

Paris, le 15/09/2022

Réponses d'Action Praticiens Hôpital à la mission IGAS sur le bilan des mesures estivales.

ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL

venir
hospitalier

aph

CPH
CONFEDERATION DES PRATICIENS
DES HÔPITAUX

SNPHAR^e

SPHP
SYNDICAT DES PRATICIENS
DES HÔPITAUX PUBLICS

SAMU
Urgences
FRANCE

Sph

syngof

SNBH

USP

NGC
Néologisme National de Génétique Clinique

Les Biologistes
Médicaux
de France - Biologistes Unifiés

SNPADHUE

Logo of SNPADHUE

fnap

S M H

SNPeH

SNPGH
SYNDICAT NATIONAL DES PHARMACIENS GÉNÉRALIS
ET HÔPITALIERS PUBLICS ET PRIVÉS

ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL



Action Praticiens Hôpital (APH), union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération de Praticiens des Hôpitaux, majoritaires aux dernières élections professionnelles pour les collèges des praticiens titulaires et contractuels répond à la demande de l'IGAS du 11 septembre. Notre réponse se limitera essentiellement à l'impact des mesures sur l'hôpital public, ses soignants et ses praticiens.

Sur les mesures de la mission flash, et en prérequis, il existe un biais puisqu'elles s'adressent essentiellement aux praticiens qui assurent la prise en charge initiale des urgences au sens large. Elles oublient un bon nombre de celles et ceux qui font fonctionner l'hôpital, participant de fait au diagnostic au traitement et au suivi des patients entrant par les urgences. De plus, ces mesures ignorent totalement certaines prises en charge urgentes (infarctus, AVC, chirurgie, ...) car les praticiens qui les assurent le font sous le régime des astreintes pour la plupart et n'ont bénéficié d'aucune sur-rémunération.

APH rappelle également certains principes de la Loi qui n'ont pas été respectés comme par exemple pendant toute la période Covid sur les mesures sur le Temps de Travail Additionnel (TTA) malgré les multiples requêtes d'APH pour que la réglementation soit respectée.

Ainsi les mesures concernant le doublement de la rémunération du TTA, dérogent aux articles réglementaires qui permettent aux praticiens de pouvoir récupérer ce temps de travail additionnel.

De plus, APH précise que le temps de travail des praticiens est invisibilisé sur la période 39 heures-48 heures comme pour l'ensemble du décompte de leur temps de travail qui n'apparaît pas sur leur fiche de paye contrairement à la législation prévue dans l'article L. 3243-1 du Code du travail. Le bulletin de salaire de chaque praticien devant effectivement faire apparaître, entre autres et de façon obligatoire, la période et le nombre d'heures auxquels se rapporte le salaire, en distinguant les heures payées au taux normal et celles payées en heures supplémentaires.

Le TTA, qui nous le précisons est un temps de travail au-delà des obligations de service, donc au-delà de 48 heures hebdomadaires, nécessitant un accord du praticien et doit pouvoir être récupéré en étant abondé de la même manière que pour le TTA payé aux praticiens. Des mesures fiscales complémentaires ou des bonifications retraites auraient dû être prises pour

que la Nation et le gouvernement reconnaissent l'engagement des hospitaliers.

APH demande des mesures fiscales avec maintien des cotisations sociales pour les retraites sur ce TTA comme une analyse précise du nombre total d'heures réalisées par les praticiens et les soignants hospitaliers.

En l'absence de récupération, l'épuisement professionnel des praticiens et les risques psycho-sociaux deviennent légion et sont parmi les facteurs de risque de surmortalité chez ces praticiens, d'erreurs médicales dans leur pratique quotidienne comme de désaffection de l'Hôpital Public.

1/ La position d'APH sur le dispositif dans son ensemble

Reconnaissons, par contre, que pour la première fois la prise en compte de la pénibilité de la Permanence Des Soins (PDS) est au moins abordée dans ces mesures. Même si nous avons vécu une fonte de la majoration entre les propositions de la mission et les décisions estivales de la Première Ministre puisque le doublement prévu a diminué de moitié : APH se demande pourquoi ?

Pour APH, un chantier Permanence Des Soins doit immédiatement être ouvert et dans l'attente de ses conclusions il est urgent de maintenir a minima ces dispositifs estivaux.

Pour APH, ces mesures flash présentées comme du "damage control" ont eu un effet positif en limitant les conséquences d'une situation hospitalière préexistante de rationnement de l'offre de soins qui ne tenait compte ni des besoins de soin de la population, ni des forces en présence mais seulement d'injonctions parfois paradoxales entre course à l'activité, équilibre financier et une prétendue qualité de vie au travail.

