dans les centres hospitaliers universitaires, la commission comprend également des représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires. Pour l'administration, six membres sont désignés (DGOS, trois médecins ou pharmaciens inspecteurs de santé publique, IGAS, FHF). Pour chaque dossier un rapporteur (membre de l'IGAS, médecin inspecteur de l'ARS) est désigné par le ou la présidente et expose une synthèse du dossier. Les praticiens mis en cause ne sont ni présents ni représentés lors de ces sessions pour les dossiers concernant la période probatoire ou les recherches d'affectation

d'où l'intérêt de l'étude de chaque dossier individuel par vos représentants pour défendre au mieux vos droits. En cas d'insuffisance professionnelle suspectée, le praticien mis en cause est présent pour défendre son dossier éventuellement accompagné de son conseil.

L'avis motivé émis par la commission est transmis dans un délai de quinze jours au directeur général du Centre national de gestion pour décision.

Notre conseil : dès qu'un praticien a connaissance d'une convocation en Commission statutaire nationale, il doit prendre conseil auprès de son syndicat pour partager l'analyse de son cas et organiser au mieux sa défense. Pour les dossiers d'insuffisance professionnelle, nous préconisons l'appui systématique d'un avocat pour construire au mieux la défense du praticien.

Depuis les élections de professionnelles de 2019

- Vos représentants élus pour Action Praticiens Hôpital ont participé à l'ensemble des commissions (CD ou CSN) pour défendre les droits de tous les praticiens hospitaliers titulaires ou en probatoire.
- Vos représentants ont aidé chaque praticien qui en a fait la demande dans la construction de sa défense pour les protéger au mieux et surtout les accompagner dans la gestion de leur passage en commission.
- Vos représentants et vos délégués APH ont également été très actifs pour aider les praticiens blanchis par ces instances malgré des vellétés de leurs administrations qui pour certains flirtaient pourtant avec un harcèlement sans fin.

Votez aux prochaines élections professionnelles pour les listes soutenues par APH, union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux !

Jean-François Cibien, président d'APH, président d'Avenir Hospitalier

Le Conseil du Développement Professionnel Continu Médical Hospitalier (CDPCMH).

Nouveau : le nombre de représentants des syndicats sera désormais proportionnel aux résultats des élections professionnelles

Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) est agréée par le ministère de la Santé pour collecter et gérer les fonds consacrés à la formation d'environ 956 000 agents dont les Praticiens Hospitaliers.

Les CHU consacrent au financement des programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) des praticiens qu'ils emploient un % minimum de 0,50 % du montant des rémunérations de ces derniers. Les autres Établissements Publics de Santé (EPS) y consacrent un % minimum de 0,75 %. Ils peuvent se libérer totalement ou partiellement de leur obligation en versant tout ou partie des sommes précitées à l'ANFH qui fixe alors les taux de cotisation applicables aux établissements adhérents au titre de l'agrément DPC médical qui peut concerner des thématiques prioritaires (DPC PAP pour Programme d'Actions Prioritaires qui donneront alors lieu à remboursement par l'Agence Nationale pour le DPC (ANDPC) des sommes concernées) ou des thématiques non prioritaires (DPC NPAP relevant alors des 0,75 ou 0,50 % précités).

L'ANFH est composée d'instances consultatives et décisionnelles, dont le CDPCMH au titre de la gestion des fonds du DPC médical. Le CDPCMH est composé de façon paritaire par 5 représentants de la FHF (dont au moins 3 présidents de CME de CHU, de CH et de CHS) et 5 représentants des organisations syndicales représentatives du personnel médical, odontologique

et pharmaceutique dont AH et CPH (pour APH) qui ont chacun un membre titulaire et 2 membres suppléants.

Le CDPCMH veille à la collecte des fonds du DPC médical, odontologique et pharmaceutique. Il définit les règles de mutualisation des fonds collectés et les règles de prise en charge. Il ratifie les décisions de prise en charge des dossiers délivrés. Les fonds collectés sont affectés selon la répartition arrêtée par le CDPCMH qui délibère chaque année sur le taux de frais de gestion et de mutualisation nationale appliqué aux sommes consacrées au DPC médical hospitalier. Afin de mieux répondre aux besoins, l'ANFH peut, à la demande du CDPCMH, contribuer à la création d'actions de formation ou d'outils de formation.

Le président du CDPCMH est alternativement (changement tous les ans) issu de la FHF puis des organisations syndicales, idem pour la vice-présidence. Les organisations syndicales désignent leurs représentants pour siéger au CDPCMH parmi les personnels en activité (leur mandat prend fin au plus tard au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils font valoir leurs droits à la retraite) ou en détachement, salariés des EPS et les membres du CDPCMH élisent ensuite leur président et vice-président.

