

# LE MAG DE L'INPH

1<sup>ER</sup> INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N° 19

SEPTEMBRE  
2020

QUADRIMESTRIEL  
GRATUIT



**SÉCUR DE LA SANTÉ  
DES ACQUIS... ET DES CHANTIERS !**

[WWW.INPH.ORG](http://WWW.INPH.ORG)

## BUREAU

**Présidente**  
**Dr Rachel BOCHER**  
 (CHU de Nantes)

**Délégué général**  
**Dr Patrick LEGLISE**  
 (SYNPREFH - Draveil)

**Secrétaire Général**  
**Dr Slim BRAMLI**  
 (FPS - Avignon)

**Membre du bureau chargé des CHU**  
**Dr Jean-Michel BADET**  
 (SNPH - CHU - Besançon)

**Vice-Présidente chargée Pharmacie**  
**Dr Mireille JOUANNET**  
 (SYNPREFH - Clermont-Ferrand)

**Vice-Présidente chargée des Urgences**  
**Dr Ouzna KERRAD**  
 (Poissy-Saint-Germain)

**Vice-Président chargé de la Médecine**  
**Dr Hugues AUMAÎTRE**  
 (SNMInf - Perpignan)

**Vice-Président chargé de l'Université Recherche**  
**Pr Bertrand DIQUET**  
 (SNHU - Angers)

**Secrétaire Général Adjoint**  
**Dr Patricio TRUJILLO**  
 (FPS - Etampes)

**Trésorier**  
**Dr Olivier DOUAY**  
 (SNPH - CHU - Angers)

**Trésorier adjoint**  
**Dr Bernard SARRY**  
 (SNOHP - Limoges)

**Vice-Président chargé de la Pédiatrie et de la Néonatalogie**  
**Dr Emmanuel CIXOUS**  
 (SNPEH - Roubaix)

**Vice-Président chargé des temps partiels**  
**Dr Alexandre ORGIBET**  
 (SYNPPAR - Paris)

**Vice-Présidente chargée de la Chirurgie**  
**Dr Maud CHABAUD**  
 (SCPF - Paris)

**Vice-Président chargé Psychiatrie**  
**Dr Michel TRIANTAFYLLOU**  
 (SPEP - Nanterre)

## 16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

<b>SNPH-CHU</b> Syndicat National des PH de CHU <b>Président</b> : Dr Jean-Michel BADET	<b>SNPEH</b> Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers <b>Président</b> : Dr Emmanuel CIXOUS
<b>SYNPPAR</b> Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel <b>Président</b> : Dr A. ORGIBET	<b>FPS</b> Fédération des Praticiens de Santé <b>Président</b> : Dr Slim BRAMLI
<b>SPEEP</b> Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire <b>Président</b> : Dr Emeline CHAIGNE	<b>SYNPREFH</b> Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé <b>Présidente</b> : Dr Mireille JOUANNET
<b>CNAH</b> Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux <b>Président</b> : Dr Jean-Marie FARNOS	<b>SNHG</b> Syndicat National Des Hôpitaux Généraux <b>Président</b> : Dr Alain JACOB
<b>SNMInf</b> Syndicat National des Maladies Infectieuses <b>Président</b> : Dr Hugues AUMAÎTRE	<b>SHU</b> Syndicat Des Hospitalo-Universitaires <b>Président</b> : Dr Olivier BOYER
<b>SPEP</b> Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public <b>Président</b> : Dr Michel TRIANTAFYLLOU	<b>SNOHP</b> Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics <b>Président</b> : Dr Patrick LARRAS
<b>SPHPF</b> Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française <b>Président</b> : Dr Marc LEVY	<b>SCPF</b> Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français <b>Président</b> : Dr Hélène LE HORS
<b>SPH</b> Syndicat du Service Public Hospitalier <b>Président</b> : Dr Erica MANCEL SALINO	<b>SYNDIF</b> Syndicat National Des Internistes Français <b>Président</b> : Pr Pascal ROBLLOT

## 16 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

# SOMMAIRE N°19

## 04 ÉDITORIAL

## ATTRACTIVITÉ ET FIDÉLISATION

### 06 Pilier 1 du Ségur

Transformer les métiers, revaloriser ceux qui soignent

### 12 Le Ségur de la Santé

Une victoire pour l'INPH !

### 16 Ségur de la santé et hospitalo-universitaires

Des engagements à tenir, une réforme à réussir

## SÉGUR DE LA SANTÉ ET FINANCEMENT

### 18 Ségur de la santé et financement

Au pied du mur

## SÉGUR ET GOUVERNANCE

### 26 Et la gouvernance hospitalière

Où en est-on ?

### 28 Leçons de crise

### 30 Pour un renouveau de la gouvernance hospitalière

### 33 Médicaliser la gouvernance, c'est aussi médicaliser la gestion !

## SÉGUR ET PSYCHIATRIE

### 35 Ségur et psychiatrie tout reste à faire

## SÉGUR ET POLITIQUE TERRITORIALE

### 37 Ségur et politique territoriale à l'épreuve du COVID

## ANNONCES

### 43 Les annonces de Recrutement



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

### Editeur & Régie publicitaire

Reseauprosante  
 M. TABTAB Kamel, Directeur  
 6, avenue de Choisy, 75013 Paris  
 Tél. : 01 53 09 90 05

Email : [contact@reseuprosante.fr](mailto:contact@reseuprosante.fr)  
 Web : [www.reseuprosante.fr](http://www.reseuprosante.fr)

### Maquette & Mise en page

We Atipik - [www.weatipik.com](http://www.weatipik.com)

Imprimé à 20 000 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

# LE MAG DE L'INPH

1<sup>er</sup> INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D<sup>r</sup> RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D<sup>r</sup> JÉRÔME FRENKIEL  
 D<sup>r</sup> ERIC OZIOL

Comité de lecture D<sup>r</sup> JEAN MICHEL BADET  
 D<sup>r</sup> EMMANUEL CIXOUS  
 D<sup>r</sup> MICHEL TRYANTAFILLOU  
 D<sup>r</sup> ALEXANDRE ORGIBET  
 D<sup>r</sup> MAUD WILLIAMSON  
 D<sup>r</sup> PATRICK LEGLISE  
 D<sup>r</sup> ANNIE SERFATY  
 D<sup>r</sup> ERICA MANCEL-SALINO

## SÉGUR 2020, LA SIGNATURE DE L'INPH UN ACCORD MAJORITAIRE COMME RAMPE DE LANCEMENT

Dans le cadre du pilier 1 du Ségur de la santé de juillet 2020, un accord majoritaire avec les Pouvoirs Publics a été signé par l'INPH le 13 juillet 2020 (en lire l'intégralité depuis notre site INPH).

Cet accord solide marque le début de la refondation de nos statuts de praticiens des Hôpitaux publics en perpétuelle évolution ; c'est un signal fort de reconnaissance. Il nous engage pour l'avenir au gré des défis de tous ordres, ceux d'aujourd'hui comme ceux de demain, qu'ils soient démographiques, économiques, pandémiques, scientifiques.

Cet accord du SÉGUR 2020 signé par l'INPH acte notamment une revalorisation réelle, quoique toujours insuffisante, de nos rémunérations.

Mais il est également important de souligner que plusieurs points attendus depuis longtemps ont enfin été pris en compte :

- ☑ Suppression des 3 premiers échelons des grilles salariales des PH.
- ☑ Eligibilité à l'IESPE en période probatoire.
- ☑ Revalorisation de la prime d'exercice territoriale (PET).
- ☑ Revalorisation de la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH).
- ☑ Valorisation des fonctions de chef de service.
- ☑ Revalorisation de l'engagement dans le service public des 50 000 médecins, pharmaciens et odontologistes éligibles à l'IESPE (du praticien attaché au PUPH) à hauteur de 1010 € brut quelle que soit leur ancienneté.
- ☑ Assurance pour les 40 000 praticiens hospitaliers d'une perspective de fin carrière revalorisée par l'ajout de 3 échelons supplémentaires.

Par ailleurs tous les éléments du protocole d'accord feront l'objet d'un comité de suivi, au moyen duquel les signataires veilleront à une parfaite exécution du protocole, notamment en ce qui concerne :

- ☑ L'engagement vis-à-vis des personnels Hospitalo-Universitaires quant à la nécessaire révision de leurs grilles salariales et l'urgente nécessité de réparer l'injustice de leur régime de retraite. C'est un fait reconnu et l'INPH veillera à ce que les engagements des Pouvoirs Publics pris pour gommer ce retard soient traduits dans les faits et dans un calendrier serré.
- ☑ Le temps de travail des praticiens et la prise en compte des contraintes de la permanence des soins, de ses difficultés et des conditions de sa valorisation.
- ☑ La consolidation de la Formation Médicale Continue.
- ☑ Les mesures de financement de la prévoyance santé des praticiens.

Ce Ségur 2020 marque avant tout la prise en compte par les Pouvoirs Publics du malaise ancien et persistant issu des rangs des praticiens hospitaliers du service public.

Toutefois la signature par l'INPH n'est pas un aboutissement. C'est une étape, un point de départ, une rampe de lancement.

On lira avec intérêt dans ce numéro du MAG de l'INPH, les analyses et témoignages des principaux acteurs de cette séquence du SÉGUR 2020, écrits aussi bien par ceux qui y soulignent les avancées, que par ceux qui en soulignent les manques.

La diversité de nos pensées, comme aussi le mélange de nos générations est la source de notre dynamisme.

**Débat,  
contradiction,  
majorité,  
action.**

Elle est notre marque de fabrique : débat, contradiction, majorité sont les trois piliers de notre action.

Le processus indispensable de rénovation de l'Hôpital doit donc se poursuivre et se poursuivra pour conduire à terme vers la nécessaire réforme de fond.

Voilà pourquoi il était indispensable de signer cet accord pour valider le commencement de l'évolution attendue par les professionnels depuis plus de 20 ans.

L'INPH veillera bien entendu à la stricte application des mesures de l'accord d'aujourd'hui et participera en tête dès le mois de septembre 2020 au comité de suivi ainsi qu'à l'application future des promesses que ce Ségur laisse en suspens.

Relevons aussi que cet accord porte le mérite d'être collectif et non catégoriel, ce qui était hélas trop souvent le cas aux termes des accords signés lors des décennies précédentes. Cet accord porte le mérite de valoriser pour une fois celles et ceux d'entre nous qui ont été trop longtemps les oubliés des réformes.

A l'évidence des évolutions significatives en matière de remédicalisation, de démocratisation de la gouvernance hospitalière, d'organisation territoriale de l'offre de soins et de financement de notre système de santé bien qu'évoquées n'en restent pas moins encore en souffrance.

Elles sont inscrites en tête de nos revendications syndicales d'aujourd'hui.

Chacun aura compris que Ségur en appelle déjà un autre.

Et s'il devait y avoir un regret, ce serait celui de n'avoir pas pu fédérer l'ensemble des personnels concernés.

Mais ainsi va la démocratie.

Une majorité des formations syndicales reconnues s'est engagée et a pris ses responsabilités.

Comme toujours des acteurs minoritaires n'ont pas pu ou pas su se faire entendre, probablement troublés par des visions plus catégorielles de ce qui nous semble devoir être l'Engagement dans le service public.

Pour sa part l'INPH a été écouté et entendu. Ainsi cette urgente et nécessaire majorité d'accord a été trouvée.

Je nous en félicite collectivement tant je connais le travail important qui a été fourni par chacune et chacun d'entre nous, lucides et exigeants, attentifs et responsables, déçus parfois mais confiants que ce moment autorisait notre signature.

La fidélité de l'engagement dans le service public est la marque de fabrique de l'INPH.

Voilà sans doute pourquoi les mesures non favorables au « zapping public/privé » ont trouvé écho auprès du plus grand nombre.

Le service public français de santé a besoin de reconnaissance et de rénovation, fait d'acteurs de qualité, en nombre suffisant, résistants aux chants des sirènes, et par conséquent impliqués sur toute la durée d'une carrière, au bénéfice des patients, quels qu'ils soient. Parce que c'est juste !

Tout simplement juste !

Ceux-ci sont en droit de prétendre aujourd'hui comme demain à des équipes professionnelles soignantes motivées et fidélisées dans un service public du XXI<sup>ème</sup> siècle.

Le Ségur 2020 est signé grâce à l'INPH qui a toujours milité contre la politique de la chaise vide.

Alors tout commence.

Présidente de l'INPH  
Dr Rachel BOCHER



**La fidélité de  
l'engagement dans  
le service public  
est la marque de  
fabrique de l'INPH.**

# PILIER 1 DU SÉCUR

# TRANSFORMER LES MÉTIERS, REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT



**Dr Patrick LÉGLISE**  
Vice-président du SYNPREFH  
Délégué général de l'INPH

**L'objectif annoncé du pilier 1 du Ségur de la santé était de revaloriser les rémunérations et les carrières et développer les compétences et les parcours professionnels à l'hôpital et dans les EHPAD.**

L'hôpital public est aujourd'hui confronté à une crise de démographie médicale en partie liée à la baisse d'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires. Cette baisse d'attractivité est matérialisée par un taux de vacance statutaire d'environ 30 % pour les praticiens hospitaliers plein temps et d'environ 50 % pour les temps partiels.

Ce retour d'attractivité ne peut pas se faire sans une revalorisation significative de l'ensemble des rémunérations, sans l'assurance d'une continuité des carrières et sans la reconnaissance de valences dites « non cliniques ».

Pour exemple, au cours des 20 dernières années la grille indiciaire des PH a augmenté de 10 % (0,5 %/an) alors qu'en parallèle l'inflation a été de 33 % et le SMIC revalorisé de 63 %. Ce qui correspond à une baisse de pouvoir d'achat de plus de 20 % en 20 ans. Par ailleurs à la création du statut en 1984 un praticien hospitalier démarrait

sa carrière avec une rémunération équivalente à 4 fois le SMIC alors qu'actuellement nous en sommes à 2,5 fois le SMIC. Si on rajoute les comparaisons internationales montrant que la France est en queue de peloton sur les niveaux de rémunération des professionnels de santé, ces chiffres montrent bien qu'au cours des dernières décennies il y a eu une dévalorisation constante des carrières médicales hospitalières.

Par ailleurs, au-delà des négociations de revalorisation salariale, la mission coordonnée par Nicole Notat a proposé d'explorer plusieurs axes de réflexion :

- Développement des exercices mixtes ;
- Modernisation de la gestion de carrière et des compétences ;
- Promotion de la qualité de vie et de la santé au travail ;
- Promotion du dialogue à l'hôpital.