Préconisation APH prioritaire : ouverture immédiate d'un chantier sur l'ensemble de la PDS et dans l'attente des résultats et des arbitrages maintenir ce dispositif en doublant les IS et en y intégrant les astreintes.

2/ Les mesures à retenir et à généraliser

a/ Mesures organisationnelles

APH précise que ces mesures flash ont dû être appliquées dans l'urgence sur une période de tension extrême couplée à une gestion de pénurie de soignants, de praticiens et de lits.

APH pense que la régulation médicale préalable à l'accès aux soins de nos concitoyens est une réponse à développer. Si ce point est retenu, ce nouveau paradigme doit être affiché et expliqué à la population au travers d'une campagne d'information autour de l'appel au médecin traitant ou au Samu-Centre 15 ou au SAS avant de se déplacer vers une structure de soins non programmé.

Préconisation APH : "Sur le principe d'appeler avant de vous déplacer », chaque citoyen doit comprendre s'il ne peut joindre son médecin traitant qu'il sera mis en contact avec un médecin régulateur SAS ou au CRRRA du Samu-Centre 15 qui va analyser la situation du malade ou de l'appelant c'est à dire son besoin de soin. La régulation médicale doit répondre de la manière la plus adaptée possible à la situation clinique décrite et apporter la réponse médicale adéquate en fonction des disponibilités des plateaux techniques à l'instant t.

b/ Mesures salariales

Outre l'ensemble de la PDS à revaloriser rapidement, la correction des anomalies d'ancienneté et leur impact sur la rémunération de base des praticiens hospitaliers est tout aussi urgente à réaliser.

Les praticiens nommés entre 1995 et 2020, qui ont largement contribué à la résilience de l'hôpital public durant le COVID, ont été les oubliés du Ségur. Ce sont aussi ces derniers pour qui les critères d'attribution d'ancienneté étaient les plus durs en début de carrière (statut de PH provisoire qui n'était pas comptabilisé dans la carrière).

Concernant l'astreinte, sa rémunération doit être indexée sur celle de la garde sur place. La pénibilité de certaines astreintes est grande, le décompte du temps de déplacement très souvent refusé par les administrations hospitalières et le forfait global n'inclut aucune durée de temps de travail et tout cela participe au sentiment d'injustice ressenti par les praticiens.

Nous précisons que si certaines astreintes ne sont pas suivies de déplacement, certaines se font sur appel téléphonique, parfois à plusieurs reprises pendant la même astreinte, dont la durée n'est pas comptée en temps de travail et la pénibilité n'est nullement reconnue.

APH rappelle que pour les gardes, les modalités de paiement différentes entre les universitaires et les hospitaliers est un non-sens. Un praticien perçoit sans majoration 277,19 euros bruts soit sur la période estivale

415,79 euros bruts quand un universitaire pour le même travail touche 496,43 euros bruts soit sur la période estivale 744,65 euros bruts.

Préconisations APH :

- Attribution immédiate et sans condition de 4 ans d'ancienneté à tous les PH nommés avant octobre 2020.
- Attribution d'ancienneté automatique au prorata du temps réalisé sous le statut de PH provisoire.
- Indexation des tarifs de l'astreinte à ceux de la garde sur place.
- Indexation immédiate des indemnités de sujétion des praticiens sur la base de celles des universitaires-enseignants.

Le temps de travail de praticien est invisibilisé et il n'existe aucune valorisation du temps de travail des praticiens entre la 39^{ième} heure de travail et la 48^{ième} heure comme pour les autres personnels de la FPH. Dans le système actuel le TTA est payé sous une forme de forfait qui ne tient pas compte de la grille de salaire du praticien ni d'aucune majoration comme c'est le cas pour les autres salariés de la FPH. Ainsi avec environ 25 euros nets de l'heure ces périodes sont valorisées en-dessous du salaire de base du praticien. Les mesures estivales corrigent très partiellement cette anomalie en portant ces montants horaires à 50 euros nets ce qui reste en-dessous du tarif horaire d'une majorité de praticiens. APH précise que les enseignants et les universitaires comme les internes sont exclus des mesures TTA ce qui est encore une aberration.

Préconisations APH : permettre aux internes et aux universitaires-enseignants de bénéficier s'ils souhaitent travailler au-delà de 48 heures hebdomadaires des mesures TTA. Valoriser le TTA proportionnellement au salaire du praticien en intégrant dans le coefficient de majoration que ces derniers travaillent au-delà de 48 heures, limite du temps de travail légal pour que l'accès aux soins des malades puisse être effectif dans certains territoires.