Suite à des changements de statuts en 2023, le nombre de représentants des syndicats sera désormais proportionnel aux résultats des élections professionnelles qui auront donc lieu en juin 2024.

Pour que nous puissions continuer à défendre les droits à formation des praticiens hospitaliers : votez pour AH et CPH (APH) aux prochaines élections du CSPM !

Anne David-Bréard, présidente du SNGC

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE D'APH

<https://aph-france.fr/>

Pour s'abonner aux newsletters : <http://eepurl.com/c04mX1>



Suivez-nous sur Facebook :
<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hopital-252176902225161/>



Suivez-nous sur Twitter :
[@ActionPratHopit](https://twitter.com/ActionPratHopit)

Nouveau ministre, nouvelle stratégie ?

Au moment où nous avons proposé la rédaction de cet article, la loi sur l'immigration en était à ses débuts et notre ministre de tutelle arrivé l'été dernier était toujours en poste. Il a depuis démissionné, nous replongeant dans le tunnel de l'incertitude et l'inquiétude de l'effacement de toutes les discussions et avancées que nous avons eues avec notre administration de tutelle, la DGOS, le cabinet du ministre et le ministre lui-même.

À chaque changement de Ministre, la table est débarrassée, la vaisselle est lavée puis rangée et il nous faut ensuite remettre le couvert.

Cette situation répétitive nous permet donc de vous faire part de notre colère et de notre mécontentement. En effet, depuis 2017, ce ne sont pas moins de six ministres qui se sont succédé à ce poste, donc quatre depuis la nomination d'Élisabeth Borne. Nous avons vécu la plus grave crise sanitaire mondiale et nationale depuis longtemps et nous vivons aujourd'hui une crise démographique et des vocations sans précédent. Nous n'avons vraiment pas besoin de cela en plus !

La structure pyramidale et descendante du pouvoir exécutif en France conduit à des réformes imparfaites et inachevées qui se renouvellent sans cesse à chaque changement de tête. Dans ces conditions, il n'y a pas de cap qui tienne et le navire sanitaire vogue erratiquement au gré des vents, des courants, des obstacles et parfois des tempêtes. On comprend pourquoi la résilience est si répandue dans nos métiers !

Nous avons pourtant besoin de calme et surtout d'un cap, d'une vision partagée avec nos concitoyens et enfin d'un plan pour y arriver. Nous avons besoin de temps long, de réformes progressives, patiemment construites et collectivement élaborées. Nous avons besoin de sérénité, pas d'agitation frénétique. Bref, nous avons besoin d'un temps qui n'est pas le temps des politiques.

La planification en santé nous apparaît aujourd'hui urgemment nécessaire, l'instabilité du pouvoir exécutif et son incapacité à organiser la subsidiarité et la décentralisation est incompatible avec une bonne



gestion du système de santé. Toutes les lois votées et les décisions importantes prises ces trente dernières années l'ont été dans la précipitation, pour répondre à une contrainte urgente, toujours sous l'influence de dogmes ou de lobbies, jamais pour proposer une vision qui permette d'adapter le système sanitaire dans ses principes et son financement aux évolutions sociétales.

Alors, pour répondre à la question posée dans le titre de cet article, un nouveau ministre, il semblerait que cela soit un oui, mais pour combien de temps ? Quant à la nouvelle stratégie, on a certes très envie d'y croire mais le principe de réalité nous ramène, sur ce sujet, très vite à la raison.

Yves Rébufat, délégué général d'APH, président exécutif d'Avenir Hospitalier

Que reste-t-il de la planification en santé ?

Lors du séminaire APH de Montauban en novembre dernier, nous apprenions de la bouche de François Braun que si nous voulons espérer des changements, il faut apporter aux politiques des solutions clefs en main, de rentabilité rapide. Mais il ajoutait que des changements réels et profonds d'une politique de santé ne pouvaient intervenir qu'après l'adoption d'un Plan Santé Pluriannuel.

D'une nécessaire planification...

La planification vise à distribuer équitablement les biens, les services et les ressources aux populations d'un territoire en fonction de leurs besoins. On peut faire débiter l'histoire contemporaine de la planification en santé aux ordonnances Debré de 1958. Elle ne concerne d'abord que le secteur hospitalier. Elle légitime la croissance des dépenses médicales et les projets de modernisation de l'offre de soins dans l'hôpital public. La loi Boulin de 1970 crée le service public hospitalier et amorce le boom des CHU ; elle instaure la carte sanitaire pour répartir l'offre hospitalière sur le territoire.