## LES PROPOSITIONS DE L'INPH

L'INPH a proposé une série de mesures et de principes visant à garantir et promouvoir les statuts de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires afin de recréer les conditions d'attractivité de l'hôpital public :

- ◻ **Revaloriser la grille de rémunération des PH globalement de 30 %** qui n'a pas évoluée significativement depuis plus de vingt ans.
- ◻ **Aligner et revaloriser les grilles des émoluments hospitaliers des PU-PH et MCU-PH** sur une grille unique revalorisée de 30 % avec une progression rapide en début de carrière.
- ◻ **Aligner les grilles de rémunération des praticiens contractuels** (Chef de clinique, assistant spécialiste, praticien attaché, ...) sur la grille de rémunération des PH.
- ◻ **Améliorer la rémunération des jeunes PH** en supprimant les trois premiers échelons de début de carrière.
- ◻ **Revaloriser significativement la prime d'engagement de service public exclusif** dès 2020, 2000 € mensuels sans condition d'ancienneté dans le statut, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.
- ◻ **Préserver et renforcer la nomination nationale des PH** à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG.

- ◻ **Sanctuariser le cœur du statut HU** en garantissant l'indissociabilité de la fonction HU : soin, enseignement et recherche.
- ◻ **Intégrer automatiquement les MCU-PH** hors classe titulaires d'une Habilitation à Diriger les Recherches dans le corps des PU-PH.
- ◻ **Accorder l'utilisation du titre de « professeur »** à tous les MCU-PH et aux PH détenteurs d'une HDR.
- ◻ **Décontingenter** l'accès à la Hors-Classe des MCU-PH et à la Classe Exceptionnelle des PU-PH.

- ◻ **Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH**, (par exemple sur le modèle des PAST) qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération et valorisation universitaire (l'institution d'enseignement ou de recherche). Ces valences permettent un exercice pluriel de la carrière de praticien hospitalier grâce un parcours diversifié et valorisant.
- ◻ **Prendre en compte les missions d'enseignement et de recherche** des hôpitaux dans le calcul des effectifs cibles de praticiens.



- ☒ **Autoriser un congé des PH pour formation/recherche/re-conversion** avec maintien du salaire pour une durée d'un trimestre par deux ans travaillés à plein temps dans la limite d'un an de congé (à l'image des HU). Ces dispositions sont déjà possibles avec la recherche d'affectation mais il faudrait élargir le « quota » et permettre le retour sur l'établissement à l'issue d'une formation longue.
- ☒ **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice en cours de carrière** en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H vers HU en cours de carrière.
- ☒ **Améliorer les conditions d'exercice**, en « repyramidant » la charge des gardes sur une car-

rière par un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière.

- ☒ **Rapprocher certaines dispositions statutaires des HU de celles des PH** pour les conditions d'exercice hospitalier (accès au temps partiel, congés etc.) et proposer une véritable retraite hospitalière aux HU.
- ☒ **Reconnaître le temps du dialogue social** par la création de valences syndicales.
- ☒ **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice** en cours de carrière en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H vers HU en cours de carrière.

- ☒ **Proposer aux HU volontaires la possibilité d'un exercice « hors les murs »** en créant des postes universitaires là où apparaissent des besoins et des spécificités.
- ☒ **Favoriser la mixité des exercices** en proposant des postes de PH temps partiel pour permettre à des jeunes médecins de s'installer en libéral progressivement avec, en échange, un engagement pour participer à la continuité des soins, participer aux staffs, à la formation des étudiants du service... **Il ne s'agit pas d'un poste contractuel (qui peut être arrêté à tout moment), mais d'un vrai poste de PH initialement de minimum 40 % avec nomination nationale.**

- ☒ **Réformer les conditions du recours à l'emploi contractuel à l'hôpital** pour mieux répondre à certains besoins de temps médical en complément du statut de praticien hospitalier qui restera le mode privilégié d'emploi à l'hôpital.
- ☒ **Définir des objectifs au sein de chaque établissement** en lien étroit avec le projet médical s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité pour le patient et de la pertinence des soins.
- ☒ **Généraliser des entretiens de carrière** et créer des viviers de compétence.
- ☒ **Reconnaître les activités non cliniques** par des valences.
- ☒ **Reconnaître les passerelles** entre spécialités.
- ☒ **Mettre en place un plan national de formation.**
- ☒ **Simplifier le développement professionnel continu.**
- ☒ **Mettre en place des formations au management.**

- ☒ **Faciliter des passerelles entre public et privé** par une refonte statutaire allant jusqu'à la reconnaissance du statut de praticien hospitalier à quotité réduite de temps afin de permettre les exercices mixtes.
- ☒ **Valoriser les remplacements** des praticiens au sein d'un GHT.
- ☒ **Rendre impossible** la rémunération des médecins intérimaires au-delà des conditions réglementaires.
- ☒ **Systematiser les réunions de service.**
- ☒ **Garantir le bon fonctionnement** des commissions régionales paritaires.
- ☒ **Rendre obligatoire une visite médicale** régulière pour les praticiens.

En ce qui concerne spécifiquement les personnels enseignants et hospitaliers, un travail sera engagé, en lien avec le MESRI, sur un réaménagement de la grille des échelons concernant la valence hospitalière.

Dans le cadre de la réforme des retraites, une attention particulière sera portée à la situation des personnels enseignants et hospitaliers et particulièrement les questions relatives :

- À la durée de cotisation et l'exclusion aujourd'hui des services hospitaliers réalisés avant la nomination en qualité de HU.
- À la prise en compte dans l'assiette des émoluments et des indemnités perçues au titre de l'exercice hospitalier.
- Au renforcement du dispositif d'abondement des plans d'épargne-retraite par leur établissement prévu par le décret n°2007-527 du 5 avril 2007.

## LES ACCORDS DU SÉCUR RELATIF AUX PERSONNELS MÉDICAUX

Ces accords viennent compléter les mesures déjà engagées dans le cadre du plan « investir pour l'hôpital » présenté en novembre 2019 dans le cadre de la transformation de notre système de santé « Ma santé 2022 » :

- Augmentation de la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH) et élargir le nombre de bénéficiaires.
- Augmentation de la prime d'exercice territorial et élargir le nombre de bénéficiaires.
- Suppression des 3 premiers échelons de la grille indiciaire des praticiens hospitaliers.
- Valoriser et revaloriser les fonctions de management médical (chefs de service, chef de pôle et président de CME).
- Rendre éligible à IESPE les praticiens hospitaliers en période probatoire.



- ☒ **Fixer le montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) à 1010 € bruts mensuels** pour tous les praticiens éligibles à compter 1<sup>er</sup> mars 2021 afin de valoriser l'engagement dans le service public hospitalier. Une première revalorisation de l'ancien premier palier (moins de 15 ans d'ancienneté d'IESPE)

à hauteur de 704 € bruts mensuels interviendra dès le 1<sup>er</sup> septembre 2020.

- ☒ **Créer 3 nouveaux échelons en fin de carrière** à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, afin de compenser le raccourcissement des développements de carrière lié à la suppression des 3 premiers échelons.

## NOUVELLE GRILLE INDICIAIRE DES PRATICIENS HOSPITALIERS PLEIN TEMPS AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2021

Grille actuelle depuis le 1 <sup>er</sup> février 2017					Reclassement dans la nouvelle grille au 1 <sup>er</sup> Janvier 2021				
Echelon	Durée	Ancienneté	Brut Annuel	Brut mensuel	Echelon	Durée	Ancienneté	Brut Annuel	Brut mensuel
1	1	0	49 568,10 €	4 130,68 €					
2	1	1	50 409,31 €	4 200,78 €					
3	2	2	51 587,36 €	4 298,95 €					
4	2	4	52 933,33 €	4 411,11 €	1	2	0	52 933,33 €	4 411,11 €
5	2	6	55 288,94 €	4 607,41 €	2	2	2	55 288,94 €	4 607,41 €
6	2	8	59 159,06 €	4 929,92 €	3	2	4	59 159,06 €	4 929,92 €
7	2	10	63 365,55 €	5 280,46 €	4	2	6	63 365,55 €	5 280,46 €
8	2	12	65 384,65 €	5 448,72 €	5	2	8	65 384,65 €	5 448,72 €
9	2	14	67 740,24 €	5 645,02 €	6	2	10	67 740,24 €	5 645,02 €
10	2	16	72 788,12 €	6 065,68 €	7	2	12	72 788,12 €	6 065,68 €
11	2	18	75 816,89 €	6 318,07 €	8	2	14	75 816,89 €	6 318,07 €
12	4	20	86 194,18 €	7 182,85 €	9	4	16	86 194,18 €	7 182,85 €
13		24	90 009,89 €	7 500,82 €	10	4	20	90 009,89 €	7 500,82 €
					11	4	24	95 009,89 €	7 917,49 €
					12	4	28	100 009,89 €	8 334,16 €
					13		32	107 009,89 €	8 917,49 €

Règles de reclassement dans la nouvelle grille :

- ☒ Les PH classés aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> actuels échelons seront reclassés de facto au nouveau 1<sup>er</sup> échelon.
- ☒ Les PH classés du 4<sup>ème</sup> au 12<sup>ème</sup> actuels échelons seront reclassés respectivement du 1<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> nouveaux échelons en conservant leur ancienneté dans l'échelon en cours.

- ☒ Les PH classés au 13<sup>ème</sup> échelon actuel seront reclassés en fonction de leur ancienneté dans l'échelon et garderont leur ancienneté résiduelle :
  - > Au nouveau 10<sup>ème</sup> échelon pour 0 à 3 ans d'ancienneté.
  - > Au nouveau 11<sup>ème</sup> échelon pour 4 à 7 ans d'ancienneté.
  - > Au nouveau 12<sup>ème</sup> échelon pour 8 à 11 ans d'ancienneté.
  - > Au nouveau 13<sup>ème</sup> échelon pour 12 ans et plus d'ancienneté.

Pour mémoire, ces règles de reclassement ont reçu un avis favorable unanime de la part de l'ensemble des intersyndicats représentatifs composant le CSPM lors de la séance du 2 juillet 2020.

## DÉCRYPTAGE ET ANALYSE DE L'INPH

Bien que l'enveloppe budgétaire consacrée aux accords du Ségur de la santé soit très importante, 450 millions d'euros, il convient tout d'abord de l'analyser de façon macro-économique et de la relativiser par rapport aux 10 milliards d'euros annuels consacrés à la rémunération des personnels médicaux des établissements hospitaliers publics. Finalement, l'effort budgétaire revalorise globalement la rémunération des personnels médicaux de 4,5 % ce qui est loin des 30 % demandés par l'INPH portant ainsi l'enveloppe à 3 milliards d'Euros.

Face à la cette conjoncture de pénurie budgétaire, l'objectif principal des mesures du Ségur de la santé associé à « investir pour l'hôpital public » de Ma Santé 2022 est de provoquer un choc d'attractivité essentiellement dirigé vers les nouveaux entrants dans la carrière hospitalière. Ainsi un ancien assistant spécialiste ayant 4 ans de reprise d'ancienneté entrera dans la carrière au 3<sup>ème</sup> échelon de la nouvelle grille et bénéficiera de l'IESPE en période probatoire pour un revenu mensuel brut de 5939,92 euros au lieu de 4411,11 euros actuellement soit une revalorisation de 35 % du début de carrière avec une évolution sur 32 ans qui se stoppait auparavant au



bout de 24 ans d'ancienneté, soit près de 14 ans avant la retraite.

L'autre aspect positif de ces mesures est la fin de l'injustice liée à l'attribution de l'IESPE en fonction de l'ancienneté, dorénavant tous les praticiens éligibles à l'IESPE (PHPT, PHTPa, PAtt Temps plein, Assistant spécialiste, PUPH, MCUPH, PHU, CCA) pourront percevoir l'IESPE à hauteur de 1010,00 euros bruts mensuel, soit par exemple une augmentation de revenu de 15 % pour les assistants spécialistes 3<sup>ème</sup> année, de 11 % pour un praticien attaché 8<sup>ème</sup> échelon temps plein en CDI et de 10 % pour un praticien hospitalier plein temps actuellement au 5<sup>ème</sup> échelon et de 4 % pour un praticien hospitalier plein temps 11<sup>ème</sup> échelon.

**Face à la cette conjoncture de pénurie budgétaire, l'objectif principal des mesures du Ségur de la santé associé à « investir pour l'hôpital public » de Ma Santé 2022 est de provoquer un choc d'attractivité essentiellement dirigé vers les nouveaux entrants dans la carrière hospitalière.**



Cependant plusieurs points négatifs sont à déplorer et l'INPH militera à leurs résolutions dans le cadre du suivi des accords du Ségur qui ne sont qu'un premier pas dans le rattrapage de la dévalorisation constante depuis plus de 20 ans des personnels médicaux, notamment :

1. La perte de 4 ans d'ancienneté pour l'ensemble des PH actuellement en poste : l'INPH militera pour que les PH nommés avant le 1<sup>er</sup> Juillet 2020 puissent récupérer leurs 4 ans d'ancienneté perdus suite à la suppression des 3 premiers échelons ou à minima puisse être reclassés à l'échelon supérieur.
2. La non reconnaissance de la 5<sup>ème</sup> plage de travail par 24h00 dans le décompte des obligations de service des praticiens hospitaliers.
3. L'absence de revalorisation des grilles indiciaires des statuts médicaux autres que les statuts de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel.
4. L'existence encore de statuts médicaux inéligibles à l'IESPE, par exemple, les PHC, les praticiens attachés temps partiels et les assistants spécialistes temps partiels.
5. L'absence de réflexion sur une participation financière obligatoire des employeurs à une complémentaire santé pour les personnels médicaux comme pour les salariés du privé.

En tant que signataire des accords, l'INPH participera au comité de suivi de ceux-ci et sera tout aussi attentif, notamment :

- ☒ A ce que les objectifs de qualité et de pertinence des soins ne soient pas une fois de plus une incitation à soigner des indicateurs plutôt que des patients.
- ☒ Au réel bon fonctionnement des Commissions Régionales Paritaires.
- ☒ A la réelle reconnaissance de valences non cliniques, qu'elles soient de management, d'enseignement, de recherche, d'expertise ou d'intérêt général et qu'elles soient rémunérées ou non.
- ☒ Et, bien-sûr, aux modifications statutaires tout en maintenant un concours national des pra-

ticiens hospitalier simplifié préservant les principes d'inscription sur liste d'aptitude validée par des pairs et de nomination nationale qui seuls garantissent une indépendance d'exercice médical de qualité.

