



**RÉDUIRE
la FRACTURE
SANITAIRE,
PANSER et REPENSER
le SYSTÈME de SANTÉ**

*Alors que l'hôpital public
a tenu son rôle de bouclier sanitaire,
il ne pourra survivre
sans une refonte globale du système.*

ÉLECTIONS PRÉSIDENTIELLES 2022

*Propositions de la Conférence Nationale des Présidents
de Commissions Médicales d'Établissements des Centres Hospitaliers*



INTRODUCTION

La campagne présidentielle 2022 s'ouvre en pleine crise sanitaire. Une crise qui s'avère d'une durée et d'une intensité inégalée et aux conséquences majeures pour l'ensemble de la population et du système de santé. Elle est de fait une source essentielle d'enseignements qu'il serait fautif de ne pas prendre en compte.

En tout premier lieu, la crise a démontré que l'hôpital est le bouclier sanitaire de notre système de santé. Tout doit être fait pour sécuriser cette mission incontournable à laquelle personne ne peut se substituer. L'hôpital public doit pouvoir être apte, en toutes circonstances, à faire face aux crises de toute nature ayant un impact sur les hospitalisations.

Le maillage territorial des hôpitaux publics a démontré que les Centres Hospitaliers (CH) jouaient un rôle capital dans l'offre de soins. Les complémentarités entre les CH ont été essentielles dans les territoires. Cette richesse doit être préservée.

Pour autant, cette épreuve a démontré combien l'Hôpital était lui-même en grande fragilité, la pandémie n'ayant été que l'accélérateur de celle-ci.

La vraie crise sanitaire actuelle n'est pas tant celle du Covid que celle structurelle de l'hôpital public et à travers lui de l'ensemble du système de santé.

L'analyse globale de cette gestion de crise montre que l'hôpital a tenu et tient toujours. Oui mais à quel prix ? Celui des déprogrammations massives et régulières depuis 2 ans induisant des retards de diagnostic et de prise en charge des autres pathologies, celui des fermetures de lits faute de soignants épuisés et en perte de sens sur leur exercice quotidien depuis trop longtemps. Lors de chaque vague épidémique, sa fragilité s'aggrave.

Il continue de faire face grâce à des professionnels formidables, impliqués, qui aiment leur métier, les patients et les valeurs essentielles de l'hôpital public. Mais ces troupes s'épuisent, commencent à se désespérer face à un avenir incertain et s'amenuisent. La situation devient particulièrement inquiétante. Ce processus d'érosion doit être stoppé sans attendre.

Toutefois, la crise a aussi démontré que, devant l'urgence impérieuse, les professionnels ont retrouvé le sens de leur action grâce à la levée de très nombreux verrous normatifs, comptables et administratifs, sources d'inertie du quotidien. Le travail en équipe, les collaborations et une réelle gouvernance participative entre les différents acteurs ont été à l'origine d'initiatives et d'innovations souvent pragmatiques et rapidement mises en œuvre. Le patient et l'humain ont été remis au cœur des préoccupations. Le rôle des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements (PCME) a été capital. Ils ont souvent été les Directeurs Médicaux de crise au sein des CH et donc les pilotes de la gestion de crise. Leur place au sein de la gouvernance des hôpitaux est primordiale et incontestable.

Malgré cette force d'âme, cette période a aussi démontré combien l'hôpital n'avait plus de marge de manœuvre pour faire face à ce type de situation. On lui a demandé d'être de plus en plus performant pour absorber une activité qui se voudrait quasi normée, prévisible et planifiable comme un process industriel. La charge de travail des praticiens, souvent polluée par des tâches non médicales, n'a cessé de croître et est mal reconnue. La contrainte de la gestion des soins non programmés repose trop sur l'hôpital dans de nombreux domaines où ce n'est pas sa mission. Cela participe de plus en plus au départ des praticiens, ce d'autant plus que cette contrainte est très peu partagée. Les moyens dont dispose l'hôpital public tant en nombre de lits qu'en nombre de professionnels ne sont plus adaptés aux variabilités des besoins de santé. On le constate chaque hiver depuis bien trop longtemps.

La crise a également révélé les carences en professionnels de nombreux secteurs et la nécessité de leurs coopérations, démasquant alors les faiblesses parfois majeures de celles-ci avec la médecine libérale principalement de second recours, les établissements privés et le secteur médico-social. La carence des outils numériques de communication a également été criante même si ces outils étaient capables, lorsqu'ils étaient exploitables, de faire évoluer cette communication avec efficacité.