Les principes et les instruments de mise en œuvre de la planification n'ont cessé d'être contestés, en raison de leur supposée inefficacité. Une idéologie, puisqu'il faut l'appeler par son nom, a fait de la concurrence : l'alpha et l'oméga du principe des politiques publiques. Les politiques du Plan sont déconsidérées, parfois même au sein des organismes qui l'élaborent. Or le concept même de concurrence est antinomique avec celui de la planification. Les illustrations de ce virage conceptuel en sont le plan hôpital 2007, la suppression de la carte sanitaire, et la loi HPST.

... à une vision court-termiste...

Pour les hospitaliers que nous sommes, quels outils restent visibles, dans le paysage dévasté de la prévision politique en termes de santé, pour avoir une vision — certes court-termiste — des objectifs de santé promus par les pouvoirs publics ? J'en vois deux : le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) et l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), liés l'un à l'autre. Ils ne permettent qu'une vision à très court terme. Chaque année, depuis 1996, pour maîtriser les dépenses de la Sécurité sociale en fonction des recettes de l'État, et non pour répondre aux besoins, un nouveau PLFSS est voté en même temps que le PLF (Projet de Loi de Finance). Le PLFSS n'a pas de fonction budgétaire. Il fixe essentiellement l'ONDAM en prenant en compte

le PLF qui détermine le budget de l'État. Cet ONDAM concerne les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Il est réparti entre les grandes catégories de dépenses : hospitaliers, soins de ville, médico-social. Pour l'hôpital, l'objectif est décliné par régions et donne lieu à une négociation entre les établissements et les ARS.

Le PLFSS est construit en quatre parties :

- la première approuve le dernier exercice clos (année N-2, soit 2022 pour le PLFSS 2024) ;
- la deuxième porte sur l'exercice en cours (année N-1, soit 2023 pour le PLFSS 2024) ;
- la troisième se penche sur les prévisions de recettes ;
- la quatrième fixe les objectifs de dépenses par branche (maladie, famille, retraites, accidents du travail, maladies professionnelles et autonomie), notamment l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Suppression des lits et fuite des soignants

Les budgets alloués sont systématiquement inférieurs aux évaluations réelles des besoins financiers des établissements, dans le but avoué de contraindre à la restructuration des organisations hospitalières. Mais les restructurations successives imposées confinent à la destruction de l'outil hospitalier, contraint à la suppression de lits et au non-renouvellement des personnels médicaux et non médicaux... Jusqu'à ce que ces derniers fuient spontanément leurs lieux de travail en voie de dégradation rapide...

Le pire n'est jamais sûr : en guise de conclusion, je citerai Jean-Marc Daniel à la réunion de la CHAM en 2017 qui affirmait que le PFLSS était un mauvais outil, qu'il fallait mettre les Caisses d'assurance maladie en concurrence, et supprimer la Fonction publique hospitalière pour passer en statut privé. Rien moins...

Richard Torrielli

Élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) 3. De l'Agence Régionale de Santé (ARS) à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), une logique descendante ?

En 2023, l'ARS de Bretagne a élaboré un nouveau projet régional de santé. Avant de le faire, elle prend un certain nombre d'avis (Conseil régional...) dont aussi celui de la CRSA. Les précédents plans et actions de santé font l'objet d'une évaluation. Cette évaluation est réalisée conjointement par l'ARS et par la CRSA. Pour faire cette évaluation, la CRSA a souhaité connaître l'opinion des citoyens de la région et recueillir leur principale préoccupation de sorte que les recommandations qu'elle pourra formuler pour le prochain projet de santé collent au plus près de ces préoccupations en avril 2022.

Il faut rappeler que la CRSA, conformément à l'article L.1432-4 du CSP, peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région et sur les territoires. Elle émet un avis sur le PRS, mais la CRSA n'a qu'un rôle de consultation.

L'élaboration du PRS doit être un moment privilégié de concertation avec l'ensemble des acteurs du système de santé : les représentants de la démocratie en santé, les élus, les partenaires institutionnels, les acteurs du système de santé, l'instance de gouvernance de l'ARS.

Le PRS est constitué de 3 sous-ensembles :

- un Cadre d'Orientation Stratégique (COS) qui détermine les objectifs généraux et les résultats attendus pour améliorer l'état de santé de la population ;
- un Schéma Régional de Santé (SRS) établi sur la base d'une évaluation des besoins ;
- et un Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Bref, ce n'est pas très simple et on a vite fait de s'y perdre. Et pour quel résultat ? Un PRS en décalage avec la réalité quotidienne !

Un PRS se doit d'être pragmatique et pas un énième document qui viendra enrichir nos étagères.

Après 9 mois de travail, la CRSA de Bretagne a émis un avis défavorable à une très forte majorité de ses membres. Il nous semblait qu'il n'était pas assez pris en compte le contexte de crise que traversent les professionnels, les établissements. Pour autant, l'ARS de Bretagne a validé le PRS 3 malgré le grand nombre d'avis défavorables.