**Ce protocole d'accord avec le gouvernement n'est qu'un point de départ et marque le début de la refondation des Hôpitaux publics.**

# LE SÉGUR DE LA SANTÉ : UNE VICTOIRE POUR L'INPH !



Dr Alain JACOB  
Administrateur de l'INPH

L'INPH a signé le 13 juillet 2020 avec deux autres inter-syndicats représentatifs de praticiens de l'hôpital public l'accord relatif aux personnels médicaux concluant une vaste négociation dite « Ségur de la santé ».

L'accord a également été signé par le Premier Ministre, le Ministre des solidarités et de la santé et la Fédération Hospitalière de France.



## LE CONTEXTE

Le Ségur de la santé s'est ouvert dans des conditions exceptionnelles représentées par la conjonction de plusieurs mois de contestation sociale forte des personnels hospitaliers médicaux et non médicaux et d'une crise sanitaire majeure, inédite et toujours active.

Malgré ces conditions exceptionnelles l'Hôpital Public a montré une fois de plus son efficacité et ses potentiels d'adaptation au service de la population. Le maintien à un

niveau très élevé du Service Public Hospitalier a rendu incontournable, malgré les velléités de certains, la consolidation de l'Hôpital Public et en premier lieu de ses personnels.

Il s'agit d'un accord important car, bien qu'insuffisant, il rend probablement possible la survie de l'Hôpital public.

Les mesures figurant dans l'accord font l'objet d'un financement spécifique

## LE CONTENU DE L'ACCORD

« Attractivité de l'exercice médical et reconnaissance de ses spécificités et sujétions » ;  
« champ territorial et fluidité ville/hôpital »

☒ **Périmètre** : S'applique aux praticiens et assistants et pour certaines dispositions aux personnels enseignants et hospitaliers.

Le titre « accord relatif aux personnels médicaux » va demander une vigilance constante concernant les pharmaciens et odontologues.

De la même manière le terme « praticiens » doit concerner l'ensemble des statuts notamment temps partiels et attachés.

☒ **Financement spécifique** mais l'ONDAM fixe une enveloppe fermée...



## EN PRATIQUE

**Mieux reconnaître l'engagement dans le service public hospitalier**

Revalorisation de l'indemnité de service public exclusif à 1010€ bruts avec prise de plein effet au 1<sup>er</sup> mars 2021.

Mesure que l'INPH a fortement demandée et soutenue car elle s'applique à l'ensemble des praticiens à exercice public exclusif quelle que soit la spécialité et la participation aux gardes.

**Revaloriser les grilles de rémunération des praticiens hospitaliers**

• **Suppression des 3 premiers échelons de la grille**

Il s'agit là de revenir à la réalité : le début de carrière au premier échelon n'était plus envisageable parce qu'il introduisait un trou de rémunération pour les assistants ou les chefs de cliniques soit compensé par une sur-rémunération opaque et non réglementaire soit aboutissant au renoncement d'une carrière hospitalière.

• **Création de trois nouveaux échelons au sommet de la grille**

La durée d'avancement est de 4 ans par échelon.



L'augmentation de rémunération sera de 5000€ bruts (+5,5 %) pour les deux premiers échelons supplémentaires et de 7000€ (6,5 %) pour le dernier.

Il faut noter qu'on passe de la grille actuelle de 24 ans à une nouvelle de 32 ans pour arriver au dernier échelon.

**Engagement de révision janvier 2021**

Pour les HU une négociation aura lieu pour réaménager la grille de la valence hospitalière et potentiellement de la retraite hospitalière.

**Réforme des conditions de recours à l'emploi contractuel**

Il s'agit là de créer un contrat unique visant apporter une voie complémentaire de recrutement « souple et réactive ».

L'important de cette mesure est en creux puisque l'accord affirme que le recours à l'emploi contractuel vient « en complément du statut qui restera le mode privilégié d'emploi à l'hôpital ».

L'INPH défend l'existence du statut qui garantit l'indépendance professionnelle par l'autorité ministérielle qui nomme et sanctionne et la relation d'autorité fonctionnelle et non hiérarchique qui lie le praticien et le directeur.

**S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la pertinence des soins**

Il s'agit là d'introduire une part de financement à la qualité.

Cela pose toute la question de l'évaluation à l'hôpital, de l'amé-

lioration continue de la qualité, de la gestion des risques et de la pertinence des actes.

L'INPH soutient que l'évaluation à l'hôpital doit rester médicale, du ressort des praticiens, appuyé par les ressources de l'établissement et des services centraux. Si les données sont partagées la médicalisation des départements d'information médicale reste indispensable. Les DIM ne doivent pas être uniquement des outils de facturation ou de mesure médico-économique. C'est dans le respect de cet équilibre que la coopération des praticiens sera fructueuse.

**Développer, individualiser et accompagner les parcours professionnels**

Mise en place de parcours professionnels permettant une **diversification des activités et des pratiques et reconnaissant les activités non cliniques.**

L'INPH note qu'on se rapproche de « l'instruction Urgentistes » consacrant aux spécialités de l'Urgence 39 heures d'activités cliniques et 9 heures d'activités non cliniques pour arriver au seuil du temps additionnel.

Mise en place d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2022 :

- Des entretiens professionnels ;
- De l'ouverture d'un droit à un entretien de carrière tous les 5 ans au CNG ;
- De l'ouverture de viviers de compétences pour des missions d'appui, de perfectionnement d'expertise constitués par le CNG.

**Reconnaissance dans les tableaux de service et valorisation financière de valences spécifiques : recherche, enseignement, gestion de projet, fonctions institutionnelles, coordination de filières territoriales.**

Concrétisation de 20 ans de forcing syndical de l'INPH !

**Reconnaissance du travail à distance.**

Mise en œuvre 31 mars 2021.

**Elargissement des conditions d'accès aux missions d'enseignement.** Chantier janvier 2021 en lien avec l'enseignement supérieur.

**Structurer et simplifier l'accès à la formation**

Il s'agit là de **reconnaitre la spécificité du DPC des praticiens de l'hôpital**, d'assouplir le lien avec l'ANDPC et de responsabiliser le CNG dans un programme de formation et financement du DPC hospitalier.

L'INPH se réjouit de cette évolution qu'il réclame depuis la création du DPC. Cette mesure conforte à la fois la formation des praticiens et la position du CNG.

**Formations à la responsabilité d'équipes et au management :** CNG et établissements mise en œuvre 1<sup>er</sup> trimestre 2021.

**Diversifier les modes d'exercice des praticiens**

Les tensions de recrutement médical ont conduit au développement de l'intérim médical et à la croissance de la rémunération des intérimaires.



**Respect du plafonnement des rémunérations des intérimaires et développement valorisé du recours aux ressources internes du GHT ou de ses voisins.**

**Organisation d'un exercice décloisonné entre public et privé en adaptant les statuts des praticiens afin de permettre aux praticiens hospitaliers un exercice libéral en dehors de leur établissement et aux praticiens libéraux de pouvoir exercer à l'hôpital.**

**Le chantier de rénovation statutaire sera lancé dès le premier semestre 2021.**

**Promouvoir le travail collectif**

- Systématiser les réunions de service.
- Garantir le bon fonctionnement des commissions régionales paritaires.
- Engager une réflexion sur la déconcentration des actes de gestion administratives et des procédures disciplinaires de premier niveau.

**Ouvrir la santé au travail aux praticiens et rendre obligatoire une visite médicale régulière pour les praticiens**



**SUIVI DE L'ACCORD**

Mise en place d'un comité de suivi composé des organisations signataires, du Ministre des solidarités et de la santé représenté par la DGOS et la direction générale de la cohésion sociale.

Le comité de suivi se réunit au moins une fois par trimestre et autant que de besoin.

Pour l'INPH :

**Beaucoup de points positifs**

- La signature d'un accord cadre et d'un engagement à rénovation des statuts de 1984 et 1985 protecteurs mais obsolètes et non d'une simple revalorisation salariale.
- Revalorisation des rémunérations : prime d'exercice public exclusif et grille de rémunération de tous les praticiens participants ou non à la permanence, cela change considérablement par rapport aux revalorisations des 15 dernières années.
- Cette revalorisation ne compense pas le retard pris depuis trente ans mais il s'agit d'une étape substantielle permettant de penser que l'entrée dans une carrière hospitalière n'est plus un luxe que l'on peut ou non s'offrir selon ses besoins.
- La reconnaissance des valences et leur possible valorisation sont des victoires importantes pour la différenciation des parcours professionnels.
- La possibilité d'une mixité réciproque de l'exercice entre le privé et le public concrétise la fusion définitive des temps plein et partiel et simplifie la discussion de l'exercice privé à l'hôpital.
- Enfin le rappel du statut et la consolidation du CNG confortent l'autorité hiérarchique ministérielle et l'indépendance professionnelle.

Beaucoup d'incertitudes et peut être de risques quand on parle de rénovation du statut et d'hybridation médicale entre le privé et le public.

**Cette prise de risque est nécessaire en réponse à la crise démographique hospitalière et à la sauvegarde de l'hôpital public que l'INPH défend.**





# SÉGUR DE LA SANTÉ ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRES : DES ENGAGEMENTS À TENIR, UNE RÉFORME À RÉUSSIR



**P<sup>r</sup> Olivier BOYER**  
Président du SHU  
Vice-Président INPH  
en charge de l'Université

Liberté a été donnée aux hospitalo-universitaires (HU), depuis la création de leur statut, d'exercer avec autonomie et responsabilité la plénitude de leur mission HU dans toute sa diversité. Cette approche visionnaire a permis, avec la contribution des praticiens hospitaliers (PH) engagés avec eux dans la formation et la recherche, le développement et le rayonnement d'un système de santé dont notre pays a pu longtemps s'enorgueillir. De multiples évolutions ont pourtant insidieusement dénaturé cet esprit fondateur, aboutissant à une perte d'attractivité que peu auraient imaginé. L'attrait pour la carrière HU est en effet en forte baisse, ce qui met en danger la recherche et la formation en santé, tant des futurs professionnels du public que du privé, ainsi que la qualité des soins

et l'avenir de l'hôpital public, en particulier des CHU. Outre les difficultés croissantes de l'exercice hospitalier et l'absence de retraite sur la partie hospitalière de leurs revenus, l'érosion constante des rémunérations, l'impossibilité d'exercice à temps partiel et la rigidité du passage de maître de conférences-praticien hospitalier (MCU-PH) à professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) sont devenus autant d'éléments de préoccupation alarmants renforçant l'exaspération des HU à tous les stades de leur carrière.

La mission HU est unique et indissociable. L'INPH rappelle avec force le caractère fondamental de cette unicité de mission des HU associant recherche, enseignement et soin, sans qu'il soit possible de la dissocier, ni dans les faits ni les principes. Il s'agit bien là des différentes facettes d'une même fonction indissociable comme l'a rappelé le Conseil d'Etat.

Les HU ont été écoutés mais pas entendus : si le Ségur de la santé a été l'occasion d'une première étape d'avancées sur la rémunération des PH, la discussion sur la revalorisation salariale des HU a été, elle, reportée à la rentrée 2020. Certes reporté, le réaménagement de la grille hospitalière des HU n'en n'a pas moins fait l'objet d'un engagement ferme du ministre de la Santé (cf. courrier de M. Olivier Véran du 13 juillet 2020

au Professeur Olivier Boyer, président du SHU, syndicat des hospitalo-universitaires représentant les HU au sein de l'INPH). Des discussions devront s'ouvrir également sur le volet universitaire (représentant environ 50 % des revenus des HU) et la possibilité temporaire d'un exercice à temps partiel. La question essentielle de la retraite hospitalière devra également être traitée, sans remettre en cause le bénéfice de la revalorisation atten-

**“ L'attrait pour la carrière HU est en effet en forte baisse, ce qui met en danger la recherche et la formation en santé ”**



due des émoluments hospitaliers des HU : les revenus nets doivent rester les mêmes.

Mal reconnus et mal rémunérés contrairement aux idées reçues, les HU sont maintenant en danger extrême devant la perte d'attractivité de leurs carrières ce qui était inimaginable voici encore quelques mois. A travers l'INPH et le SHU, les HU seront donc présents au sein des comités de suivi des accords du Ségur de la santé et de toute réunion spécifique avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, pour porter les revendications légitimes des HU.

Les HU titulaires se répartissent en deux corps de fonctionnaires d'Etat, les MCU-PH représentant 1/3 (environ 1800 personnes) et les PU-PH 2/3 (environ 3500 personnes) de l'effectif. Les premiers sont recrutés en moyenne à l'âge tardif de 38 ans, les seconds à l'âge non moins tardif de 44 ans. Si une obligation de mobilité et des conditions de recrutement plus exigeantes au plan universitaire s'appliquent aux PU-PH (habilitation à diriger les recherches), l'existence d'une grille de rémunération hospitalière distincte et très défavorable aux MCU-PH pour des fonctions pourtant équivalentes est un non-sens qui devra être corrigé, dans le même esprit que celui

qui a prévalu pour l'amélioration de l'entrée de carrière des PH par fusion des premiers échelons, et dans un souci de simplification proclamée par la réforme. Celle-ci devra s'accompagner, dans le même souci d'équilibre avec les PH, de l'ajout de trois échelons supplémentaires du même montant. Enfin, aucune érosion de rémunération globale ne doit pénaliser le changement de statut de PH à HU, comme c'est encore le cas lorsqu'un PH disposant d'une certaine ancienneté devient HU. Les revendications de l'INPH sont donc de revaloriser de 10 % l'échelon d'entrée pour aboutir à la grille hospitalière suivante, unique aux MCU-PH et PU-PH.