Le réflexe du cloisonnement du système de santé a été vif avec une tendance initiale au tout hôpital pourtant si décrié par ailleurs. Or, les besoins de santé ont profondément évolué. Nous sommes passés d'une médecine des soins aigus avec une prise en charge hospitalière ponctuelle, à une médecine des maladies chroniques où l'hôpital se situe comme les autres acteurs dans un continuum de prise en charge. Ce cloisonnement du système, tant du point

de vue de sa gouvernance, que de son organisation et de son financement, n'est plus adapté voire même délétère. Il doit être rénové, plus conforme aux parcours de soins et surtout repensé au niveau des territoires. En effet, le besoin d'une organisation territoriale globale complémentaire et coordonnée entre tous les acteurs est devenu criant au fur et à mesure du déferlement des vagues successives. Il est symptomatique de constater que les acteurs ont agi en complémentarité dès lors que les problèmes financiers étaient absents. Cela démontre qu'il faut cesser de construire notre système de santé en mode purement concurrentiel mais bien de trouver les leviers pour le refonder au service des patients.

Il est donc urgent de transformer cette crise en opportunité. Il est nécessaire d'en tirer tous les enseignements afin d'assurer la transformation pertinente de notre système de santé pour qu'il puisse répondre à l'évolution des besoins de santé mais aussi aux attentes de ses professionnels. Ils ont été trop longtemps dépouillés d'une responsabilité centrale dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets de santé. Le temps est venu de leur faire confiance.

Pour répondre à ces enjeux majeurs, la Conférence des Présidents de CME des CH appelle le futur Président de la République à prendre 15 engagements sur l'hôpital, le territoire et la remise à plat du système au travers d'un Élysée de la santé.



Dr Thierry GODEAU

Président
de la Conférence Nationale
des PCME des CH

L'HÔPITAL PUBLIC, BOUCLIER SANITAIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ AUQUEL PERSONNE NE PEUT SE SUBSTITUER, DOIT ÊTRE SÉCURISÉ ET SANCTUARISÉ	6
Engagement n°1 / Poursuivre un investissement massif et durable sur l'hôpital public	7
Engagement n°2 / Réinventer la performance hospitalière sur des critères de qualité de prise en charge des patients	7
Engagement n°3 / Répondre à l'urgence absolue : redonner envie aux praticiens hospitaliers de venir et de rester à l'hôpital public	8
Engagement n°4 / Améliorer les conditions d'exercice des praticiens hospitaliers et simplifier leur quotidien	9
Engagement n°5 / Amplifier la médicalisation de la gouvernance et du management à tous les niveaux de l'hôpital	10
LE TERRITOIRE DE SANTÉ : ÉCHELON INDISPENSABLE D'UN SYSTÈME DÉCLOISONNÉ POUR UNE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE PARTAGÉE PAR TOUS	11
Engagement n°6 / Rendre obligatoire le Projet Territorial de Santé (PTS) sur chaque bassin de vie	12
Engagement n°7 / Recentrer les Groupements Hospitaliers de Territoire sur une stratégie médicale affirmée et adaptée à chaque territoire	13
Engagement n°8 / Reconnaître les Présidents de CME et de CMG comme les pilotes hospitaliers de la stratégie médicale et des coopérations territoriales	13
Engagement n°9 / Développer la recherche et l'innovation en Centres Hospitaliers en lien avec leurs territoires	14
Engagement n°10 / Accélérer la transformation numérique du système de santé	14
UN ÉLYSÉE DE LA SANTÉ POUR UNE REMISE À PLAT DU SYSTÈME DE SANTÉ!	15
Engagement n°11 / Mettre en œuvre une véritable politique nationale de santé	16
Engagement n°12 / Garantir l'accès aux soins pour tous, redéfinir les missions et les devoirs de chaque acteur sont les priorités incontournables	17
Engagement n°13 / Financer les nouveaux besoins de santé	18
Engagement n°14 / Revaloriser significativement l'acte intellectuel médical	18
Engagement n°15 / Unifier la gouvernance de la santé, faire confiance aux acteurs et mettre fin à la technocratie	19

L'HÔPITAL PUBLIC,
BOUCLIER SANITAIRE
DU SYSTÈME DE SANTÉ
AUQUEL PERSONNE
NE PEUT SE SUBSTITUER,
DOIT ÊTRE SÉCURISÉ
ET SANCTUARISÉ.