Pour mieux prendre en compte la situation, un contrat de méthode est passé entre ARS et CRSA, afin de répondre à l'urgence de la situation de crise que nos établissements traversent autour de sujets resserrés. Ce contrat de méthode travaillera autour de plans d'action régionaux et la mise en place de feuilles de route par territoires de santé.

Et un troisième partenaire entre en jeu en ce début d'année, partie prenante dans l'élaboration de ces feuilles de route, les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) poussés par la loi Valletoux qui devront s'intercaler entre CRSA et ARS.

Enfin, nous questionnerons les sujets vitaux que sont l'accès et la transformation de l'offre de soins, où l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé, au même moment où s'engagent des travaux sur la permanence des soins avec le ministère de la Santé et de la Prévention avec une réécriture de l'arrêté d'avril 2003. On n'a pas le cul sorti des ronces !

Éric Branger, secrétaire général d'APH, président du SPHP

Activité libérale hospitalière : le pour et le contre

Après l'entrée en vigueur du plafonnement des salaires des médecins intérimaires à l'hôpital (loi Rist), les établissements publics recrutent des contractuels « au motif 2 ». Ces contrats, très proches de ceux des cliniciens hospitaliers, supprimés depuis, sont bien plus rémunérateurs que le statut de Praticien Hospitalier. Ils en ont tous les avantages mais presque aucune des contraintes. Ils étaient censés être très encadrés (durée, obligations), il n'en est rien en pratique. Est-ce le prix à payer pour que certains établissements publics puissent maintenir leurs services ouverts ? Le pour et le contre.

Contre

Les contrats de type 2 participent à la contractualisation globale qui touche l'hôpital public. Cette défonctionnarisation (recrutement sur un contrat plutôt qu'un statut) de la santé publique la fragilise et met l'hôpital public encore davantage du côté du marché. Ces contrats n'encouragent pas l'engagement des médecins ni la pérennisation des projets médicaux, même si la durée a été fixée à 3 ans et le contrat s'est étoffé d'exigences institutionnelles. S'engager à l'hôpital public nécessite plus que 3 ans.

Les praticiens signant un contrat de type 2 ont un bien meilleur salaire que les PH, ce qui entame la collégialité et vient encore disqualifier les PH en poste.

Dans toutes les régions, après étude chiffrée, le ministère a observé une augmentation des prises de disponibilités des PH et de façon parallèle une augmentation des contrats de type 2. Cela montre bien le ras-le-bol généralisé des PH et la légitimité des revendications portées par APH concernant leurs conditions de travail et la reconnaissance de celui-ci.

On voit bien qu'à force d'insatisfactions, usures et attentes sans réponse, le contrat de type 2 casse le corps de PH. Le salaire gagné par les praticiens en contrat de type 2 est nettement au-dessus des personnels non médicaux et vient augmenter les clivages dans les équipes ainsi que la défiance des usagers vis-à-vis des médecins. Rappelons que le salaire médian en France est de 2100 € net mensuel. Bon nombre de Français font face actuellement à l'inflation dans la douleur et la précarité.

Enfin, en psychiatrie, il est primordial que le psychiatre, amené à prononcer des mesures de soins sans consentement, ait son indépendance totalement garantie par son statut.

Pour

La loi du 24 juillet 2019 puis l'ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visent à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

11 % des praticiens hospitaliers (PH) ont choisi d'exercer une activité libérale (AL) à l'hôpital, plus de la moitié en chirurgie. L'exercice fait l'objet d'un contrat d'une durée de 5 ans, conclu entre le praticien concerné et l'hôpital. Cette activité permet de fixer, avec tact et mesure, des honoraires et de les percevoir, de donner plus de liberté à l'organisation temporelle et de prendre en charge personnellement des patients, temps différent de l'enseignement ou de l'activité administrative. Le PH cotise sur son AL directement à l'URSSAF et la CARMF. L'activité en secteur 2 est ainsi possible.

Le lien de confiance et de proximité entre le praticien et le patient libre de son choix en est renforcé. Les patients sont souvent rassurés de savoir qui va les opérer.

La présence assurée d'un praticien en consultation libérale, dans l'établissement rassure les équipes et les plus jeunes collègues confrontés à des difficultés en garde.

L'AL est bien encadrée. Il faut exercer au moins 8 ½ journées par semaine à l'hôpital, ne pas excéder 20 % de la durée de service, exercer la même activité en secteur public, réaliser un nombre d'actes supérieur en public, adhérer à la convention de l'assurance maladie.

L'assurance maladie communique au directeur et au président de la commission de l'AL, le nombre de consultations, d'actes qu'effectue le PH et ses dépassements d'honoraires éventuels, ce qui permet de fixer le versement, par le PH, d'une redevance à l'établissement.