	MCU-PH (actuel)	PU-PH (ACTUEL)	REVENDICATION DE NOUVELLE GRILLE H UNIQUE
Après 21 ans			2,26
Après 18 ans	1,33		2,05
Après 15 ans	1,24		1,90
Après 12 ans	1,15	1,66	1,76
Après 9 ans	1,06	1,46	1,56
Après 6 ans	0,97	1,23	1,33
Après 3 ans	0,88	1,13	1,23
Avant 3 ans	0,79	1,00*	1,10

\*Base 33918€ (2017)



# SÉCURITÉ DE LA SANTÉ ET FINANCEMENT : AU PIED DU MUR



**Dr Jérôme FRENKIEL**  
Membre du SNPHCHU  
Administrateur de l'INPH

**Choisir un système de santé, c'est poser la question de son financement. Autrement dit, combien, et pour faire quoi. Or, il n'existe aucune réponse objective à ces deux questions essentielles : c'est donc une question de choix de société, laquelle renvoie immédiatement, dans le contexte d'une Démocratie, aux conditions politiques de ces choix.**

Nous connaissons tous les principes fondateurs de notre système de santé, que l'on pourrait résumer en deux mots : solidarité et performance. Après trois quarts de siècle, ces deux paradigmes ne sont fondamentalement pas remis en question, mais le contexte économique, lui, a bien évidemment évolué. Notamment en lien avec les aspects suivants : vieillissement de la population, ralentissement économique, croissance exponentielle du coût de l'innovation et de la pratique. De ce fait, l'équilibre financier du système est rapidement devenu un sujet en soi, un sujet crucial.

Tous les systèmes de santé sont confrontés à cet exercice, et chaque pays y a répondu selon ses choix propres. Mais quels que soient ces choix, ils sont supposés apporter une réponse, pour ce qui nous concerne ici sur les registres de l'efficacité, de la cohérence, et de la légitimité. Ce qui est remarquable dans le cas français c'est l'étonnante faiblesse des réponses sur ces trois registres. Efficacité : on attend d'un système de san-

té une rationalisation de l'action des différents acteurs autour du patient, tout comme une rationalisation de l'accès aux prestations de santé pour ces mêmes patients. C'est peu dire qu'en France on en est loin, avec pour résultat l'un des trois systèmes de santé les plus chers au monde, pour un résultat qui ne se démarque guère par sa performance. Cohérence : en toute circonstance, l'équilibre financier du système doit être obtenu en assurant aux acteurs les moyens de leurs missions. Nous savons ce qu'il en est : l'équilibre financier (très relatif) n'est atteignable qu'au prix d'un rationnement financier, des hôpitaux particulièrement, devenu incompatible avec ses missions. Légitimité : la Loi annuelle de finances répond à un processus déconnecté tant des Citoyens que des réalités objectives du terrain. Nous en connaissons le résultat.

Pour dire les choses autrement, le système de santé français attend toujours sa réforme structurelle et historique, celle de la Santé publique, qui placerait l'intérêt

général au-dessus de celui des corporations et autres lobbies. La conséquence en est que la France n'est plus le pays de l'exemplarité sanitaire, pas plus que la patrie des Droits de l'Homme au demeurant et peut-être pour les mêmes raisons profondes. Et le gouvernement actuel, si l'on examine son projet « Ma Santé 2022 » ou sa faible écoute de la souffrance des professionnels de santé (avant la crise du COVID-19 à tout le moins), ne se distingue pas à cet égard de ceux qui l'ont précédé.

Dans ce contexte, le Ségur de la santé apparaît non pas comme une volonté a priori de changer de cap et de prendre la pleine mesure de la situation, mais comme une démarche d'ajustement, en réaction à un fort mécontentement populaire, et sans déroger pour l'essentiel aux orientations de

## L'ONDAM

**Diagnostic INPH :** Une déconnexion historique des missions et des moyens (dotation globale en 1984, ONDAM en 1996), ayant abouti à un rationnement catastrophique et un endettement illégitime car lié au fonctionnement et non à l'investissement.

**Propositions INPH :** Sur le fond, donner aux opérateurs de soins, à tout moment, les moyens de leurs missions ; concevoir et porter, dans la durée, une réflexion et une politique de l'efficacité du système, ce qui est fondamentalement différent d'une politique du rationnement. Mesures immédiates : suppression de la régulation prix / volume, construction pluriannuelle et ajustable

« Ma Santé 2022 ». Cela constitue la limite de l'exercice. Pour autant, ce n'est pas la démonstration que l'exercice sera vain, ainsi que nous allons le constater dans la revue de détail des propositions. Aussi, à ce stade du processus, il est temps de faire le bilan des propositions, mais aussi du niveau d'engagement du Gouvernement quant à leur réalisation.

de l'ONDAM selon un processus (réellement) démocratique, financement de principe des évolutions structurelles des coûts.

**Propositions Ségur :** passer à un ONDAM pluriannuel, qui intégrerait par ailleurs des objectifs de santé, et approfondir le débat en amont de son adoption par le Parlement.



**Commentaires INPH :** Malgré nos propositions, le gouvernement ne prend pas l'engagement de principe d'assurer aux établissements de santé les moyens de leurs missions, ni de la suppression de la régulation prix / volume. Les propositions du Ségur sur ce point ne constituent donc pas, en tant que telles, une réponse sur le fond, ce qui est particulièrement décevant

car, si ce débat n'avait dû produire qu'une seule mesure, il eût fallu que ce soit celle-là. Certes, certaines orientations sont évoquées, telles que l'introduction d'un débat national sur le sujet de l'ONDAM, un renforcement du rôle du Parlement ou l'introduction de la notion de politique de santé et de priorités de santé. Mais à ce stade il ne s'agit que d'hypo-

thèses d'évolutions sur le processus de l'ONDAM, ayant vocation à être précisées dans le futur dans le cadre d'une nouvelle « mission », et non de ce que tous attendaient : un engagement sur son résultat. La plus grande vigilance s'impose donc, car au-delà des déclarations d'intention, tout reste à faire.

## MODALITÉS DE FINANCEMENT ET TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

**Diagnostic INPH :** La T2A est un outil pertinent s'agissant d'assurer l'équité des financements au prorata de l'activité et de la complexité médicale. Il s'agit également (le PMSI) d'une source d'information irremplaçable en termes d'analyse d'activité, organisation sanitaire, de prospective, de santé publique, et de recherche. En revanche, son utilisation est partiellement inadéquate, car peu adaptée au financement des charges fixes des hôpitaux (très majoritaires). En outre, la T2A n'est pas conçue pour aborder des sujets tels que la pertinence des soins, leur qualité, la prévention, ou l'équité populationnelle. Enfin, en l'absence de restructuration, l'outil a atteint une complexité pénalisante.

**Propositions INPH :** La T2A doit être maintenue, mais recentrée notamment sur la part non programmable des prises en charge. Un lissage pluriannuel peut en complément être étudié, considérant la forte proportion des charges fixes dans les établissements de santé. Le modèle doit également être techniquement revu, dans le sens de la simplification mais aussi de la rationalisation. Dans tous

les cas, il y a nécessité d'introduire une ou plusieurs autres modalités de financement pour l'hôpital. La dotation au besoin (financement populationnel) est à privilégier pour d'évidentes raisons d'équité, mais aussi du fait de sa pertinence pour des prises en charge à la fois normalisables et planifiables : prévention, éducation pour la santé, pathologies chroniques ou de longue durée hors épisodes aigus. La pertinence des prises en charge doit également être questionnée, en sachant que le sujet est très loin de se limiter à celle des actes : le sujet principal est très probablement celui de la rationalisation des prises en charge entre les différents acteurs, sans oublier la question de l'accès inconditionnel aux soins.

**Propositions Ségur :** Faire évoluer la T2A en introduisant une part de financement populationnel, et en amplifiant le financement à la qualité et à la pertinence ; Pour suivre les réformes de financement engagées dans le cadre de Ma Santé 2022, qui comprennent et préfigurent une part de financement populationnel (urgences ; maternité ; psychiatrie ; SSR ;

soins critiques ; HAD ; pathologies chroniques).

**Commentaires INPH :** Il existe manifestement un consensus pour réduire la part de la T2A, tout en la maintenant, et pour en simplifier le dispositif technique. La (bonne) surprise est que le gouvernement semble également vouloir s'engager vers une part de financement populationnel, sans se limiter au périmètre de l'hôpital. Mais au stade actuel, il ne s'agit que d'une orientation générale, tout reste à faire : quel mode de calcul pour quantifier le besoin relatif des populations, quel mode d'application du principe entre péréquation territoriale (la région est évoquée) et financement des opérateurs de santé, etc. Notons également la volonté affichée de décroiser la ville et l'hôpital, et par conséquent leur financement. On ne peut que s'en féliciter, tout en restant très vigilants sur les modalités de mise en œuvre du principe. Enfin, ces deux modalités de financement (activité, populationnel) sont annoncées comme devant être significativement complétées par une troisième : le financement à la pertinence et

à la qualité, déjà inscrite dans le programme Ma Santé 2022. Sur ce dernier point, un certain nombre de commentaires s'impose. En premier lieu, bien qu'incontestablement légitimes, la pertinence et la qualité constituent deux sujets différents : un soin pertinent peut être en défaut de qualité, et un soin de qualité peut être non pertinent. Il faut donc examiner ces deux sujets séparément.

Pour sa part, la pertinence renvoie autant à la révision de la classification des prestations remboursables qu'à l'organisation rationnelle des acteurs autour du besoin objectif du patient. Sur le premier point, les conditions de révision constituent un sujet en soi, tant en termes de concertation que d'objectivité scientifique. Sur le second point, la pertinence peut être rapprochée de l'efficience

systemique, dont les modalités restent cependant à arbitrer, sujet sensible s'il en est : gouvernance et financement. Notons également que l'accès aux prestations remboursables fait nécessairement partie de la problématique, autre sujet hautement sensible. Pertinence, organisation et supervision, financement et notamment populationnel, ces trois sujets sont intimement liés.

La qualité est un tout autre sujet. Le projet, déjà inscrit dans Ma Santé 2022, est d'augmenter très significativement la part du paiement à la performance (P4P), à travers les dispositifs IFAQ et Prime d'intéressement collectif. Dans les deux cas, il s'agit de mettre en œuvre une incitation financière, qui dans les faits sera autant négative que positive, et supposée inciter les acteurs de l'hôpital à

modifier leurs pratiques dans le sens de la performance attendue. L'impact portera donc sur les ressources de l'établissement pour le premier dispositif, sur le revenu des acteurs pour le second. Nous avons très clairement exprimé nos très grandes réserves sur le principe, fort éloigné de notre conception du service public, mais aussi sur l'efficacité supposée : on ne porte pas la qualité en pénalisant le défaut de qualité. Au demeurant, la littérature internationale est très réservée sur l'efficacité du concept sur le terrain. Ajoutons enfin qu'il existe un silence assourdissant sur l'articulation et de la complémentarité supposée entre le P4P et la certification des établissements : quel avenir pour cette dernière, pourtant incontournable ?

## INVESTISSEMENT

**Diagnostic INPH :** L'investissement hospitalier est globalement pénalisé par la dégradation de l'équation économique de l'hôpital. On peut ajouter que l'investissement est pénalisé par un endettement illégitime, car pour partie liée à l'insuffisance globale du financement.

**Propositions INPH :** L'assainissement radical de la dette est une nécessité, de même que le rétablissement d'un niveau de financement permettant de rétablir un investissement à la hauteur des missions : foncier, équipements, numérique, innovation.

**Propositions Ségur :** Actant le sous-investissement chronique et ses conséquences sur l'outil de tra-

vail, il est proposé un ensemble de mesures, de principe pour certaines, plus concrètes pour d'autres. Citons : la reprise de 13 Md€ de la dette hospitalière par l'Etat en contrepartie d'une normalisation du renouvellement des équipements courants, augmentation « massive » de l'investissement dans les domaines du numérique, du médico-social et du soin (hôpital, ville, psychiatrie), une certaine déconcentration du processus décisionnel (ARS) avec la prise en compte des inégalités territoriales et la suppression du COPERMO, renforcement de l'expertise pour accompagner l'élaboration des projets. Une attention particulière est portée au comblement du retard en matière de nu-



mérique : intégration et interopérabilité, sécurité, infrastructure et équipement (médico-social notamment), professionnels compétents en intra-hospitalier (avec en sous-jacent la question de l'attractivité), rationalisation de l'utilisation du DMP, sans oublier la souveraineté de l'hébergement du Health Data Hub.

**Commentaires INPH :** Ces propositions vont globalement dans le bon sens, mais il n'est pas dé-

montré à ce stade qu'elles seront suffisantes pour normaliser la situation. La vigilance s'impose donc. Nous ajouterons également que, à l'instar du financement à la qualité, il serait contreproductif de pénaliser un établissement en termes d'investissement au motif de difficultés financières : le sujet devrait être l'accompagnement dans la normalisation de la situation. S'agissant du numérique, nous insistons sur les points suivants : souveraineté nationale sur

la gestion de ces données particulièrement sensibles, rationalisation volontariste des normes de stockage et d'échanges, lutte contre la dépendance des établissements vis-à-vis de leurs prestataires informatiques, et par ailleurs accompagnement volontariste dans la production des données, leur partage et leur utilisation.

## SIMPLIFICATION DE LA FACTURATION, DE LA TARIFICATION ET DU CODAGE

**Diagnostic INPH :** La production de données permettant de décrire les états de santé et les prises en charge est absolument essentielle pour tout système de santé. Il est par ailleurs dans l'ordre des choses que cette production soit, le plus souvent, contingente à des objectifs immédiats et triviaux, en l'occurrence la gestion administrative du patient et sa facturation. Si le principe même de la production de ces données est incontestable, leurs modalités de production, d'utilisation et de contrôle posent différents problèmes. Il importe de bien les comprendre et de les distinguer, car leur solution est loin de se résumer à une « simplification » quelque peu incantatoire. Ces problèmes appartiennent aux registres suivants :

1. Des conditions de production, notamment à l'hôpital (codage des pathologies, des actes, de l'activité externe), unanimement jugées comme insatisfaisantes.

2. Une complexité des règles de codage disproportionnée, toujours croissante, volontiers incohérente et au final difficilement maîtrisable.

3. Un modèle de tarification également devenu trop complexe et corrélativement peu lisible.

4. Des modalités de fixation des prix volontiers opaques, questionnant leur légitimité.

5. Une organisation de la facturation complexe, coûteuse et inefficace.

6. Des modalités de contrôle (AMO) inéquitable car sous l'autorité de l'une des parties, dans le principe comme dans les faits, source d'un contentieux aussi inefficace que consommateur de ressources.

### Propositions INPH :

1. Rationaliser et professionnaliser la production des données médicales, à commencer par le codage des pathologies. Modalités privilégiées, à développer dans la durée : production de codages automatisée autant que possible, dans le prolongement d'une structuration plus systématique du dossier patient informatisé. Consolider le rôle et l'indépendance des départements d'information médicale (DIM) en matière de qualification des données, et de production de ces données là où l'automatisation n'est pas raisonnable.

3. Revoir profondément le modèle (T2A) et les règles (NGAP) de tarification, dans le sens de la lisibilité et de la simplicité. Elaborer et tenir à jour un référentiel exhaustif pour l'ensemble des règles de tarification, T2A d'une part, NGAP d'autre part.

4. Etablir un processus de fixation des prix (T2A, NGAP) transparent et associant l'ensemble des acteurs concernés, pour un résultat conforme pour des prestations pertinentes, efficaces et de qualité.

5. Simplifier radicalement les processus de facturation AMO / AMC, et questionner l'intérêt de maintenir un ticket modérateur au moins pour certaines prestations (hospitalières notamment).

6. Revoir radicalement les modalités de contrôle dans le sens de l'équité et de la transparence, ce qui implique dans tous les cas de transférer ceux-ci à des opérateurs indépendants (publics type HAS ou privés assermentés). Questionner, dans le cas des établissements de santé, l'intérêt de maintenir ces contrôles en tant que tels plutôt que de les intégrer au processus existant de certification des comptes.

### Propositions Ségur :

1. Concernant les conditions de facturation, il est évoqué la création d'une mission pour la création d'un guichet unique (AMO – AMC), pour favoriser l'accès aux soins et diminuer les frais de gestion. Alternativement, sont évoquées la possibilité de supprimer le ticket modérateur à l'hôpital, ou à tout le moins d'y généraliser le tiers-payant.

2. Concernant les nomenclatures et classifications, il est proposé une « révision globale » des clas-

## La production de données permettant de décrire les états de santé et les prises en charge est absolument essentielle pour tout système de santé

sifications et nomenclatures « dans le sens d'une simplification et d'une actualisation économique », sous l'autorité du Haut conseil pour la révision de la CCAM et en étendant ses prérogatives à la classification des séjours hospitaliers et de la NABM. Il est également proposé une utilisation plus systématique de l'information produite « vers l'évaluation de la qualité, l'épidémiologie, les parcours et la recherche ».

**Commentaires INPH :** Les propositions du Ségur, bien que moins précises et moins complètes à ce stade, vont néanmoins dans le sens des propositions INPH, notamment dans le sens de la rationalisation des outils de description, des modèles de tarification, des processus de facturation, et dans une utilisation plus large des données de santé produites. Un certain nombre de points de vigilance émergent cependant : ainsi, la « simplification » évoquée ne doit pas se transformer en dégradation des classifications et donc des données produites. Le propos serait plutôt de les consolider. D'autres sujets, pourtant sensibles, sont absents des propositions Ségur. Ainsi, la question pourtant incontournable des conditions du codage au quotidien et de son organisation, ou celle des modalités actuelles des contrôles de l'Assurance maladie.



## MODÈLES DE FINANCEMENT VILLE-HÔPITAL

**Diagnostic INPH :** L'absence de coordination des acteurs autour du patient est, ainsi que nous l'avons déjà évoqué, l'une des causes majeures de l'inefficience du système de santé français, une inefficience systémique. Elle engendre notamment des redondances de prise en charge entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre médecins libéraux et entre établissements de santé. Elle engendre également des prises en charge inadaptées, dans certains cas par défaut d'expertise, dans d'autres cas sous formes d'hospitalisations inappropriées, etc. On peut noter que les expérimentations de l'article 51 abordent le sujet, dans une approche expérimentale et pragmatique non dénuée d'intérêt mais qui exclut, à ce stade, toute idée de généralisation.

**Propositions INPH :** s'agissant d'un problème structurel majeur, il serait très prématuré de proposer des solutions globales. Le propos est d'organiser la réflexion, la concertation et les inévitables décisions dans des termes adéquats. Pour l'INPH, les éléments de cadrage de la réflexion sont :

1. Le périmètre des acteurs concernés : tous les acteurs, hospitaliers et ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux, publics et privés.
2. La nature des prestations : toutes, avec un point d'attention sur la nécessité de développer une part significative de prestations de prévention et d'éducation pour la santé, face à une offre curative surdimensionnée et de ce fait pour partie inadaptée.
3. La nécessité d'élaborer un ou plusieurs modèles en associant

l'ensemble des parties, y compris les professionnels et les représentants des patients.

4. La nécessité d'organiser le débat aux niveaux pertinents : si le niveau national est incontournable, le niveau territorial le devient également.
5. La nécessité de centrer la réflexion sur le besoin objectif du patient, sur les principes de la pertinence, de la qualité et de l'efficience. Il s'en déduit que les conditions d'accès des patients aux prestations de santé doivent également être réexaminées.
6. La nécessité d'élaborer des modalités de financement adaptées, au-delà des modalités existantes. Parmi celles-ci, le financement au besoin (populationnel) apparaît comme incontournable pour une partie des prestations (maladies chroniques et de longue durée, prévention notamment).
7. La nécessité de convenir d'une modalité de supervision des prestataires de santé, et de son prolongement opérationnel, la coordination du parcours du patient.
8. La nécessité de restructurer l'offre, et pas uniquement les prestations, autour du besoin objectif du patient.
9. La nécessité impérieuse de mettre (enfin !) à disposition des professionnels et des organisateurs un système d'information intégré relatif aux parcours, aux diagnostics et aux actes, mais aussi favorisant la coordination et l'organisation de ces parcours, ainsi que les prestations distantes sous forme numérique.

**Propositions Ségur :** Il s'agit également d'éléments de cadrage de la nécessaire réflexion visant à éla-

borer un modèle, sur les principes généraux de « réactivité, qualité, pertinence, suivi et protection de la population ». Ces éléments de cadrage sont :

- ▣ Traduire le décloisonnement ville/hôpital dans les modèles de financement.
- ▣ Assurer la transversalité ville/hôpital comme objectif des nouveaux modèles de financement à mettre en place, tout au long du parcours.
- ▣ Instaurer une mixité dans les nouveaux modèles de financement ville et hôpital.
- ▣ Maintenir une part substantielle de financement à l'activité.
- ▣ Créer un observatoire transversal des tarifications pour obtenir un regard croisé ville/hôpital/médico-social sur les tarifications respectives.
- ▣ Poursuivre les expérimentations article 51.

**Commentaires INPH :** Les éléments de cadrage du Ségur sont d'une grande prudence dans leur formulation, mais vont globalement dans le sens des propositions de l'INPH. Et chacun a, en l'exprimant à sa manière, conscience que le sujet n'est pas un ajustement du système, mais bien un changement de système. Les implications sont immenses, qu'il s'agisse de la coordination des acteurs, de leur restructuration territoriale, de la nature des prestations, de la nature ou de l'usage des financements. Chacun devra accepter de considérer l'intérêt objectif du patient au même titre que ses intérêts corporatistes, et idéalement au-dessus... Tout l'enjeu de l'après-Ségur sera

de faire accepter à tous les acteurs ces évolutions historiques. Pour le dire autrement, le Gouvernement

est au pied du mur, mais les acteurs de santé, à commencer par l'hôpital, le sont également. Cha-

cun désormais, selon ses actes, sera comptable du succès de ce virage historique... ou de son échec.

### Au total...

Organisé dans des conditions pour le moins défavorables, entre pression populaire et délais extrêmement contraints, ce Ségur de la santé n'a pas suscité d'espoirs démesurés malgré les ambitions affichées. On ne refonde pas de A à Z un système de santé largement sclérosé dans ces conditions. Et en première analyse, le résultat n'est pas à la hauteur des attentes sur un certain nombre de points, à commencer par le sujet n°1 : assurer de principe aux établissements de santé, qu'il pleuve ou qu'il vente, les moyens de leurs missions. On notera également qu'aucune proposition n'a été faite plus généralement pour garantir durablement l'équilibre économique du système, même s'il est (enfin !) admis que le rationnement jusqu'à l'asphyxie n'est peut-être pas une voie d'avenir. D'autres sujets ont été purement et simplement « oubliés », pour exemples la soutenabilité financière de l'accès à l'innovation, les conditions de contrôles impartiaux de la facturation des prestataires de santé, etc.

Pour autant, un certain nombre de sujets de fond ont été évoqués, en des termes qui retiennent l'attention. Bien sûr, nous savons à quel point la prudence s'impose, dans le contexte d'une culture institutionnelle qui confond volontiers politique et marketing, intention réelle et simple effet d'annonce. Mais ce ne serait pas rendre justice aux débats et à leurs conclusions que d'en rester sur un procès d'intentions. Et de fait, ces conclusions évoquent un certain nombre d'orientations dignes d'intérêt. Citons notamment :

- ▣ L'intention de décloisonner la ville et l'hôpital, dans l'organisation, le financement, le partage des informations ;
- ▣ L'intention de faire évoluer l'ONDAM en introduisant des conditions plus démocratiques de préparation, l'introduction de priorités de santé, la pluriannualité, et même certaines formes d'évaluation ;
- ▣ L'introduction de la dotation populationnelle en complément du financement à l'activité. Disons-le tout net : il pourrait s'agir d'un tournant majeur. En tant que modalité privilégiée de financement de la maladie chronique, pour permettre (enfin !) de financer significativement la prévention et l'éducation pour la santé, mais aussi pour aborder concrètement la question des disparités territoriales de l'offre.
- ▣ L'intention de rationaliser fortement les nomenclatures et classifications, les modèles de tarification, les organisations de la facturation, et de promouvoir l'utilisation extratarifaire de ces données dans des finalités, disons le mot, de santé publique.
- ▣ L'intention, enfin, de normaliser l'investissement des établissements de santé, mais aussi l'intention d'investir « massivement » dans le numérique en santé, condition indispensable à la rationalisation de la prise en charge du patient et plus particulièrement à la synergie ville – hôpital.

Il ne faudrait pas sous-estimer ces propositions (sans oublier les autres), qui constituent bien évidemment autant de chantiers, en ce qu'ils abordent nombre de sujets de fond en dehors desquels aucune perspective d'amélioration n'est possible. Certes, il ne s'agit à ce stade que de chantiers, et dans les conditions de ce Ségur il ne saurait en être autrement. Mais certains de ces chantiers ont un caractère potentiellement historique, car susceptibles de transformer profondément l'organisation de notre système de soins, un certain nombre de ses pratiques... sans oublier les conditions de leur financement.

Au final, le Gouvernement, quelles qu'en soient ses motivations profondes, propose des évolutions historiques du système de santé, dans un contexte qui les justifie impérieusement. Les orientations proposées vont, majoritairement, dans le sens des propositions de l'INPH. Peu importe dans quelle mesure l'INPH les a inspirées : ce qui compte, ce sont les actes. Et, s'il s'agit de réformer le système dans l'intérêt supérieur du patient, l'INPH relève le gant, et répondra présent pour construire les réformes concrètes dont notre système de santé a tant besoin. A la charge du Gouvernement, désormais, de démontrer la sincérité de ses engagements : un succès serait historique, un échec ne le serait pas moins.



# ET LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE : OÙ EN EST-ON ?



**Dr Patrick LÉGLISE**  
Vice-président du SYNPREFH  
Délégué général de l'INPH

**La crise que traverse l'hôpital public est principalement liée à un financement inadapté à ses missions et associé à une gouvernance purement administrative appliquant un mode de gestion exclusivement comptable. Le monde hospitalier est confronté aujourd'hui au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : de son financement, de sa gestion, de sa gouvernance et de ses valeurs.**

**Réformer la gouvernance pour en faire quoi ? Que devraient être les objectifs d'une réforme de la gouvernance hospitalière ?**

Voici les objectifs vers lesquels l'INPH propose de converger :

- ☑ Restaurer les valeurs humanistes et éthiques dont les professionnels de santé, médecins et soignants, sont les garants.
- ☑ Consolider l'indépendance de l'expertise et le savoir-faire médical et soignant.
- ☑ Consolider la capacité de l'hôpital à assurer à tous les patients des soins sûrs, performants et innovants.
- ☑ Mettre en place une gestion responsable, performante et transparente, contrepartie d'un financement respectueux des missions de l'hôpital.
- ☑ Assurer à l'hôpital sa juste place dans les évolutions à venir du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, l'INPH a fait des propositions au travers de sa plateforme visant à **remédicaliser** la gouvernance des hôpitaux, **responsabiliser** les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation

des soins et **restaurer** la notion d'équipe médico-soignante :

- ☑ **Médicaliser la gouvernance** : réinvestir la Commission Médicale d'Établissement en matière de stratégie, de gestion, de qualité des soins, de progrès médical et de gestion des personnels médicaux.
- ☑ **Démocratiser la gouvernance**, par un rééquilibrage des prérogatives entre la Commission Médicale d'Établissement et l'Administration.
- ☑ **Donner des responsabilités à la Commission médicale d'établissement en matière budgétaire** : objectifs, exécution et suivi, et lui garantir avec le DIM les moyens de son expertise et l'indépendance de ses décisions.
- ☑ **Inscrire la gouvernance de l'hôpital dans un projet territorial médicalisé et démocratique**, associant également les soignants et les usagers.

- ☑ **Replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante**, et rendre au Chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.
- ☑ **Associer concrètement le service dans la préparation et l'exécution budgétaire** : préparation de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

(EPRD) avec le DIM et l'Administration, et exécution dans le cadre d'une large délégation de gestion en adéquation avec les objectifs du projet médical d'établissement validés par la CME.

- ☑ **Reconnaître les fonctions médicales de gouvernance et de gestion**, pour les PH comme pour les hospita-

lo-universitaires, par la création de valences et de formations spécifiques.

- ☑ **Garantir respect et bienveillance aux patients comme aux professionnels**, par une gestion juste et transparente des situations individuelles et de la politique de prévention des risques psychosociaux.

## Qu'en est-il des conclusions du Ségur concernant la gouvernance hospitalière ?

Enfin la montagne a accouché d'une souris puisque cela se résume au rapport Claris, à une proposition d'expérimentation de fusion de la CME avec la CSMIRT et à une déclaration d'intention de réhabilitation des services.

D'ailleurs le thème de la gouvernance quel qu'en soit le niveau a été soigneusement mis de côté et a été exploré uniquement sous l'angle de la simplification dans le chapitre « Faire confiance et redonner de l'autonomie de décision et d'action aux acteurs ».