La pandémie récente a démontré, sans aucune ambiguïté, que l'hôpital public était le seul bouclier sanitaire du système de santé et que lui seul était en capacité de faire face à une véritable crise, que ce soit pour la prise en charge des patients ou pour l'appui aux organisations ambulatoires et médico-sociales. Le système de santé ne peut se permettre d'avoir un hôpital public fragile, tant en termes financier qu'humain.

Engagement n°1

POURSUIVRE UN INVESTISSEMENT MASSIF ET DURABLE SUR L'HÔPITAL PUBLIC

Le financement du **Ségur de la Santé n'est que le rattrapage partiel** et ponctuel d'un sous-investissement majeur dans les établissements de santé publics : rémunération insuffisante des personnels, immobilier hors norme et vétuste, matériel non renouvelé, équipements biomédicaux obsolètes et insuffisants...

Ce soutien doit être poursuivi dans une **logique absolue d'accès aux soins, de maillage territorial, de sécurisation et de gradation des soins.**

Engagement n°2

RÉINVENTER LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE SUR DES CRITÈRES DE QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Il faut passer d'une logique de performance purement économique à une logique de réponse aux besoins de santé.

Le modèle capacitaire actuel est trop déconnecté des besoins, des fluctuations d'activité et de l'aptitude des autres acteurs de santé, notamment médico-sociaux, à assurer des prises en charge alternatives, notamment celles des personnes âgées ou vivant avec un handicap ou en situation de précarité.

Tous les indicateurs actuels de l'organisation hospitalière (*nombre de lits, taux d'occupation, durée de séjour, ratio de personnels, manque de flexibilité...*) **doivent être totalement repensés.** Ils sont pour beaucoup à l'origine du malaise des hospitaliers.

Engagement n°3

RÉPONDRE À L'URGENCE ABSOLUE: REDONNER ENMIE AUX PRATICIENS HOSPITALIERS DE VENIR ET DE RESTER À L'HÔPITAL PUBLIC

Un plan d'action doit s'engager en urgence sur la reconnaissance de la pénibilité, des contraintes liées à leur exercice et sur une évolution des rémunérations.

Sans cet engagement, les départs de praticiens hospitaliers vont s'accroître. De véritables ruptures complètes de l'accès aux soins sont à attendre. Les conséquences seront bien plus dramatiques que le coût de ces mesures, avec l'émergence d'une médecine à 2 vitesses.

Le temps de travail doit être reconnu à sa réalité et doit être réellement limité à 48h au sein duquel **le temps non clinique doit être sanctuarisé**. Ce dernier ne peut en aucun cas servir de variable d'ajustement. **La valorisation du temps de travail additionnel est actuellement indécente et doit être doublée.**

La charge de la **continuité, de la permanence des soins et des astreintes** doit être **mieux reconnue et valorisée** financièrement, mais aussi **mutualisée** autant que possible dans les territoires, **y compris avec le secteur privé**. **Le temps de garde de nuit (14h) doit être enfin décompté à hauteur de 3 demi-journées. La pénibilité du travail de nuit** doit pouvoir être reconnue dans les conditions d'accès à la retraite.

Enfin, **la perte de pouvoir d'achat des praticiens hospitaliers doit cesser**. Les écarts avec les médecins libéraux se creusent et intensifient les départs. **Tous les praticiens doivent bénéficier de la même rémunération à ancienneté effective égale pour rompre avec l'iniquité créée par le Ségur**. Un plan d'action doit être entrepris pour **ramener les salaires au minimum au niveau de la moyenne des pays de l'OCDE**, en garantissant une réduction progressive des écarts avec les rémunérations des libéraux.





Engagement n°4

AMÉLIORER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET SIMPLIFIER LEUR QUOTIDIEN

La taille des équipes est capitale pour répondre à la charge en soins et à l'ensemble des missions des praticiens. **Un travail d'évaluation doit permettre d'adapter les ratios de personnels tant médicaux que paramédicaux et d'identifier toutes les actions pouvant libérer du temps médical** : coopérations interprofessionnelles, amplification des partages de compétences avec les IPA et IDE de coordination, recrutements d'assistants médicaux... Les conséquences doivent ensuite en être tirées pour répondre à cette ambition, tant en termes de formation que d'allocation de ressources.