3/ Les freins et difficultés rencontrés

Sur le plan de la communication et de l'information, APH est persuadé que la lisibilité des mesures nécessite un affichage clair et lisible. Certaines directions hospitalières ont craint une absence de financement par le gouvernement de ces mesures et n'ont pas mis en œuvre certains recrutements nécessaires pour que l'ensemble des préconisations soient déployées. APH note sur les retours quotidiens du terrain des tensions liées à une mauvaise interprétation possible des textes publiés voire à une intention volontaire de ne pas appliquer ces mesures. APH a fait une demande claire au ministère de la Santé et de la Prévention et à la DGOS pour qu'une note d'information soit rendue publique.

Dans le cadre d'une transparence attendue de tous, le bilan financier détaillé de ces mesures devrait être publié.

Préconisation APH : afficher clairement les droits des praticiens de chacune des mesures préconisées avec diffusion immédiate à tous les PH et directions hospitalières.

Sur le plan organisationnel, il a été également difficile pour certaines directions de recruter certains personnels qualifiés sur des périodes aussi courtes et sur une période estivale.

L'analyse du nombre d'appels reçus aux Samu-Centre 15 présenté par la DGOS interroge grandement. Ces chiffres ne semblent pas refléter la réalité de ce que nous avons vécu cet été et ce n'est pas la première fois que nous partons de chiffres tronqués pour analyser une situation.

Préconisation APH : déployer au niveau national le dispositif OTN qui, outre la sécurisation de la gestion du système de téléphonie des appels santé, permettrait une analyse quantitative et qualitative fine de l'activité de ces centres d'appels pour optimiser la qualité de service comme la suppléance de ces centres.

Des questions se sont posées quant à l'accès au soin des personnes les plus vulnérables et/ou sans médecin traitant. Ce problème préexistait avant le déploiement de ces mesures. APH propose un travail collaboratif avec l'ensemble des partenaires pour mettre en œuvre des solutions pratiques et réalistes pour ces populations à risque.

Préconisation APH : améliorer l'articulation entre le médico-social et le système de santé pour dépister au mieux ces populations et leur apporter le juste soin auquel ils ont droit comme tout citoyen français.

4/ Les leviers d'action qui nous semblent pertinents

Dans la construction de ces mesures d'urgence pour maintenir un accès de la population lors d'un besoin de soin non programmé, APH pense que certains partenaires hospitaliers ont été oubliés. APH prône la sortie du principe du « tout urgence » dans la réponse à apporter à la population. APH s'étonne que dans les personnes qui ont porté la mission flash du Dr Braun, il n'y ait eu par exemple aucun PCME.

Dans l'analyse de l'impact de ces mesures, comme dans celle de l'état des lieux de la souffrance au travail des praticiens et des soignants le rôle et la place de la médecine du travail doit être primordiale comme celle des représentants des organisations syndicales. La criticité de la situation hospitalière en termes de RPPS pour ces personnels soignants et les praticiens éreintés par plus de 30 mois d'une crise sanitaire doit être envisagée en urgence. Pour APH, cet élément essentiel de prévention est à ce jour occulté voir nié par une communication qui indiquerait que la situation est sous contrôle.

Le principe d'une réflexion sur les besoins de soins de la population couplé à un bilan exhaustif et réaliste des moyens à disposition pour remplir cette mission régaliennne de l'Etat doit être initiée. APH demande également la mise en place de référentiels opposables sur les ratios soignants/praticiens et soignés.

La qualité de service du décroché des appels pour une demande de soins non programmée est un élément essentiel à analyser comme les aussi les demandes de soins urgents. La collaboration ville-hôpital et médico-social autour du principe de centraliser tous les appels sur un flux d'entrée unique pour éviter toute césure dans la gestion et le suivi de ces appels a été exemplaire dans de très nombreux départements.

Préconisation APH : intensifier la politique de déploiement des SAS et promouvoir le travail collaboratif ville-hôpital et médico-social pour optimiser le dispositif et améliorer la réponse à la population autour du principe du juste soin. Le rôle des HAD et leurs possibilités d'actions sur chacun des territoires devra également être analysé et publié...

Préconisation APH : améliorer les dispositifs de collaboration entre professionnels de santé somaticiens et psychiatres sans oublier les filières en tension comme la pédiatrie, la gériatrie, l'obstétrique, l'anesthésie-réanimation...

Préconisation APH : analyse des besoins de recrutement autour de cette nouvelle organisation pour optimiser le décroché en affinant sur les périodes de tension.