La commission d'AL veille à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires.

L'AL est bien encadrée par la réglementation et donne plus de liberté aux PH.

Exercice libéral en établissement public de santé : analyse du rapport de la Cour des Comptes d'octobre 2023

Dans son rapport (<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-etablissements-de-sante-publics-et-privés-entre-concurrence-et-complementarite>, pages 57 à 68), la Cour des Comptes fait quelques remarques pertinentes sur l'exercice libéral en établissement public de santé, son financement, ses incohérences et cela en le plaçant dans le contexte actuel de fortes tensions démographiques médicales et d'une concurrence féroce entre les différents établissements d'un territoire, qu'ils soient publics ou privés. En voici quelques morceaux choisis et résumés.

Statutairement, l'exercice libéral peut être pratiqué par les praticiens de l'hôpital public. La réglementation impose qu'ils n'y consacrent que 20 % de leur temps de travail – soit deux demi-journées par semaine pour un temps plein – et pas plus de 50 % de leur activité.

« Le praticien hospitalier titulaire exerçant une activité libérale au sein de l'établissement public qui l'emploie perçoit, en sus du salaire versé par l'établissement, les honoraires et dépassements éventuels qu'il facture à ses patients. En contrepartie, il verse à son établissement une redevance fixée par voie réglementaire dont le taux s'échelonne entre 15 % et 60 % des honoraires perçus, selon la nature des consultations ou des actes et du statut universitaire ou non de l'établissement. »

« Les règles de cotation des actes par les praticiens libéraux valorisent fortement les spécialités à forte intensité médico-technique (chirurgie, cardiologie, radiothérapie, radiodiagnostic) et beaucoup moins l'expertise intellectuelle (pédiatrie, psychiatrie). »

« Du point de vue de l'assurance maladie, ce dispositif conduit à lui faire payer deux fois une partie des actes et prestations concernées. En effet, les honoraires versés au praticien par le patient couvrent son temps de travail et les moyens mobilisés par l'établissement à l'appui de son activité (qui justifie la redevance reversée à l'établissement), tandis que le tarif du groupe homogène de séjour (GHS) payé par l'assurance maladie inclut déjà le salaire du praticien et l'ensemble des frais liés à la prise en charge

du patient. Ce double paiement du temps médical par l'assurance maladie n'est pas pris en compte aujourd'hui. Il constitue une incitation pour les établissements publics à développer l'activité libérale. »

Cette anomalie explique la grande tolérance des directions hospitalières vis-à-vis de cette activité qui leur permet de dégager une marge plus importante sur cette activité que sur l'activité publique.

Les établissements doivent mettre en place une commission locale de l'activité libérale afin de veiller au respect de la réglementation (Articles R6154-11 à 14 du CSP). Depuis 2017 des commissions régionales complètent ce dispositif (Articles R6154-15 à 19 du CSP).

La marge de manœuvre des commissions locales de régulation est en conséquence fortement réduite, ce qui est aussi relevé dans le rapport :

« Les contrôles d'établissements de santé réalisés par les juridictions financières depuis 2018 mettent par ailleurs en évidence que les limites posées à l'exercice libéral en établissement public sont aisément contournées, en raison du contrôle insuffisant et de la tolérance vis-à-vis des fréquents abus. Outre les conséquences économiques et juridiques, les difficultés de mesure et de contrôle de l'activité libérale en EPS emportent également des risques importants en termes de sécurité des soins (en cas de non-respect du repos de sécurité, notamment). Au-delà de ce constat, il apparaît que la maîtrise de l'activité libérale par des pourcentages de temps

et d'activité des praticiens hospitaliers souffre de lacunes à l'origine de nombreuses dissensions ou malentendus dans les établissements. Ainsi, lorsqu'un praticien hospitalier est également universitaire, l'assiette de calcul des 20 % de son temps pour l'activité libérale n'est pas clairement définie. Il n'est pas précisé, non plus, si cette assiette doit, ou peut, intégrer des actes réalisés par des internes ou des médecins à titre étranger dont les médecins titulaires endossent la responsabilité. »

Autres activités complémentaires statutaires

Les rémunérations sont plus attractives en clinique qu'à l'hôpital pour certains spécialistes sous réserve d'un exercice mixte, de situations hybrides ou du cumul d'autres activités.

Parmi ces activités rémunérées cumulables, on peut citer les activités présentant un caractère d'intérêt général, les œuvres de l'esprit, les expertises, les formations, l'enseignement, les activités sportives et culturelles et les activités de conjoint collaborateur. Certains praticiens perçoivent de plus des avantages significatifs du fait de partenariats ou de collaborations avec des entreprises du domaine de la santé.

Il existe donc pour un praticien hospitalier, universitaire ou non, de multiples façons de « gonfler » sa rémunération. L'exercice libéral en est une mais bien d'autres existent et permettent à quelques « happy few » de s'assurer une rémunération plus confortable sans nécessairement travailler beaucoup plus.

Ce n'est pas le cas de la permanence des soins qui, certes, majore les rémunérations mais au prix d'un temps de travail supplémentaire et d'une sujétion plus importante. Il n'en est d'ailleurs fait presque aucune mention dans ce rapport en dehors de ce paragraphe.

Les « établissements publics disposent d'une organisation de travail plus souple (NdR : possibilité de déroger au temps de travail maximal de 48 h avec le temps additionnel) que les établissements privés mais avec des obligations de garde et d'astreinte plus contraignantes pour les praticiens concernés. »

Le cumul de ces activités que l'on peut parfois observer est quant à lui plus choquant. Encore plus quand il s'ajoute à des fonctions managériales, de responsabilités hiérarchiques ou même fonctionnelles. Le risque de conflit d'intérêts est bien réel.

L'exercice libéral en établissement public de santé est un iceberg qui cache une forêt d'activités lucratives diverses et variées. Ce rapport met en lumière l'étendue de ces rémunérations accessoires, la fragilité de la réglementation ainsi que la faiblesse des contrôles prévus. La Cour des Comptes préconise donc une réforme du financement par l'assurance maladie ainsi qu'un renforcement des contrôles de cette activité libérale hospitalière.

La position d'APH

Sur l'ensemble de ces sujets, la position d'APH est claire : le cadre réglementaire est la limite à ne pas dépasser et nous ne pouvons qu'encourager nos tutelles à mettre en place les dispositifs de contrôle adaptés à tous ces exercices parallèles. Le système actuel, hérité des Ordonnances de 1958, permet cela et ce n'est pas à nous de proposer quelque évolution réglementaire en ce domaine. Il nous semble tout aussi évident que nous aurons aussi beaucoup de mal à défendre des collègues qui se seraient fait prendre les doigts dans le pot de confiture.

Nous sommes cependant opposés à trop de cumul et en particulier celui des fonctions managériales avec ces activités annexes. En effet, les tensions sont si élevées aujourd'hui dans les services de soins qu'il est impensable que les responsables médicaux en soient absents ou occupés à d'autres activités plus lucratives. Les frontières avec le conflit d'intérêts, l'abus de bien social ou le détournement de fonds publics sont d'autant plus ténues que ces activités accessoires se cumulent. Il faut en avoir conscience. La position hiérarchique institutionnelle pour un praticien « cumulard » peut être, dans ces conditions, intenable et conduire à des conflits institutionnels ou entre praticiens qui ternissent l'image de l'établissement et du corps médical. Là encore, le bon sens, la raison et la modération doivent primer, à trop vouloir s'approcher du soleil, on finit souvent par perdre ses ailes...

Yves Rébufat, délégué général d'APH,
président exécutif d'Avenir Hospitalier

Une proposition de loi pour établir un ratio patient/soignant

Bernard Jomier est sénateur de Paris, il a été président de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France dont le rapport a été rendu public en mars 2022. Des entretiens qui ont été réalisés, la nécessité d'ajuster les effectifs de soignants avec la charge de travail demandée semblait se répéter tout au long des auditions. Ce qui peut sembler une évidence pour toute entreprise de biens et de services ne l'était visiblement pas pour l'hôpital public.

Actu'APH : Vous avez déposé il y a un peu plus d'un an une proposition de loi (PPL) au Sénat relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé, quel en est l'objectif et à quelle échéance ?

Bernard Jomier : L'hôpital traverse une crise complexe depuis de nombreuses années. Bien que le Ségur de la santé ait partiellement répondu à la problématique de rémunération des professionnels de la santé, il n'a pas pris en considération les conditions de travail. Cette crise, qui englobe également une crise de sens, contribue à la pénurie de soignants. Il y a un problème d'attractivité. Malgré l'attrait persistant des métiers du soin, comme en témoignent les choix des lycéens sur la plateforme Parcoursup, nous faisons face à une situation où de nombreux professionnels formés évitent d'exercer leur métier à l'hôpital.

La formalisation d'un nombre minimal de soignants par patient entend donc garantir de bonnes conditions de travail aux soignants.

Cela envoie un message clair indiquant que nous allons restaurer leur qualité de vie au travail et permettre aux soignants de disposer du « temps nécessaire » pour le patient.

Si cette loi est définitivement votée, ce sera à la HAS d'établir ces ratios. Pour cela, il faut lui laisser le temps d'analyser les besoins en santé des patients en fonction des spécialités et de décliner les ratios au plus près

des établissements. C'est un processus de plusieurs années.

Actu'APH : Quelles sont les circonstances de la genèse de cette PPL ?