La charge de travail doit conduire à **réévaluer les besoins cibles en effectifs médicaux**. En leur absence, des organisations dégradées adaptant les réponses aux soins doivent être définies. **Aucune nouvelle offre de soins ne peut débiter sans les moyens humains suffisants.**

L'impact des projets sur la qualité de vie au travail, par exemple la mise en place de nouveaux outils numériques, nécessite d'être **systématiquement anticipé** pour éviter un empilement des contraintes sur les équipes de terrain.

L'actualisation continue des connaissances est indispensable pour garantir la qualité des soins. Il s'agit également d'un levier de fidélisation. Il doit pouvoir s'appuyer sur un droit à l'accès aux bases de données scientifiques. Il est nécessaire de définir une articulation simple, lisible et d'accès facilité entre DPC, accréditation individuelle ou en équipe et certification périodique des médecins. Si des priorités peuvent être établies au niveau national, **la mise en œuvre opérationnelle doit relever des professionnels de terrain, et notamment de la CME.**

Engagement n°5

AMPLIFIER LA MÉDICALISATION DE LA GOUVERNANCE ET DU MANAGEMENT À TOUS LES NIVEAUX DE L'HÔPITAL

La totalité de la **réglementation** adoptée en 2021 doit **se mettre en place sans attendre**. Son impact concret devra faire l'objet d'une **évaluation stricte**.

Il est nécessaire de s'assurer que les établissements conduisent le changement, mais surtout que les hospitaliers retrouvent le sens de leur métier.

Elle ne peut reposer que sur la reconnaissance du service de soin comme structure de référence de l'hôpital pour le travail en équipe, une réelle convergence médico-soignante, la généralisation d'un management participatif et de délégations de gestion appuyées.

Le binôme Directeur/PCME doit devenir le socle du pilotage de tous les établissements publics de santé.

Dès maintenant, un **plan massif de formation managériale** doit être entrepris afin de préparer l'ensemble des **responsables médicaux** à être de plus en plus en capacité **d'assurer le pilotage stratégique et managérial de toutes les structures médicales de l'hôpital**.

Si la nouvelle réglementation ne permet pas d'améliorer très significativement et rapidement la médicalisation de la gouvernance et du management des hôpitaux, **le modèle actuel devra alors être totalement repensé en se basant sur les modèles internationaux ou par exemple celui des CLCC ou des universités**.





LE TERRITOIRE DE SANTÉ :
ÉCHELON INDISPENSABLE
D'UN SYSTÈME DÉCLOISONNÉ
POUR UNE RESPONSABILITÉ
POPULATIONNELLE
PARTAGÉE PAR TOUS

Engagement n°6

RENDRE OBLIGATOIRE LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ (PTS) SUR CHAQUE BASSIN DE VIE

La fracture en termes d'accès aux soins entre et dans les territoires de la République est exacerbée par un système qui cloisonne les acteurs. Ne réformer, une nouvelle fois, que l'hôpital n'arrêtera en rien la dérive de notre système de santé. Seule une prise en compte commune des enjeux et des solutions, un partage équitable des contraintes et des responsabilités, redynamisera notre système.

Le PTS, doit être défini à partir d'un diagnostic territorial afin de mieux identifier les besoins du territoire et ses priorités. Des **financements doivent être dévolus à leur réalisation** et à la coordination des acteurs de tout mode et lieu d'exercice.

La **responsabilité populationnelle** doit être **portée** en **premier lieu** par les **professionnels de santé** agissant de manière coordonnée **mais aussi par les collectivités territoriales**, les **élus locaux** et les **usagers** qui participent à la construction du PTS. En effet, la problématique des déserts médicaux ne peut être déconnectée de celle plus générale de l'attractivité des territoires.

Le pilotage et la coordination du Projet Territorial de Santé seront portés par une instance médico-soignante mixte, hospitalière (représentée par le PCME et/ou le PCMG selon les territoires) et ambulatoire. Elle sera garante de son opérationnalité et de la cohérence de tous les projets de santé du territoire (ex. : CPTS, PMP du GHT, PTSM...).



Engagement n°7

RECENTRER LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE SUR UNE STRATÉGIE MÉDICALE AFFIRMÉE ET ADAPTÉE À CHAQUE TERRITOIRE

Les **GHT** sont au milieu du gué avec des **dynamiques très hétérogènes** notamment en raison d'une **gouvernance obscure**, d'un **projet médical insuffisamment au premier plan** et de **périmètres trop souvent inadaptés** qui doivent **impérativement être revus si nécessaire**.

Pour autant, l'**installation des Commissions Médicales de Groupement** doit pouvoir **recentrer les GHT** sur leur **mission fondamentale d'organisation de l'offre de soins publique** sur leur **territoire**.

La **médicalisation de la gouvernance** est un **levier majeur de la réussite des GHT**. La pertinence de **confier la présidence du comité stratégique** au **Président de la Commission Médicale de Groupement** reste d'actualité afin de **reconnaitre le fondement stratégique médical du Groupement Hospitalier de Territoire**.

Le modèle d'**hôpital de proximité** doit être promu comme un **maillon essentiel de l'accès aux soins** mais cette **mission de proximité** doit également être **reconnue**, notamment **financièrement**, au sein des **établissements de référence** ou de **recours**.

La **refonte du régime des autorisations**, dans une **logique de qualité et de gradation** de soins, doit être **poursuivie**.

Engagement n°8

RECONNAÎTRE LES PRÉSIDENTS DE CME ET DE CMG COMME LES PILOTES HOSPITALIERS DE LA STRATÉGIE MÉDICALE ET DES COOPÉRATIONS TERRITORIALES

L'évolution des besoins de santé démontre combien la coordination des professionnels est primordiale. À ce titre, **la légitimité des Présidents de CME et de CMG**, chacun dans leur domaine de compétence, **ne peut être contestée pour conduire les coopérations territoriales hospitalières** avec les autres acteurs de santé.

Le Président de CME doit **piloter les relations ville-hôpital** de son établissement et le versant hospitalier du projet territorial de santé sur le bassin de vie dont il a la responsabilité. **Le Président de CMG anime celles du territoire du GHT**, en lien avec les enjeux de gradation des soins et d'organisation des parcours patients.

Engagement n°9

DÉVELOPPER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN CENTRES HOSPITALIERS EN LIEN AVEC LEURS TERRITOIRES

Le **développement** et le **financement** de la **recherche clinique** et de l'accès à l'**innovation** en **Centres Hospitaliers** non universitaires, en **lien étroit avec la médecine ambulatoire**, notamment les soins primaires, sont **essentiels** tant sur le plan médical que paramédical. Ce sont des facteurs déterminants d'attractivité médicale et d'égal accès aux thérapeutiques innovantes.

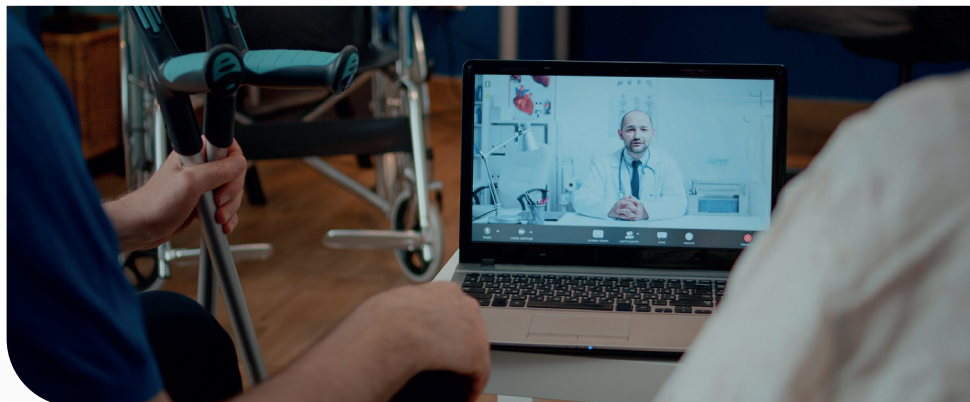
Engagement n°10

ACCÉLÉRER LA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le numérique est encore le grand absent de la transformation des soins. Dans le cadre de l'évolution des prises en charge, **l'interopérabilité doit devenir un prérequis au développement de tout logiciel.**

Il convient de mettre place, au sein des **GHT**, un **Dossier Patient Unique** mais aussi **communiquant et interopérable avec la ville** dans le cadre d'une coordination fluide et sécurisée. Des **outils numériques uniques de coordination des parcours de soins** doivent se mettre en place **au sein d'un même territoire.**

Le virage numérique doit être accéléré pour préserver le temps médical : télésurveillance, téléexpertise, téléconsultation doivent être amplifiées **tant en ambulatoire, qu'entre les établissements de santé et pour la prise en charge des soins non programmés.** Les financements permettant ce développement doivent être assurés.



A large, dark green, stylized number '3' is positioned on the left side of the page, partially overlapping the text. The background is a solid light green color.

UN ÉLYSÉE DE LA SANTÉ
POUR UNE REMISE À PLAT
DU SYSTÈME DE SANTÉ!

Le système de santé actuel est beaucoup trop cloisonné tant en termes de financement que de gouvernance entre les professionnels de santé publics et libéraux. Il doit être totalement repensé car **il ne répond plus correctement à l'évolution actuelle des besoins de santé** et aux enjeux de l'accès de soins. Il ne facilite pas, voire même, freine les besoins des parcours de soins et de coordination entre professionnels. **Sans une réforme profonde, les difficultés actuelles ne feront que s'aggraver.**

Cette refondation doit être globale, interministérielle et être portée par la présidence de la République sous la forme d'un Élysée de la santé.

Engagement n°11

METTRE EN OEUVRE UNE VÉRITABLE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

La stratégie nationale de santé doit être globale. Elle assure la cohérence de l'ensemble des politiques publiques. Cette stratégie doit assumer ses choix et l'ordre de ses priorités. Le financement doit en être la déclinaison.

Il est essentiel de la développer autour de la **prévention, du dépistage, de l'éducation à la santé, de l'accompagnement des personnes les plus fragiles et/ou âgées** et de sortir d'une politique du soin quasi exclusive.

Face au défi démographique du vieillissement, un **plan grand âge** autour du maintien à domicile, de l'autonomie, du dépistage des fragilités, doit devenir une priorité en lien avec le secteur médico-social et les métiers de l'accompagnement.

Une **attention particulière** devra être portée à une **politique ambitieuse de santé mentale** et déclinée plus particulièrement autour de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. La création d'un institut national de la santé mentale en garantira sa déclinaison.

La stratégie nationale de santé doit être déclinée par une **loi de programmation pluriannuelle**.

Elle devra être évaluée par des **indicateurs nationaux pertinents et en nombre restreint**.





Engagement n°12

GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS, REDÉFINIR LES MISSIONS ET LES DEVOIRS DE CHAQUE ACTEUR SONT LES PRIORITÉS INCONTOURNABLES

Les différentes actions entreprises ces dernières années s'avèrent insuffisantes et mal coordonnées. La menace de ruptures complètes de l'accès aux soins dans certains territoires est réelle. Il existe une interdépendance forte entre la qualité de l'offre de soins ambulatoire et celle de l'hôpital pour constituer un écosystème favorable pour l'ensemble des professionnels de santé.

Plusieurs mesures doivent être investiguées dont : **surrémunérations et/ou défiscalisation pour des installations en zone sous dense, plafonnement du nombre de secteurs 2, exercice multi-sites des praticiens libéraux, plan d'action coordonnée au sein des territoires** notamment concernant la répartition, les créations et les financements de structures regroupées de professionnels. **La réalisation obligatoire de stages de tous les étudiants en santé dans les territoires** notamment sous denses doit se mettre en place tout au long des études.

La question de l'organisation des soins non programmés tant de jour que de nuit ne peut plus être éludée. Dans de trop nombreux territoires, elle repose, le plus souvent sans concertation, sur l'hôpital qui n'en a plus les moyens humains.

Le SAS doit être généralisé dans tous les départements et **réguler en amont toute admission aux urgences.**

Tous les médecins de chaque spécialité doivent obligatoirement participer à la prise en charge des soins non programmés et de la permanence des soins. En effet, le partage de ces contraintes est essentiel car, trop déséquilibrées entre les secteurs publics et libéraux, elles sont devenues une cause fréquente de départs des praticiens hospitaliers.

La coordination et le niveau de partage des compétences entre les différents professionnels doivent être redéfinis d'une manière globale et non au coup par coup selon les corporatismes et les défaillances démographiques. **Les rôles de chacun doivent conduire à définir plus précisément les besoins en formation de chaque catégorie de professionnels** plutôt qu'une augmentation généralisée, non régulée, non coordonnée et, à terme, non pertinente.

Engagement n°13

FINANCER LES NOUVEAUX BESOINS DE SANTÉ

Le financement actuel est trop cloisonné ce qui freine la coordination des parcours et la pertinence des soins. **Les pratiques tendent à s'adapter au financement et non le contraire.** Il est illusoire d'espérer développer des coopérations d'ampleur publiques/privées sans une réforme en profondeur du financement.

Les parts de la T2A et du paiement à l'acte doivent se réduire pour **développer des mécanismes de financement populationnel, de parcours de soins, de santé publique et de qualité des soins.** Des financements incitatifs partagés tant **entre les différents professionnels qu'entre la ville et l'hôpital** doivent se mettre en place, notamment pour faciliter la coordination et la qualité des soins.

Engagement n°14

REVALORISER SIGNIFICATIVEMENT L'ACTE INTELLECTUEL MÉDICAL

Quels que soient les modes de financements, T2A, paiement à l'acte, parcours ou autres, la reconnaissance de l'acte intellectuel est un enjeu majeur. Il doit permettre également de préserver la valeur humaine de la relation soignant-soigné, essentielle à la qualité des soins, qui en est actuellement devenue la variable d'ajustement.

La codification des actes est beaucoup trop déséquilibrée entre les actes techniques et intellectuels. Ce sont d'ailleurs **les spécialités les plus sollicitées face à l'explosion actuelle des besoins de santé** (*notamment médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, pédiatrie, psychiatrie, gériatrie...*) qui sont en grande difficulté. Elles sont parmi les moins bien rémunérées. Cette valorisation exclusive de l'acte technique **ne favorise pas non plus la pertinence des soins.**

La redéfinition des missions de chacun, dans le but notamment de préserver l'expertise médicale, va **augmenter la part des actes complexes et longs** qui devront être mieux valorisés. Dans le même esprit, **la prise en charge des soins non programmés,** nécessitant souvent une analyse plus complexe, devra l'être également.



Engagement n°15

UNIFIER LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ, FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS ET METTRE FIN À LA TECHNOCRATIE

La gouvernance de la santé doit être simplifiée et unifiée tant au niveau national que territorial. Il faut **sortir de la dichotomie de la double tutelle** ministère de la santé et assurance maladie. **De nombreuses agences de santé doivent fusionner** ou disparaître afin de pouvoir définir une ligne claire aux acteurs.

Le principe doit être :

un sujet (*exemple : qualité*)
=
un interlocuteur unique (*exemple : HAS*)
=
une seule évaluation
(*certification des établissements de santé*).

Il faut **redonner de la souplesse aux acteurs**, simplifier et limiter les normes, contractualiser sur des objectifs et des indicateurs de résultats en nombre limité, **leur faire confiance a priori** sur les modalités de mise en œuvre et ne contrôler a posteriori qu'en cas d'objectifs non atteints.

La pertinence des indicateurs existants et à venir **doit être évaluée** dans un objectif de simplification et d'exploitation réelle.



La Conférence représente l'ensemble des communautés médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques exerçant en Centres Hospitaliers (CH).

Avec à ce jour 704 établissements situés en métropole et en outre-mer, ils constituent un maillon essentiel de l'accès aux soins avec un maillage de l'ensemble du territoire, en complémentarité avec les autres opérateurs sanitaires et médico-sociaux. Réunissant 1/3 des lits et places - tous secteurs confondus - et plus de 55% de l'offre publique, ils concourent au maintien d'une offre de soins en proximité. Ils organisent une gradation des prises en charge hospitalières dans tous les domaines - y compris pour les activités de recours, de recherche et d'innovation - et sont en appui de l'offre ambulatoire.


De l'hôpital de proximité au Centre Hospitalier Régional, le rôle de chacun est déterminant pour répondre aux besoins de santé des Français.


La Conférence réunit l'ensemble des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements (CME) et de Groupement (CMG) issus des CH dont les compétences - propres ou partagées avec le directeur - ont été reconnues officiellement en 2021 par la Loi. Elles leur permettent désormais d'incarner pleinement le rôle de pilotes de la stratégie médicale des hôpitaux et des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Ces responsabilités leur confèrent une vision opérationnelle des dynamiques internes des établissements, en lien avec leurs instances médicales, mais aussi de l'organisation territoriale des soins. Leur rôle est essentiel pour garantir une médicalisation accrue des processus de décision.

Par sa légitimité électorale, la Conférence est un interlocuteur institutionnel reconnu des autorités sanitaires, au même titre que les fédérations hospitalières.



Contact: Dr Thierry GODEAU - Président

 06 78 23 52 53
Portable

 05 46 45 88 91
Secrétariat

 @ConfPCMECH
 conference.pcmech@ght-atlantique17.fr