Le rapport Claris, bien qu'allant dans un meilleur sens, ne remet pas en cause fondamentalement la gouvernance actuelle qui découle du principe édicté par la loi HPST, un seul patron à l'hôpital sans contre-pouvoir, le directeur. Conforter ou renforcer le binôme directeur-PCME sans donner à la CME un pouvoir d'avis décisionnel ne relève pas d'un processus démocratique. En renforçant la personnalisation du pouvoir de la CME uniquement au travers du président de la CME donne l'illusion d'une médicalisation de la gouvernance où seul le directeur resterait décisionnaire *in fine*. Revaloriser et réinvestir les services de soins est une bonne chose en soi, mais sans remettre en cause

l'organisation en pôle avec toutes les prérogatives d'organisation, de gestion et d'autorité des pôles sur les services, n'est qu'un filet d'eau tiède qui n'aura aucune conséquence dans la gouvernance. Il aurait fallu réduire le champ de responsabilité des pôles à un simple rôle de coordination ou de fédération, or le rapport Claris conforte et renforce l'organisation de l'hôpital en pôle.

Malgré tout il reste des pistes intéressantes à explorer :

La proposition de création d'une commission médico-soignante résultant de la fusion de la CME et de la CSMIRT pourrait contribuer à faire disparaître les hiérarchies en silo dont l'hôpital souffre, mettre en cohérence le projet médical avec le projet de soins ce qui n'est pas toujours le cas. Bertrand Fenoll a eu la sagesse de proposer une expérimentation car nous souhaitons que cette commission devienne un véritable outil de gouvernance et non pas un lieu d'affrontement syndical.

Autre piste intéressante qui figure dans les conclusions du Ségur c'est de donner plus de liberté à l'organisation interne des établissements en leur permettant de considérer l'orga-

nisation en pôle et l'installation d'un directoire comme optionnelles, fondée sur une logique de projet médico-soignant, d'organisation de filières ou de recherche. La suppression du directoire permettrait de facto de rééquilibrer la gouvernance du côté de la CME et la suppression des pôles permettrait réellement de replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante et de rendre au Chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.

Malgré leur importance et bien que le sujet ait été évoqué de multiples fois par les participants au Ségur de la Santé, les problématiques de gouvernance, qu'elles soient hospitalières, régionales ou bien nationales, n'ont pas été abordées dans le fond. Mais, l'INPH continuera à promouvoir et à exploiter toutes les propositions, si petites qu'elles soient, permettant à l'hôpital public de trouver l'organisation la plus efficiente possible au seul service de la santé des patients.





# LEÇONS DE CRISE



D<sup>r</sup> Jean-Michel BADET  
SNPH-CHU Membre de l'INPH

**Les premiers accords du Ségur de la Santé ont été conclus en particulier grâce à l'INPH mais ce n'est que le début du chemin. La gouvernance territoriale de la Santé doit être un des chantiers des négociations d'un Ségur 2, indispensable pour tirer tous les enseignements de cette crise.**

*Pendant celle-ci, alors que la première vague épidémique s'éloignait mais que nous étions encore confinés, j'avais écrit ce texte, c'était le 6 mai 2020.*

Crise exceptionnelle, inédite, événement mondial pour lequel beaucoup de pays n'ont pas su réagir à temps et donner à leurs habitants les meilleures chances de guérir. Avant le début de cette crise, beaucoup doutaient que le système de santé français aurait pu être désarmé sans penser un instant que, au-delà des moyens disponibles,

c'étaient les femmes et hommes de terrain qui en seraient les acteurs « privilégiés » Quelques mots vont les caractériser.

### **Pertinence, Compétence :**

Alors que tout le monde avançait dans le flou de cette nouvelle invasion invisible, les soignants ont su faire et imposer les bons choix dès le départ. Cette simple observation pose le pilier de l'évolution de notre système de santé. Médicaliser, médicaliser et médicaliser les décisions. Et faire accepter que l'administration soit à nos côtés pour les faire aboutir.

### **Réactivité, Souplesse :**

Au moment où le déconfinement se profile, la rigidité des grands corps de l'Etat réapparaît. Puissent-ils prendre exemple auprès du corps médical qui a fait preuve d'une réactivité et d'une souplesse qui ont surpris tout le monde. Parce que c'est l'essence de notre métier, notre carburant. On nous a dit sclérosé dans un statut des temps passés, qui protège d'abord les moins bons. C'est tout le contraire qui est apparu en plein jour mais aussi le soir à 20 heures !

Personne n'a signé de contrat avant de venir parfois hors de son temps de travail, hors de son champ d'exercice habituel, souvent avec un niveau de protection personnelle indigne mais triste conséquence d'une Loi HPST dont personne ne dit mot aujourd'hui. Alors, laissons les médecins tranquilles avec ce statut qui a montré qu'il préservait bien l'indépendance professionnelle à condition de lui en donner les moyens matériels.

### **Coopération, Adaptabilité :**

Plasticité réunirait bien ces deux qualités. Chacun a dépassé les clivages des chapelles en acceptant le transfert de malades entre régions, en passant outre notre chauvinisme pour coopérer avec la Suisse ou l'Allemagne. Comment imaginer les efforts consentis par chacun pour faire de son service un lieu d'accueil d'une pathologie dont on est habituellement bien éloigné tout en participant activement à sa gestion hors des contraintes administratives ?

### **Inventivité, Générosité :**

Le regard porté par la population ne s'est pas arrêté à quelques ap-

plaudissements aux balcons, mais une large mobilisation s'est faite jour, tant dans la générosité d'un prêt de véhicule ou d'une livraison de pizzas, mais aussi dans l'inventivité pour permettre de disposer du matériel de protection qui faisait tant défaut. Un spécial Covid au prochain concours Lépine ? A nous de garder ce lien avec ceux qui nous font confiance, ne doutons pas que nous aurons encore besoin de leur soutien lorsqu'il faudra faire évoluer notre système de santé !

### **Dévouement :**

Un mot auquel je préfère empathie. Car tout le monde s'est aperçu (souvenu) que nous exerçons un métier différent de tous les autres. Les années passant, beaucoup n'en avaient retenu que le coût élevé, le caractère désorganisé, l'inégalité des prises en charge, etc.

Cette crise a joué le rôle d'une loupe, révélant tout ce que nous n'avions pas su faire voir et aimer de notre engagement auprès des patients.

**Alors qui que vous soyez et en particulier vous qui dirigez ce pays aujourd'hui, vous qui le dirigerez peut-être demain, laissez-nous libre de décider de l'avenir de notre système de santé. Un des plus beaux endroits pour défendre notre devise républicaine Liberté Egalité Fraternité.**

# POUR UN RENOUVEAU DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE



D<sup>r</sup> Eric OZIOL  
Secrétaire Général du SYNDIF

**Pour un Renouveau de la Gouvernance Hospitalière (alternative au new public management) ou comment re-médicaliser l'exécutif des établissements de santé dans un but de véritable intelligence collective.**

Les propositions de l'INPH visaient à **re-médicaliser** la gouvernance des hôpitaux, responsabiliser les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation des soins et **restaurer la notion d'équipe médico-soignante (les services)**. Qu'en est-il des propositions du SÉCUR ?

Rappelons que la loi HPST de 2009, en plus d'un poids exécutif donné aux pôles au détriment de la notion de service, a propulsé le directeur général comme seul « maître à bord » et seul responsable devant l'ARS, l'hôpital de-

vant alors être dirigé comme une entreprise privée avec un objectif affiché purement comptable et non pas comme un établissement public avec un objectif prioritaire de santé publique du territoire, dont l'économie ne serait pas la finalité, mais bien le moyen de l'objectif.

Cependant la vraie question au-delà de savoir qui est le chef ou qui a le pouvoir (« LA » Gouvernance), c'est surtout de savoir quels sont les objectifs et les missions de l'hôpital et quels sont les moyens pour y arriver ?

Si l'objectif doit s'obstiner à être de « faire suer la blouse blanche » pour faire simplement un maximum d'économies, le mode de gouvernance n'y changera pas grand-chose. Ce sera toujours la bataille stérile du « réclamer toujours plus et du donner toujours moins », en faisant semblant que les têtes de chapitre des objectifs « qualité de façade », soient bien citées, à défaut que les objectifs soient réellement atteints, voire soient vraiment pertinents.

Alors dans un objectif de ré-médicalisation de la gouvernance des hôpitaux, faudrait-il carrément une direction médicale avec un directeur administratif adjoint pour une co-direction médico-administrative à l'instar de l'organisation des ESPIC (Etablissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif), comme par exemple les Instituts du cancer ? La question mérite d'être posée.

Cependant dans ce cas, il faut rappeler que le directeur médical n'est pas nommé par la CME et d'ailleurs il ne s'y substitue pas. Cela aurait l'avantage de mettre fin à l'ambivalence d'un président de CME certes élu, mais ensuite risquant de se retrouver seul avec

le Directeur Général, comme pris en otage de sa fonction d'interlocuteur privilégié, mais avec un pouvoir très asymétrique, et donc un risque finalement de « syndrome de Stockholm » ou en tous cas perçu comme tel par la communauté médicale et la CME qui l'aura élu.

Une autre proposition provocatrice, de re-médicalisation serait, à l'instar de la direction des soins qui est généralement administrée par un ancien soignant, que la direction des affaires médicales (DAM), soit dirigée par un médecin avec un adjoint administratif.

Cependant il est clair que la politique de recrutement médical ou même d'évolution de carrière grâce à la formation post-universitaire, doit se faire au niveau du service ou de l'unité fonctionnelle, dans le cadre du projet médical de l'unité, du service, du pôle, de l'établissement, voire même du territoire, validée par la CME et en respectant le statut national et les règles de progression de carrière défendues par le CNG. Ce n'est donc pas la DAM qui est l'objet de la re-médicalisation de la gestion des affaires médicales, mais bien la communauté médicale par son organisation structurelle et la validation par la CME. Le rôle principal de la DAM finalement, est de faire que la gestion des carrières soit en accord avec la réglementation nationale (CNG par exemple).

Qui seront les cheffes et chefs de service et/ou de pôle de demain ?

Elles ou ils devront être reconnus, non seulement par leurs pairs médecins, mais également par toutes les professions soignantes ou assistantes médico-administratives de leurs unités, service ou pôle. Il devra s'agir d'une progression de carrière validant

**Si l'objectif doit s'obstiner à être de « faire suer la blouse blanche » pour faire simplement un maximum d'économies, le mode de gouvernance n'y changera pas grand-chose.**

l'expérience, avec une formation spécifique et un CV reconnu par le CNG (inscription sur une liste d'aptitude par exemple), avec une compétence nationale validée par le CNG par des formations indépendantes de l'EHEESP, garantes d'une bonne connaissance du fonctionnement hospitalier, des besoins de santé du territoire, dans le respect de tous les professionnels, en toute responsabilité et indépendance professionnelle. La ou le candidat-e serait démocratiquement proposé-e par son équipe et validé-e par la CME.

Le chef de pôle et/ou de service, au-delà de son rôle d'animateur et d'organisation médicale, devra travailler étroitement avec 1- les cadres de santé et/ou le cadre supérieur, pour l'organisation des soins ; 2- le Département d'Information Médicale (DIM) pour l'analyse des recettes et de l'activité ; 3- les affaires financières pour le budget et les dépenses ; 4- les services ou pôles dits transversaux pour l'organisation de l'interdépendance, afin d'avoir tous les éléments de délégation de gestion et donc de décision, pour une gouvernance plus directe et fluide, dont l'expérience du COVID a pu montrer toutes les possibilités de réalisation pratique et simple.



Enfin en ce qui concerne les missions et les prérogatives de la CME, celle-ci est responsable du projet médical de l'établissement, de la validation des projets et des candi-

datures de chef d'unité, de service, de pôle en accord avec la direction des soins, la direction des affaires médicales et l'aval de l'équipe médicale et soignante. Il est surtout

impératif de rappeler que le DIM est sous la responsabilité directe de la communauté médicale et donc de la CME, et ne doit en aucun cas être rattaché à une direction.

Alors, quelles sont les propositions du SÉCUR de la Santé en matière de Gouvernance (textes en italique) ?

## RÉHABILITER LE RÔLE ET LA PLACE DU SERVICE AU SEIN DE L'HÔPITAL POUR METTRE FIN AUX EXCÈS DE LA LOI HPST

### Commentaire

Les excès ont-ils été uniquement ceux de la loi, ou bien ceux de son application zélée avec un objectif dévoyé : **gestion** uniquement comptable ?

*Donner plus de marges de manœuvre et de responsabilité aux services avec des **délégations de gestion accordées aux pôles et aux services** dans chaque établissement : gestion des ressources humaines, des choix d'investissements courants...*

*Permettre à chaque établissement public de santé de proposer et d'adapter son organisation interne à son contexte local : pôles optionnels.*

*Rendre plus participatif le cadre de nomination du chef de service en systématisant les appels à candidatures, une présentation d'un projet de service par les candidats aux personnels du service et un vote de la Commission Médicale d'Établissement (CME).*

*Remédicaliser la gouvernance : les décisions relevant du domaine médical seront prises conjointement par le directeur général de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME)*

*Redonner du sens et redéfinir les missions des CME en leur conférant un rôle clef dans l'élaboration du projet médical de l'établissement, en étendant le périmètre des décisions sur lesquelles elles sont consultées pour avis, et en leur donnant un rôle dans la nomination des chefs de service et de pôle et les relations ville-hôpital.*

*Permettre l'expérimentation de modalités alternatives d'organisation de la gouvernance allant par exemple jusqu'au regroupement de la CME et de la commission des soins.*

*Renforcer la présence des personnels paramédicaux dans la gouvernance en introduisant un personnel paramédical au directoire, instance stratégique décisionnaire des établissements.*

*Renforcer la place des représentants des usagers en rendant systématique la définition de modalités de leur association dans le règlement intérieur de chaque établissement.*

### En conclusion

La lettre d'intention du SÉCUR de la Santé ne semble pas changer grand-chose en ce qui concerne la gouvernance hospitalière, mais ce n'est pas forcément une révolution que l'INPH attendait, mais plutôt une ré-évolution dans le bon sens du rôle de la communauté médicale dans un but de responsabilisation et d'intelligence collective que nécessite un système aussi complexe pour bien fonctionner. Le point le plus important reste surtout la nécessité d'un changement de paradigme qui est la sortie urgente d'une gestion uniquement comptable des hôpitaux publics.



# MÉDICALISER LA GOUVERNANCE, C'EST AUSSI MÉDICALISER LA GESTION !



**D<sup>r</sup> Jérôme FRENKIEL**  
Membre du SNPHCHU  
Administrateur de l'INPH

## La remédicalisation de la gouvernance de l'hôpital était l'une des attentes fortes des praticiens hospitaliers vis-à-vis de ce Ségur de la santé, et l'une de leurs principales déceptions.

Certes, le constat aborde de manière très euphémisée la nécessité de « simplifier, décloisonner, libérer, débureaucratiser (sic) ». Et les recommandations évoquent tout aussi « concrètement » de « rendre les processus de consultation et de décision plus collectifs », de « reconnaître aux paramédicaux les

moyens de promouvoir leur expertise en matière de stratégie et d'organisation des soins », de « renforcer la place des usagers dans les instances appropriées », de « revaloriser la notion d'équipe et en redonnant sa place centrale au service doté d'un pouvoir de décision au quotidien et la capacité de s'adapter à l'évolution des soins et des techniques ». Certes, il est envisagé de « concrétiser la médicalisation du système de prise de décision » sur la base du rapport Claris. Nous verrons ce qu'il en sera, mais il est remarquable d'observer le silence assourdissant sur les questions de gestion, malgré les propositions, réellement concrètes, elles, de l'INPH.

Mais au fait, quel rapport entre la gouvernance et la gestion ? Eh bien... tout ! Comment concevoir un projet de service, un projet médical, une décision d'investissement, une politique qualité, un projet de recherche, une démarche d'efficacité qui ne soit étroitement connectée avec sa dimension financière ? Seulement

voilà : les médecins hospitaliers manifestent traditionnellement peu d'appétence pour les choses de la gestion. Les Directions n'en sont que plus à l'aise pour centrer leur gestion sur les objectifs purement budgétaires qui leurs sont imposés d'en haut. Et les DIM, marginalisés par les directions financières dans le silence coupable des communautés médicales, ne sont plus là pour porter sur les chiffres une expertise à la fois médicale et indépendante. Il s'ensuit que l'élaboration et l'exécution de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses, en d'autres termes le cycle budgétaire) sont réduites à un exercice fondamentalement bureaucratique et formel, dans lequel quelques médecins sont parfois admis à faire office de figurants, alors que ce processus devrait être la base de la politique économique **médicalisée** de l'hôpital.

On peut distinguer, à l'origine de cette situation, au moins deux raisons profondes et distinctes. La première est culturelle, quasi-sociologique. En effet, la rela-

tion médecins – directeurs s'est historiquement construite sur *un motus vivendi* : aux directeurs la charge des fonctions triviales de l'hôpital, au premier rang desquelles les questions financières, charge à eux de pourvoir aux demandes des médecins. On notera que, pour des raisons différentes, aucune des deux parties n'est réellement responsabilisée sur les résultats de gestion. Toujours est-il que ce modèle présuppose que l'établissement dispose de marges de manœuvre significatives, lesquelles ont progressivement disparu. Autrement dit, les médecins restent exclus, pour l'essentiel, des processus et des décisions de gestion, mais n'en retirent plus aucun bénéfice. Ce qui nous amène au second problème de fond : l'hôpital et les soignants qui l'incarnent d'une part, le gouvernement et les directeurs qui en appliquent la politique d'autre part, ne partagent plus le même projet. Car aujourd'hui les modalités de construction de l'ONDAM, partant d'un objectif purement financier, ne sont plus compatibles avec les missions de l'hôpital dans des conditions acceptables tant par les professionnels que par les patients. Le résultat est que les causes macroéconomiques s'ajoutent aux causes culturelles pour exclure les soignants, à commencer par les médecins, du pilotage économique de l'hôpital.

Dans quelle mesure ce Ségur est-il susceptible de changer la situation ? Au stade actuel, l'optimisme n'est pas de mise. En premier lieu, si un certain nombre de propositions du Ségur sont en relation avec l'ONDAM, la garantie des moyens nécessaires aux missions n'en fait

pas partie, malgré la demande expresse de l'INPH. Tout au plus observe-t-on quelques mesures susceptibles de desserrer, partiellement et provisoirement, le carcan financier. Quant à la gouvernance proprement dite, le terme n'est employé que *deux* fois en 148 pages (!), et encore en lien avec les ARS, pas avec l'hôpital. Pour la petite histoire, l'expression « santé publique » n'a été employée pour sa part que six fois dans le même rapport. Il y a des tabous qui ont la vie dure...

Certes, il est question d'impliquer un peu plus les soignants sur certaines questions en lien avec l'investissement. Certes, il est question de redonner certaines prérogatives au service (lesquelles, concrètement ?). Mais sur la gouvernance, y compris économique, c'est le *black-out* complet. Même

les propositions de l'INPH n'ont pas été reprises dans les attendus (notez bien que, par courtoisie, nous n'avons pas employé le terme « censure »). On reste bien dans une vision autoritaire de l'hôpital, où les médecins et soignants n'ont

pas leur mot à dire, et encore moins sur les choix financiers, où les directeurs financiers continueront à se succéder, sans jamais être responsabilisés sur leurs résultats, où les directeurs des ressources humaines continueront à fermer les yeux sur un niveau d'absentéisme extravagant, etc. etc.

Alors, face à ce constat, y a-t-il une place pour l'espoir ? Au moins une chose est claire : la solution ne viendra pas du gouvernement, qui n'a aucun intérêt à bouger les lignes, pas plus que les directeurs au demeurant. En fait, la balle est (notamment) dans le camp des médecins : auront-ils, à la diffé-

rence d'hier, la volonté de s'imposer dans le débat, ce qui veut dire aussi prendre leur part de responsabilité ? C'est toute la question, et eux seuls peuvent y répondre. En tout cas, les pistes d'actions sont de pur bon sens, et peuvent être résumées ainsi :

1. Repositionner la CME sur les questions financières, qui doit redevenir un lieu de débat, de propositions et d'arbitrages ;
2. Responsabiliser la Direction sur ses décisions, notamment lorsqu'elles n'auraient pas été approuvées par la communauté médicale ;
3. Reprendre la main sur l'élaboration et le suivi de l'EPRD, en remettant le service (et son responsable) au centre de l'exercice. Exiger que les objectifs d'activité (à l'origine des recettes) soient dimensionnés à la hauteur des moyens (à l'origine des charges), dans le cadre d'une concertation unique ;
4. Exiger une délégation de gestion significative au bénéfice du service, sur le fonctionnement comme sur l'investissement ;
5. Rendre à la communauté médicale les moyens d'une expertise médico-économique fiable, en assurant aux DIM leur indépendance vis-à-vis de l'Administration ainsi que les moyens de leurs missions, en lien privilégié avec la Communauté médicale.

Il est hautement souhaitable que les professionnels de santé puissent travailler, sur les questions financières au même titre que sur les autres sujets, en bonne intelligence avec une administration qu'ils n'ont pas la prérogative de choisir. Cependant, l'expérience démontre que de telles conditions favorables, indispensables à une gouvernance de qualité, ne viendront pas de la seule administration. Il est alors du devoir de la communauté médicale de créer les conditions de cette coopération et, s'il y a lieu, de l'imposer. L'avenir de l'hôpital public est à ce prix.

# SÉGUR ET PSYCHIATRIE

## TOUT RESTE À FAIRE



**Dr Michel TRIANTAFYLLOU**

Président du SPEP

Vice-Président de l'INPH chargé de la Psychiatrie

**On prévoyait une hécatombe pour les patients qu'elle prenait en charge, on la disait dysfonctionnelle, inefficace, incapable de s'adapter aux nouvelles réalités...**

Et pourtant, la psychiatrie publique a su s'adapter à la crise sanitaire avec une efficacité et une rapidité redoutables. Ainsi, elle a redéployé en un temps record plus de 1000 lits COVID tout en développant une multitude de dispositifs : télé et visio consultations, VAD de crise, centres de soutien aux familles... et, en même temps, elle a assuré la prise en charge de tous les patients hospitalisés, les urgences, les soins sans consentement dans le respect des droits, les consultations présentielles aux CMP.

Cela a été possible grâce au maillage territorial des secteurs qui la structurent, au dévouement de tous les soignants et une collégialité collaborative couplé d'une

gouvernance médicalisée dans tous les établissements.

La forte mobilisation des services de psychiatrie durant ces derniers mois a été reconnue par le Ministre, mais elle ne s'est pas traduite par une meilleure perception des pouvoirs publics quant aux problèmes rencontrés par la psychiatrie.

Certes Olivier VERAN a promis une « nouvelle ambition » pour la feuille de route santé mentale et psychiatrie assurant que la discipline est « un pilier de notre politique d'investissement ».

Certes, la mesure 31 du SÉGUR de la santé vise à renforcer « l'offre de soins psychiatriques et psychologiques de la population ».

Il s'agit en effet des annonces encourageantes mais qui soulèvent beaucoup d'interrogations :

- ☑ Les mesures censées bénéficier à tous les hôpitaux (hausse des rémunérations, aide aux investissements, possibilité d'ouvrir 4 000 lits hospitaliers, 15 000 créations de postes, etc.) ; mais à quel point et à quelle hauteur la psychiatrie sera bénéficiaire de ces moyens ?
- ☑ Le dossier annonce une enveloppe de 40 millions d'Euros « pour renforcer l'offre du soutien psychiatrique et psychologique de la population » sans plus de précisions. Compte tenu de l'étranglement dont a longtemps souffert la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) allouée aux établissements psychiatriques, ce qui est annoncé ne suffira pas.
- ☑ Il manque notamment un calendrier de travail et des précisions sur la mise en œuvre des crédits et des annonces pour la discipline.

Un effort important est nécessaire pour remettre à niveau les ressources historiquement sous-dotées des Etablissements psychiatriques (5 % de dotation annuelle en moins sur les 10 dernières années) et trouver des réponses à la pénurie des effectifs médicaux (29 % des postes vacants pour les PH à temps plein et 50 % des postes vacants pour les PH à temps partiel). Le numéro national « d'urgence suicide » annoncé à grand bruit risque ainsi d'orienter les patients vers des structures complètement saturées et sous-dotées en personnel médical... Pour ne pas parler de la situation dramatique de la pédopsychiatrie dont les moyens alloués et les effectifs médicaux ont fondu comme neige au soleil... ou de retours à des pratiques d'un autre temps, sous un habillage de soi-disant « modernité »...

Une gouvernance nationale de la Psychiatrie à « plusieurs têtes » ne peut que susciter des confusions et des télescopages fréquents avec, in fine, une paralysie de l'action publique.

## Un effort important est nécessaire pour remettre à niveau les ressources historiquement sous-dotées des Etablissements psychiatriques et trouver des réponses à la pénurie des effectifs médicaux

Une feuille de route revisitée, même avec de nouvelles ambitions, ne fait pas une politique de santé et ne peut pas se substituer à un projet global pour la psychiatrie, voire à une loi-cadre, que nous demandons de longue date.

On a globalement le sentiment qu'il y a eu très peu de prise en considération des problématiques de psychiatrie publique, depuis longtemps abandonnée et maltraitée, au terme du SÉGUR de la santé. Elle se trouve dans une situation que l'ensemble des acteurs ont qualifié d'« Urgence Républicaine » qui nécessite une politique globale et cohérente, une gouvernance équilibrée et des dotations à la hauteur des enjeux de santé publique et de santé mentale de la population.

Le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP), l'un des fondateurs de l'INPH, est ouvert à un dialogue constructif avec les pouvoirs publics. Il prendra toute sa part aux futurs débats qui vont s'ouvrir sur l'hôpital public et l'avenir de la Psychiatrie.



# PRÉVOYANCE

## FRAIS DE SANTÉ

40 ans d'engagement et d'accompagnement confraternel au service des praticiens hospitaliers

Le maintien de vos revenus en cas d'arrêt de travail, d'invalidité et des capitaux versés en cas de décès

Une complémentaire santé de qualité à des tarifs attractifs

Un fonds d'intervention solidaire

Une équipe de spécialistes dédiée à votre profession

Une souscription en ligne entièrement sécurisée sur le site [velappa.besse.fr](http://velappa.besse.fr)

**PRATICIENS, PHARMACIENS HOSPITALIERS & HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

PREVOYANCE  
SANTÉ  
ASSISTANCE  
FONDS DE SOLIDARITE

WWW.APPA.BESSE.FR

Document non contractuel  
Les contrats sont souscrits par l'APPA auprès de Generali et sont diffusés par Ressources France commercialement dénommé « Besse Requin » - SAS au capital de 111 024 € - 135 Boulevard Haussmann - 75008 Paris  
RCS Paris B 414 936 740 - Conseil et outils en assurance (exécuteur conformément à l'article L520-1-2b du Code des assurances) n°ORIAS : 02102791 - www.mias.fr soumise au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest 75009 Paris  
Liste des fournisseurs actifs disponible sur simple demande



# SÉGUR ET POLITIQUE TERRITORIALE À L'ÉPREUVE DU COVID



Eric OZIOL

Secrétaire Général du SYNDIF

**La pandémie liée au virus SARS-CoV2 par sa brutalité d'installation a été un révélateur des capacités et des fragilités de notre organisation territoriale de santé.**

Malgré un discours politique initialement flou et ambivalent, la carence des outils des mesures « barrière » (masques et SHA), mais surtout des tests PCR en accès et en nombre très limités, les professionnels de santé, et notamment les médecins de terrain (généralistes, urgentistes, médecins hospitaliers de toutes les spécialités concernées, pharmaciens, biologistes etc...) ont rapidement réagi pour compenser ces difficultés et s'organiser. Le partage d'information via le téléphone, les forums de discussion WhatsApp, les forum mail, au niveau régional, national, voire international, mais surtout en proximité dans les territoires de santé entre hospitaliers et professionnels de santé libéraux de terrain, nous a permis d'être moins aveugles sur la situation et de pouvoir faire face à cette épidémie,

malheureusement au prix d'une mise « en panne » de l'économie, mais également du reste du système d'accès aux soins.

La connaissance des zones de fragilité populationnelle du territoire, l'implication de tous les acteurs de terrain, l'utilisation et le développement accéléré de la télé-médecine, la communication ville-hôpital avec des alternatives de régulation téléphonique, le rôle des MSP (Maisons de Santé Pluri-professionnelles) et des laboratoires de biologie avec l'organisation rapide de « Centres COVID », et enfin des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) qui ont trouvé à cette occasion tout leur sens, ont été autant de réponses adaptatives sur le terrain, sans compter sur l'extraordinaire plasticité et réactivité de l'organisation hospitalière.

Bien sûr l'épidémie n'est pas terminée, mais si l'on se compare à nos voisins allemands il y aura beaucoup d'enseignements à tirer sur la réussite de leur système de santé moins hospitalo-centré, qui investit plus dans les soins primaires et le maillage territorial mais qui paradoxalement offre plus de lits d'hospitalisation, notamment de soins intensifs, pour 100 000 ha, pour une part du PIB allouée à la santé comparable à celle de la France, mais avec 1% de moins de dépenses administratives de santé...

En France, il est nécessaire de sortir de l'hospitalo-centrisme à la fois des missions mais aussi de la contrainte budgétaire. L'hôpital public ne peut pas tout faire en coûtant moins ! En effet, l'hôpital public ne peut pas fonctionner correctement sans soins primaires bien organisés sur le territoire, alors qu'il est performant et adaptatif, malgré ses moyens contraints.

**Enfin, en préalable aux commentaires sur les propositions de politique territoriale du SEGUR**

**de la Santé, l'INPH réaffirme** que rien ne pourra se faire sans une véritable conception médicale du territoire et sans la participation volontaire des praticiens ; s'opposera à toute territorialisation du statut des praticiens (statut uniquement national) ; veillera à la mise en œuvre de contreparties financières et statutaires significatives en cas de nécessité de mobilité territoriale médicalement pertinente.

## ANALYSE DU TEXTE FINAL DU SÉGUR SUR LES TERRITOIRES

(MESURES 24 À 33)

### Les engagements clés annoncés

- Améliorer la prise en charge des personnes âgées en pérennisant et en systématisant : les astreintes sanitaires pour les établissements de personnes âgées, les équipes mobiles, les parcours d'admissions directes non programmées.
- Lever les freins à la téléconsultation et pérenniser la prise en charge à 100 %.
- Lutter plus massivement et plus efficacement contre les inégalités de santé.
- Développer l'accès aux soins non-programmés et l'exercice coordonné.

### Mesure 24

#### ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ DANS TOUS LES TERRITOIRES

#### Commentaires

La télésanté ne doit pas être une solution en trompe l'œil aux zones de non accès médical. La télé-expertise sans professionnels de terrain, médecins généralistes ou infirmiers-ères notamment, ne pourra compenser le défaut d'investissement dans le maillage territorial des soins primaires.

Malgré cela la crise du COVID nous a montré toute l'utilité que pouvait avoir la télé-médecine, avec une appropriation très rapide par les professionnels de terrain, notamment par les médecins généralistes pour la réalisation de

téléconsultations et par les soignants non médicaux pour la télésurveillance, avec des règles de facturation rapidement adaptées compte-tenu de l'urgence épidémique (ex : le 9 mars 2020 un décret met fin à l'obligation d'avoir eu une consultation physique avec son médecin dans l'année précédant une téléconsultation).

En raison du confinement et de la limitation de l'accès physique aux établissements, les centres hospitaliers ont pu également rapidement compléter leur expérience de téléconsultations et de télé-ex-

pertises, avec certes ses limites, mais aussi ses opportunités et développements utiles en lien avec les professionnels et structures de soins primaires.

Des investissements structurels et organisationnels dans les établissements en lien avec les professionnels du territoire sont nécessaires, leur financement et la rémunération des actes seront des éléments importants de négociation.

**Mesure 25  
AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS PAR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EXERCICE COORDONNÉ**

**Commentaires**

L'investissement dans l'organisation des soins primaires doit se concentrer sur le développement des MSP (Maisons de Santé pluri-professionnelles) et des CPTS (Communautés Profession-

nelles Territoriales de Santé). Les urgences de l'hôpital ou des cliniques ne peuvent être une solution durable de compensation des carences en soins primaires, ni même la seule structure de per-

manence de soins, dans une perspective de gradation des soins en fonction de la gravité et de l'urgence.

**Propositions INPH**

De la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) au CH(U) : des territoires de soins et de formation, la qualité et l'égalité d'accès doivent être la préoccupation première tant du par-

cours de soins de la CPTS vers le CHU que de la filière de formation du CHU vers la CPTS.

Les CPTS et les médecins libéraux doivent constituer le premier niveau d'accès aux soins et mettre

en route le parcours de soins adapté aux malades et à sa pathologie. Idéalement ce niveau devrait déjà tendre vers une permanence des soins.

**Mesure 26  
CONCRÉTISER LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)**

**Commentaires**

Toujours dans le même esprit, le centre 15 ne peut rester le seul outil de régulation territorial de l'accès aux soins. Au cours de l'épidémie COVID, l'ouverture immédiate par certains centres hospitaliers de territoire, de lignes télépho-

niques dédiées (cellule de régulation d'infectiologie, de gériatrie, de soins palliatifs, etc.) à disposition des professionnels de « ville » ou de terrain, a permis de soulager les appels aux centre 15 et de réguler en pré-hospitalier les hospitalisa-

tions par les filières urgences spécifiques, des patients suspects de COVID le nécessitant. Des initiatives pertinentes comme celles-ci doivent être reconnues, améliorées, diffusées et surtout valorisées/financées.

**Mesure 27  
LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ**

**Commentaires**

La proposition phare de ce chapitre est de : « ...créer 500 nouveaux lits haltes soin santé pour atteindre 2 600 places d'ici 2022 offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe. »

du logement et pas seulement la politique hospitalière. L'hôpital, bien qu'il reste ouvert à tous et à toute heure, ne peut être le seul traitement des maux engendrés par une économie capitaliste déréglée et brutale.

Cependant les inégalités en santé sont essentiellement la conséquence des inégalités sociales qui relèvent en priorité de la politique de l'emploi, des minimas sociaux,



**Mesure 28  
METTRE EN PLACE UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE VILLE-HÔPITAL-MÉDICO-SOCIAL POUR LES PERSONNES ÂGÉES**

**Commentaires**

La crise COVID a montré que dans les EHAPAD le bon fonctionnement des soins et d'un accueil de qualité, ne pouvait juste reposer sur la bonne volonté et l'engagement d'un personnel peu qualifié et insuffisant en nombre, ni seulement sur l'intervention « pal-

liative » dans l'urgence d'équipes mobiles de l'hôpital public. Les EHPAD ne peuvent seulement se réduire à un « bon placement immobilier » pour certains, mais elles ont un devoir impératif éthique de préservation de la dignité humaine et de l'autonomie,

jusqu'à la fin de la vie. Une permanence médico-soignante dans les EHPAD, en lien direct avec l'offre hospitalière (consultations, hôpital de jour, hospitalisation programmée ou directe urgente) est nécessaire.

**Mesure 29  
AMÉLIORER L'ACCÈS AU SOIN DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

**Commentaires**

Le handicap, la perte d'autonomie, le vieillissement et la paupérisation, qui sont malheureusement souvent combinés, sont de vrais

enjeux de la société tout entière bien au-delà de l'hôpital ou des structures médicales ou médico-sociales. Dans tous les cas

l'hôpital doit donner un accès le plus adapté à tous, quelle que soit sa situation, souvent complexe et intriquée.

**Mesure 30  
FAIRE DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DES LABORATOIRES EN MATIÈRE DE COOPÉRATION TERRITORIALE**

**Commentaires**

Cette mesure reste assez floue et peu détaillée, mais soulève des questionnements probablement très complexes, avec des situa-

tions locales pour ces hôpitaux dits de « proximité » très variables. Quelles structures maintenir ? Avec quelles missions ?

Avec quels professionnels et quelle organisation au sein des CPTS ?

**Propositions INPH**

Les hôpitaux de proximité doivent permettre d'assurer les « petites urgences », les hospitalisations ne nécessitant pas de plateau technique, les soins de suite et l'hébergement d'aval, la fin de vie à proximité du domicile et de la famille des malades.

Les centres hospitaliers doivent prendre en charge les soins courants sur plateaux techniques et offrir des consultations avancées ultra spécialisées.

Les CHU doivent être l'endroit où sont délivrés les soins ultra spécialisés, tout en assurant les ac-

tivités de recours, mais aussi de soins courants et de proximité pour la population avoisinante.

Les établissements privés trouvent leur place dans cette hiérarchisation de l'offre de soins, quel que soit le niveau, en fonction de leurs capacités.

**Mesure 31  
RENFORCER L'OFFRE DE SOUTIEN PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DE LA POPULATION**

Cf. article et commentaires sur l'état de la psychiatrie, notamment hospitalière en France, par Michel Triantafyllou dans le présent numéro (page 35).

### Mesure 32 RENFORCER LES MISSIONS ET L'INDÉPENDANCE DES CONFÉRENCES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA) AFIN D'EN FAIRE DES VÉRITABLES PARLEMENTS DE SANTÉ

#### Commentaires

En fait il n'y a que des questionnaires et pas réellement de commentaires. Quid de la représentation des professionnels de santé du territoire aux CRSA : URPS, CPTS, MSP, CME, etc. ? Quel a été leur rôle réel jusqu'à présent ? Quelle

représentation ? Temps consacré pour ses membres ? Bénévolat ? Quels moyens de travail et d'autonomie ?

Enfin, une phrase du texte n'est pas claire : « Concertation avec les

acteurs et notamment les associations de patients et élus locaux pour modification législative et réglementaire du code de la santé publique en 2021 ». De quelle modification législative et réglementaire s'agit-il ?

### Mesure 33 ÉVOLUTION DES ARS : RENFORCER LE NIVEAU DÉPARTEMENTAL ET L'ASSOCIATION DES ÉLUS

#### Commentaires

« Une place plus grande pour les élus »... mais quelle place pour les professionnels de santé (URPS, CPTS, CME...) ? Faut-il un renforcement des ARS ou plutôt une modification drastique de leur fonctionnement, qui actuellement est en « tuyaux d'orgue » et ne fonctionne que dans un seul sens : descendant voire condescendant ou par « souffle d'injonctions » pas toujours harmonieuses ? Cependant l'ARS a la lourde charge

de tenter de faire la synthèse d'un système de santé comprenant de nombreux acteurs administratifs comme les directions du ministère de la Santé (DGOS, DSS, DREES), les agences (ATIH, ANAP, HAS, ANSM), la CNAM, ce qui rend son action malheureusement parfois plus « conceptuelle » que réelle. L'ARS ne pourra se passer de l'expertise des professionnels de santé du territoire que ce soit pour les pathologies

chroniques, pour les personnes âgées et dépendantes, l'accès aux soins, mais aussi, l'expérience du COVID nous le montrant, pour les crises sanitaires épidémiques, quelles qu'elles soient. Il convient de décloisonner les services pour le développement d'une véritable intelligence collective au service des spécificités des populations de chaque territoire.

#### En conclusion

Globalement les annonces du SÉCURITÉ de la santé semblent excellentes en matière de politique territoriale sous réserve du flou « exécutif » de l'évolution des CRSA et des ARS.

L'aspect territorial de la formation professionnelle, chère à l'INPH, n'est malheureusement pas spécifiquement abordé par ces mesures.

Cependant au-delà d'une simple lettre d'intentions, il conviendra de veiller au respect d'un certain nombre de priorités d'investissement (financement) et d'organisation (gouvernance), à savoir :

- La réduction du mille-feuille administratif d'un système de santé trop complexe et donc la possibilité d'une réduction de ses coûts.
- D'investir en priorité dans l'organisation territoriale des soins primaires (MSP, CPTS) en lien avec les structures hospitalières du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire).
- De mieux dimensionner l'offre hospitalière avec une meilleure disponibilité de lits d'hospitalisation non programmée et de soins intensifs.
- De recentrer l'hôpital sur ses missions coordonnées avec tous les acteurs médico-sociaux du territoire de santé.
- D'améliorer la participation des organisations représentatives des professionnels de santé à la politique de leur territoire au sein des régions et des CRSA, ainsi qu'auprès des ARS.



**Êtes-vous «Daumézon compatible» ?**

**Vous êtes psychiatre, vous cherchez un poste attractif et une vraie qualité de vie au travail à seulement 1 h de Paris, faites le test !**

**GEORGES DAUMÉZON**  
Établissement Public de Santé Mentale du Loiret

**POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS MERCI DE CONTACTER :**

- Mme Aurore BILLET, Directrice des affaires médicales : [abillet@ch-daumezon45.fr](mailto:abillet@ch-daumezon45.fr)
- Docteur Séverine RESTELLI, Présidente de CME : [srestelli@ch-daumezon45.fr](mailto:srestelli@ch-daumezon45.fr)

**Rendez-vous** sur notre site internet [www.epsm-loiret.fr](http://www.epsm-loiret.fr) ou scannez simplement ce QR Code

# AVEC LA MÉDICALE SANTÉ, AJUSTEZ VOS GARANTIES À VOS BESOINS

1

• **Plusieurs formules pour choisir les plus hauts niveaux de remboursement** ou ne couvrir que l'essentiel.  
• Nos formules "Responsables" 100% Santé avec 0 € de reste à charge sur certains équipements optique, dentaire et audiologie.

2

• Pour suivre l'évolution de vos besoins de santé, **possibilité de changer de formule chaque année jusqu'à 65 ans.**  
• **La possibilité d'associer 2 formules dans un même contrat familial**, tous les enfants devant être couverts par la même formule.

3

**Des remboursements forfaitaires pour les soins pas ou mal pris en charge :**  
• chirurgie réfractive, implants dentaires,  
• vaccins non pris en charge,  
• contraception,  
• nombreuses médecines douces : acupuncteur, homéopathe, ostéopathe, diététicien, podologue...

4

**Des tarifs famille avantageux :**  
• 20% de réduction si vous êtes 3 assurés,  
• Gratuité pour le 4<sup>ème</sup> enfant et les suivants,  
• et encore plus de réductions pour les familles nombreuses...

Contactez sans attendre votre Agent Général



0 969 32 4000

Service gratuit  
+ prix appel

La Médicale Santé est un contrat d'assurance commercialisé par les Agents de La Médicale. Il est souscrit par La Médicale Vie Prévoyance auprès de La Médicale. Les dispositions complètes du contrat figurent dans la notice d'information. La Médicale Vie Prévoyance - Association loi 1901 - Siège social : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10. La Médicale - Entreprise régie par le Code des assurances. Société anonyme d'assurances au capital entièrement libéré de 5 841 168 €, 582 068 698 RCS Paris. Siège social : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10. Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en septembre 2020.



lamedicale.fr

**La médicale**  
assure les professionnels de santé

## UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ QUI S'ADAPTE À VOS BESOINS, C'EST ESSENTIEL