Bernard Jomier : En 2022, j'ai présidé la Commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France avec Catherine Deroche comme rapporteure. Lors des auditions, nous avons été marqués par le sentiment de perte de sens au travail parmi les personnels soignants. Or, cette perte de sens vécue est fortement liée au manque de temps pour assumer les missions dans de bonnes conditions. Beaucoup de soignants expriment le sentiment de ne plus être bien traitants avec les patients. Ce trouble est profond et y répondre est impératif.

Une perte de sens au travail
fortement liée au manque de temps
pour assumer les missions dans de
bonnes conditions !

La proposition de loi que j'ai présentée découle directement des conclusions de notre rapport.

Les comparaisons internationales et la littérature scientifique viennent renforcer ma position. Les États-Unis dans l'État de Californie, le Québec, et l'Australie dans l'État de Victoria ont mis en place des ratios patients/soignant avec des résultats très positifs : là où ces ratios sont appliqués, les soignants reviennent à l'hôpital pour un accompagnement au juste soin !

Actu'APH : Certains détracteurs ont évoqué le risque important de fermeture de lits et de services si cette loi était appliquée. Que leur avez-vous répondu ?

Bernard Jomier : L'objectif est de sortir de la logique des flux tendus qui désorganise les soins et épuise les personnels. Le manque de marge de manœuvre face aux fortes variations d'activités abîme l'hôpital. La souplesse sera donc nécessaire pour s'adapter aux besoins des patients, qui ne sont pas les mêmes selon les établissements et les services.

Sortir de la logique des flux tendus qui désorganise les soins et épuise les personnels !

Si les ratios étaient appliqués brutalement, alors oui, le risque de fermeture de lits et de services pourrait exister. C'est à l'opposé de ce que je propose dans le texte de loi : définir une cible à atteindre grâce à une entrée en vigueur progressive. Cela permettra d'évaluer au plus près du terrain la charge de soins des différents postes.

C'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui sera chargée d'élaborer une stratégie progressive d'adoption des ratios. Renforcer les capacités des services sur le moyen terme doit passer par l'indication d'une trajectoire par exemple d'une infirmière pour 12 patients en 2024, puis une pour dix en 2026.

Enfin, nous proposons un mécanisme d'alerte lorsque le ratio soignant/patient est trop bas dans les services hospitaliers.

Actu'APH : D'autres ont évoqué la difficulté à mesurer la charge de travail et qu'un service X d'un établissement A n'a pas nécessairement la même activité qu'un service Y d'un établissement B, même si sur le papier, ils sont censés avoir la même activité. Que répondez-vous à cela ?

Bernard Jomier : Une fois la proposition de loi définitivement votée, la HAS aura 2 ans pour établir un cadre national par spécialité et par type d'activité et définir un ratio minimal de soignants par lit ouvert, ou, pour les activités ambulatoires, par nombre de passages.

Les commissions médicales d'établissement (CME) et



commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ou les instances analogues dans les établissements privés seront ensuite en charge de préciser les ratios de l'établissement. C'est la logique de qualité des soins qui sera donc prioritaire pour chaque service, chaque spécialité. Nous devons tourner la page des ratios financiers qui ont détruit l'hôpital et ouvrir celle de la primauté de la qualité des soins.

Actu'APH : Les coûts supplémentaires engendrés par une telle mesure ne risquent-ils pas de mettre à mal l'hôpital public qui peine aujourd'hui à se financer ?

Bernard Jomier : Nous devons investir dans l'hôpital public. Même le Premier ministre le dit ! Et sortir des décisions à courte vue pour redonner du sens à l'investissement.

Une étude australienne publiée dans « The Lancet » a établi que les 33 millions de dollars australiens dépensés en deux ans pour employer 167 infirmiers, de manière à diminuer la charge de soins, ont permis de gagner 69 millions en coûts évités.

En plus d'une amélioration des indicateurs de santé et de la qualité de vie au travail, l'instauration des ratios « patients par soignant » constitue un investissement positif en termes financiers.

Oui, embaucher des soignants coûtera de l'argent dans un premier temps. Il s'agit d'un choix politique pour sauver nos hôpitaux qui se révélera payant à moyen terme !

La distorsion actuelle entre les missions que la société demande aux hôpitaux de remplir et les moyens qui

leur sont accordés les mêmes dans le mur, ou plus exactement vers un effondrement.

Actu'APH : De nombreuses études montrent que la qualité de vie au travail des soignants est corrélée à la qualité et à la sécurité des soins, que l'absence de qualité ou de sécurité conduit à des surcoûts des prises en charge. Le financeur du système de santé (la Sécurité Sociale) ne devrait-il pas se pencher sur cet élément qui pourrait être un des leviers pour financer cette mesure phare que votre PPL propose ?

Bernard Jomier : Tout à fait. Toujours en Australie : une étude menée a démontré qu'une diminution d'une unité du ratio « patients par infirmier » entraînait une réduction de la mortalité à 30 jours de 7 %, une baisse de 7 % des réadmissions dans la semaine, et une diminution de la durée de séjour de 3 %. L'assurance maladie, en investissant dans la QVT des soignants, récupèrera 2 fois son investissement : en gains de santé et

en économies, mais pour cela il faut se placer dans une perspective de moyen terme.

Actu'APH : Votre projet de loi a été adopté par le Sénat avec 257 voix pour, 16 sénateurs ayant voté contre le 1^{er} février 2023. Quel parcours législatif doit encore suivre ce texte pour qu'il puisse être appliqué ?

Bernard Jomier : Nous sommes dans ce qu'on appelle la navette parlementaire. La proposition de loi doit désormais être examinée par les députés et être adoptée dans les mêmes termes par les deux assemblées. Elle doit pour cela être inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale soit par un groupe politique ou par le gouvernement. Emmanuel Macron s'est dit réticent à ce système de ratio patients/soignant alors que les soignants, eux, y sont très favorables. C'est donc aux députés de se saisir de la proposition de loi...



remercie



Association
des Praticiens Hospitaliers Non Universitaires



GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ

pour leur soutien financier

« Ruer dans les brancards » : une mortalité évitable

Est-il éthiquement acceptable de fermer les yeux sur une mortalité évitable ? Une étude récente – réalisée par la SFMU démontre l'inacceptable : une mortalité hospitalière augmentée de 46 % liée à l'attente-brancard aux urgences. Pourtant les solutions existent et pourraient être mises en œuvre rapidement.

Les alertes des professionnels de l'urgence sur la surcharge des services d'urgence datent de plus de 10 ans. Déjà, en 2013, afin d'être entendu par la ministre Marisol Touraine, Samu-Urgences de France avait lancé un mouvement « l'appel du 15 octobre 2013 : les urgentistes arrêtent de chercher les lits d'hospitalisation ». En 2019, une alerte réalisée par la SFMU auprès de la ministre Agnès Buzin, exprimait les données des publications scientifiques internationales démontrant **la surmortalité hospitalière** liée à l'« overcrowding des urgences » de plus de 9 % pour les patients « toutes pathologies confondues » et de plus de 30 % pour les patients les plus fragiles.

Fin 2022 devant une situation à nouveau tendue, SUdF et la SFMU mènent une nouvelle démarche conjointe, nouvel appel de désespoir des professionnels de l'urgence pour alerter nos autorités.

SUdF met en place une méthode déclarative, le « **No-DEAD** » : il s'agit d'un recueil **des décès inattendus liés à l'attente-brancard** dans les urgences pour dénoncer cette **surmortalité devenue si intolérable** qu'elle menace la pérennité même des structures d'urgence.

Simultanément une démarche scientifique est portée par la SFMU (Melanie Roussel et Yonathan Freund) pour démontrer scientifiquement cette surmortalité : « *Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients*¹.»

Les résultats du « No-BED-Night » sont publiés depuis novembre dans une grande revue scientifique internationale : le JAMA. Ils sont alarmants : sur 97 SAU, 1749 patients de plus de 75 ans dont 44 % ont passé la nuit aux urgences en attente d'hospitalisation, la mortalité hospitalière est passée de 15,7 % si brancard vs 11,1 % si hospitalisé dans une chambre, soit une augmentation de la mortalité de 46 %. Et pour les patients les



plus fragiles, cette mortalité était multipliée par 2,2.

Comment peut-on accepter cette surmortalité évitable ? Que pouvons-nous faire – nous soignants ? Cette maltraitance-brancard est devenue le principal facteur de démission des professionnels de l'urgence. **Cette spécialité de médecine d'urgence est une passion**, un choix parfaitement assumé par les professionnels de l'urgence qui s'y engagent malgré les contraintes horaires. Mais ces professionnels de l'urgence refusent désormais de cautionner cette non-qualité imposée, contraire aux valeurs profondes de notre métier.

Nos responsables politiques seront-ils « touchés » par ces résultats scientifiques qui soulèvent de graves questions éthiques ou seront-ils « coulés » en restant aveugles et sourds devant ces résultats criants ?

Les solutions existent, rester dans un immobilisme devient coupable. Nous souhaitons la mise en place sans délai des solutions proposées par les professionnels dans le Pacte de refondation des urgences : besoin journalier minimal en lits, partenariats public-privé, obligation de participer à la PDS et à l'aval des urgences. Nos patients le méritent pleinement.

Agnès Ricard-Hibon - SUdF

1 - Melanie Roussel et al. JAMA Intern Med, November 6, 2023