Préconisation APH : recrutement d'Assistant de Régulation Médicale (ARM) car il en faudrait aujourd'hui plus de 3 000 d'après la DGOS mais les CFARM ne vont pas pouvoir former tous ces personnels en si peu de temps. Cela oblige à prolonger le moratoire de qualification des agents en laissant la possibilité de recruter des personnels sur de nouvelles modalités. Les CRRA-SAS recrutent des agents avec un profil ARM, assurent leur formation initiale et pendant 1 an ces personnels sont des ARM en formation qui iront faire leur certification au décours de cette immersion dans les CFARM qui d'ici là auront eu le temps de monter en puissance. De plus cela évitera de payer des formations à des personnels qui ne correspondent pas à ce type d'emploi avec un taux d'abandon conséquent dans certains CFARM.

Préconisation APH : reconnaissance immédiate de la profession ARM comme soignants avec une grille de salaire en rapport avec la pénibilité de leur métier. L'Etat doit mener en parallèle un travail urgent sur cette profession qui joue un rôle essentiel dans le dispositif souhaité.

Préconisation APH : recrutement d'OSNP pour que ces derniers puissent soulager les médecins libéraux et les ARM pour organiser les prises de RDV comme l'envoi des Prescriptions Médicamenteuses par Téléphone.

La possibilité de mettre en œuvre sur les territoires, un système qui devant les entrées des urgences permet de valider la demande de soin et d'orienter l'appelant vers la bonne filière de soin est un point à réfléchir en fonctions des possibilités et des organisations en place.

Sur ce point, nous devons avoir une réflexion nationale sur autre message de prévention qui permettrait d'éviter de lire que nous mettons des filtres car nous répondons seulement aux principes de réponse adaptée à une demande de soins non programmée tout en assurant la continuité et la permanence des soins.

APH souligne que l'activité des urgences avec les réorientations par le CRRA, les appels aux portes des urgences comme les réorientations IOA a diminué cet été mais il nous faut observer d'une part le nombre d'hospitalisations des patients augmenté dans de nombreux établissements. Les urgentistes se sont concentrés sur leur cœur de métier mais de par les déclarations du nombre de patients brancards aux urgences tous les matins et le nombre de patients à hospitaliser leur charge de travail n'a pas diminué.

Pour APH aucun malade ne doit rester sur un brancard plus de 6 heures en attente d'un lit d'hospitalisation. Des études scientifiques montrent clairement que les malades brancards payent un lourd tribut en termes de morbi-mortalité de ce dysfonctionnement majeur par manque de lits dans les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés.

Préconisation APH : le Besoin Journalier Minimal en Lits à déployer comme l'indicateur No Bed Challenge.

APH s'inquiète de l'écueil possible des réorientations de malades depuis les urgences sur le financement des établissements. APH attire l'attention des pouvoirs publics sur les financements nécessaires pour que chacun puisse remplir ses missions de soins. Par exemple, jusqu'à présent le sous-financement des prises en charge aux urgences des malades les plus graves était compensé en partie par l'activité et la valorisation des patients CCMU 1 et 2.

Préconisation APH : maintien des financements sur la base 2019 à réviser proportionnellement si l'activité 2022 est supérieure ou si des embauches ont eu lieu entre 2020 et 2022.

APH rappelle que la qualité de vie des soignants et des praticiens est un élément essentiel de l'attractivité de l'hôpital Public. Dans la société actuelle, le travail est un élément à prendre en compte comme la formation, la vie de famille et le temps libre. Des mesures financières étaient attendues pour valoriser la PDS que ce soit en garde ou en astreintes mais également des mesures sur une gouvernance tournée vers la bienveillance et non uniquement focalisée sur l'activité, les équilibres financiers, l'accréditation des établissements...

Préconisation APH : penser à la qualité de vie de toutes et celles et ceux qui dans les structures d'urgence mais également dans l'hôpital tiennent depuis 30 mois. En termes de pénibilité quelle reconnaissance pour leur retraite ? Quelles mesures fiscales sont prévues (les médecins régulateurs libéraux bénéficient par exemple d'une défiscalisation jusqu'à 75 000 euros par an) ?

Nous avons toutes et tous vécu le problème du transport sanitaire cet été et plus particulièrement pour les malades les plus âgés dont certains pour des retours à domicile ont dû attendre plus de 12 heures sur des brancards. APH insiste également sur les difficultés d'engagement VSAV en carence avec des pertes de chance pour les malades sur des décisions unilatérales de non-engagement.

Préconisation APH : réorganisation efficiente du transport sanitaire en incluant une politique de mise à disposition de véhicules (VSL et/ou taxis +++) car avec en 2020 4,2 milliards de dépenses sur ce poste, le compte n'y est pas en termes d'efficience.

Jean-François Cibien
Président AH
Président APH
06 07 19 79 83

Carole Poupon
Présidente CPH
Vice-présidente APH
06 76 36 56 67

Yves Rébufat
Président exécutif
AH
06 86 87 62 76

ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL

