

CME du 9 Juin 2020

Contribution de la CME de l'APHP
au Ségur de la santé

Synthèse des propositions de la CME de l'APHP au Ségur de la santé

1^{er} pilier : « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent »

Le maintien du statut du **service public hospitalier** est le garant du collectif et de la solidarité.

*Les mesures d'**attractivité** à l'hôpital public doivent passer en priorité par l'amélioration des conditions de travail, la diversification de la carrière et une revalorisation globale des salaires (immédiate pour les personnels paramédicaux dont les salaires doivent atteindre ceux des pays comparables au nôtre) en tenant compte du coût de la vie et du logement en Ile-de-France*

*Conserver les **statuts** des titulaires en les aménageant pour que le plein temps soit réaffirmé et attractif par rapport à la médecine de ville et aux établissements privés.*

Il faut renforcer l'**encadrement** de proximité et augmenter les capacités des personnels médicaux, paramédicaux et médico-techniques

2^e pilier : « Identifier une nouvelle politique d'investissement et de financement des services de soins »

Il faut réformer la T2A et définir l'ONDAM en fonction des besoins de santé.

Rénover le financement en prenant en compte les différents types de soins et la **charge de travail** correspondante, en simplifiant le recueil de l'activité et en valorisant la pertinence des soins plutôt que leur quantité.

L'**investissement** ne doit pas reposer sur l'endettement des hôpitaux. Les chambres individuelles doivent devenir la norme sans réduction du nombre de lits et sans surcoût pour les patients.

*Renforcer le financement de la **recherche clinique** et simplifier les procédures administratives.*

3^e pilier : « Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes »

*Le **service** est reconnu comme l'unité de base de l'organisation des soins. Le CHU est organisé selon un principe de subsidiarité commençant par le service. Les services sont libres de s'associer en pôles ou DMU, lesquels doivent être évalués.*

*Il faut éviter le glissement de tâches administratives, privilégier les **circuits courts de décision** (il ne devrait pas y avoir plus de deux échelons avant d'arriver au processus de décision) et simplifier le recueil de l'activité.*

La procédure de certification doit être revue en concertation avec les acteurs hospitaliers ; il faut aller vers une **visite courte et ciblée** sur les problèmes identifiés en commun.

La gouvernance du service est assurée par un binôme chef de service cadre paramédical de soins (ou maïeutique). La gouvernance de l'hôpital est assurée par un binôme représentant médical de site élu-directeur administratif de site nommé avec les pouvoirs partagés. La gouvernance du GHU ou du CHU est assurée par un trinôme président de CME élu directeur administratif nommé-doyen, avec pouvoirs partagés

Il faut donner aux **représentants élus** des personnels médicaux et paramédicaux les moyens de leur responsabilité sur les affaires médicales et du soin.

Les décisions relatives au projet médical ne peuvent être prises qu'avec l'**avis conforme de la CME** en concertation avec l'**université**.

4^e pilier : « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers »

L'ARS doit être la garante de la **complémentarité** de tous les établissements profitant de financements publics ou sociaux, qui doit exclure la logique des « parts de marché ».

Une politique volontariste d'attractivité des hôpitaux universitaires de la **périphérie du Grand Paris** doit être définie et mise en œuvre.

Un plan national d'investissement pour la mise à niveau des systèmes informatiques et **numériques** hospitaliers et leur communication avec les systèmes informatiques de ville doit être défini.

Contribution de la CME de l'APHP au Ségur de la santé approuvée à l'unanimité par la CME du 9 juin 2020

Les Français sont profondément attachés à l'hôpital public qui représente l'un des fondements du système de santé permettant un égal accès au soin à tous. Ils l'ont très clairement confirmé lors de la crise sanitaire majeure que nous venons de traverser. Les personnels hospitaliers alertent depuis plusieurs années sur les difficultés qu'ils rencontrent à remplir correctement leur mission. Plus grave, les personnels soignants médicaux et paramédicaux sont de plus en plus nombreux à vouloir quitter l'hôpital public et l'Île de France. Conscient des risques pour l'avenir, le Président de la République a promis des moyens et une réforme. Le ministre de la Santé lors du lancement du « Ségur de la santé » le 25 mai a demandé aux professionnels de santé de faire des propositions. Il nous a semblé opportun que la CME de l'APHP, premier CHU européen et acteur majeur du système de soins en Île-de-France, puisse apporter sa propre contribution. Nous avons repris les quatre chapitres tels qu'ils ont été définis par le Premier Ministre.

1^{er} pilier : « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent »

a) Principes

1. Rémunérations. La crise sanitaire a montré avec acuité combien les métiers soignants font partie des métiers vitaux pour le fonctionnement de notre société et de notre économie. Ils doivent être rémunérés à la hauteur de leur utilité sociale et humaine, ainsi que de la pénibilité et des risques inhérents à ces métiers ; leurs salaires doivent être augmentés en conséquence.

2. Effectifs. Au niveau hospitalier, la crise a aussi montré que l'on ne travaille bien que lorsque l'on est en nombre suffisant et au sein d'équipes stables. Pendant la crise du coronavirus, pour compenser les quelques 1 000 emplois paramédicaux vacants, faire face à l'intensification des prises en charge et à l'afflux d'activité, plus de 7000 personnels extérieurs sont venus renforcer les équipes de l'AP-HP. Les effectifs ont été adaptés aux besoins évalués par les acteurs de terrain s'occupant directement des patients dans les services hospitaliers. La gestion de crise n'est certes pas totalement reproductible dans la gestion en « temps ordinaire », mais il demeure que ce sont bien les besoins qui doivent guider la détermination des moyens et que ces besoins ne sont évaluables que sur la base des bonnes pratiques de soins, des charges de travail, des droits effectifs aux repos et congés, et des temps indispensables de formation.

3. Attractivité. De ces deux préalables dépendent d'abord le sens que les soignants peuvent donner ou retrouver à leurs métiers et l'attractivité des hôpitaux publics. Ce sens ne s'exprime pleinement que dans la notion d'équipe et de service, qui doit être remis au cœur du management hospitalier, dans une gestion de proximité en interface directe et quotidienne avec les directions locales, et dans la possibilité d'un engagement au service du collectif que seule permet la participation aux décisions qui les concernent.

b) Mesures

L'ensemble de ces mesures supposent le maintien du statut du service public hospitalier, garant du collectif et de la solidarité, comme la crise du coronavirus l'a clairement démontré.

Revalorisation des salaires et des carrières

- La négociation sur les salaires relève des organisations syndicales. La CME souligne toutefois les quelques conditions sine qua non pour rendre à nouveau l'hôpital attractif et, en conséquence, garantir la qualité et la sécurité des soins ;
- Les mesures d'attractivité à l'hôpital public doivent passer en priorité par l'amélioration des conditions de travail, la diversification de la carrière et revalorisation globale des salaires. La prise en compte de la pénibilité en particulier concernant la permanence des soins ;
- La rémunération des personnels en région parisienne doit tenir compte du coût du logement (sinon réinstauration des abattements fiscaux qui ont été progressivement supprimés).
- Mise en place de primes spécifiques adaptées au travail dans les territoires en difficulté.
- Les procédures de recrutement du personnel non-médicaux et médicaux doivent être revues et simplifiées afin d'augmenter l'attractivité des postes au niveau de l'hôpital public.

Personnels non médicaux

- favoriser la stabilité des personnes dans les équipes (fidélisation, limitation des contrats à durée déterminées [CDD] à des situations très spécifiques...)
- revalorisation conséquente et immédiate des salaires de tous les personnels paramédicaux et hospitaliers ;
- diversification et **valorisation des évolutions de carrière**, notamment en revalorisant les salaires des cadres paramédicaux et maïeutiques en accélérant le déploiement d'infirmiers de pratique avancée dans une logique médicale de gradation des soins, ainsi que les protocoles de coopération entre professionnels de santé, et en valorisant l'expérience acquise ;
- développer des évolutions de carrières dans les services médico-techniques sur le même modèle que les infirmiers de pratique avancée (préparateurs en pharmacie hospitalier, techniciens de laboratoire, manipulateurs radios...)
- recrutement, formation et adaptation des salaires des nouveaux métiers (data scientists, ingénieurs hospitaliers, bio-informaticiens, conseillers en génétique...).

Personnels médicaux

- revalorisation des **salaires** et de l'ensemble de la carrière des personnels médicaux, en particulier des internes et des débuts de carrière, et de la rémunération de la permanence des soins ; (rémunération équivalente de la permanence des soins entre les personnels H et HU, intégration du salaire hospitalier dans la retraite des HU) ;
- la réflexion sur les salaires ne peut faire l'économie d'une réflexion sur le temps médical dans les spécialités à forte composante de permanence de soins.
- arrêter l'utilisation abusive des statuts de contractuels et améliorer ces statuts ; accélérer la titularisation ;
- égalité femme homme pour l'accès aux postes à responsabilité institutionnelle ;
- reprise d'ancienneté garantissant l'absence de baisse de salaire des personnels médicaux et non médicaux rejoignant l'hôpital public ;

- régulation de la concurrence par les salaires des ESPICS sur la base d'une offre de soins territoriale cohérente, sinon complément de rémunération dans certaines disciplines en fonction de la concurrence du privé
- reconnaissance par l'institution des temps consacrés à la recherche, à l'enseignement et aux fonctions administratives ou transversales par les praticiens hospitaliers de CHU, avec répartition de ces missions, modulables au fil de la carrière, au niveau de l'équipe médicale du service ; au moyen de valences contractualisées ;
- développement des possibilités de mobilité choisie et de parcours mixtes hôpital / ville.

Conditions de travail

- réaliser des études de charges de travail associant personnels médicaux et non médicaux impliqués selon les secteurs à l'appui du dialogue de gestion en y associant étroitement les services concernés afin d'adapter les effectifs réellement présents au lit du patient à la charge de travail ; construction de normes d'effectifs en fonction de la charge de travail dans les secteurs où cela a un sens ; remplacement des personnels en congés maternité, arrêt longue maladie ou arrêt de travail de longue durée ;
- **renforcer l'encadrement de proximité** : outre la revalorisation des salaires des cadres de santé, renforcement de leur présence au sein des équipes et de leur rôle dans le recrutement (pouvoir de proposition), diminution de la charge de travail administratif et constitution de véritables binômes médecin-soignant (chef de service / cadre de soins, chef de pôle ou DMU / cadre supérieur de soins, président de la CME / président élu de la CSIRMT) ;
- moderniser la politique des ressources humaines (mise en œuvre du plan RHPM) ;
- favoriser l'engagement collectif : remplacement du temps médical et paramédical consacré aux responsabilités transversales (présidents et vice-présidents de CME, responsables médicaux de site, présidents de commissions à caractère médical ou paramédical...) et aux fonctions transversales (présidence d'instances ou référents en matière de qualité et sécurité des soins, notamment) ;
- **éviter les glissements de tâches**, le numérique doit faciliter la vie et non l'inverse, accompagner l'évolution des métiers induites par le numérique (voir investissement) ; déployer les métiers qui viennent en appui aux chirurgiens et aux médecins (ex. : programmeurs de bloc opératoire, logisticiens, informaticiens ARC, TEC..) ;
- faciliter l'accès au **logement** (y compris pour les internes et stagiaires étrangers) et garantir des places de crèche en nombre suffisant à des horaires et des prix adaptés ;
- respect du temps de travail et du repos de sécurité, surtout des internes et les jeunes médecins ;
- renforcer les moyens pour la santé au travail et donner un statut attractif aux médecins du travail.

Formation

- augmenter les capacités de formation en médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, etc., afin d'assurer les besoins actuels et futurs, que ce soit pour la ville, les ÉHPAD ou l'hôpital ;
- favoriser fortement la promotion professionnelle et la **formation continue** (inclusion du DPC dans les obligations de service, financements par les établissements) ;
- créer des viviers de personnels formés aux soins critiques facilement mobilisables ;
- renforcer les synergies entre les IFSI et les autres écoles de formation (kinésithérapeutes, manipulateurs radio, techniciens de laboratoire...), les gouvernances des hôpitaux et les universités afin de garantir une formation complète et attirer les étudiants à l'hôpital à l'issue de leurs études.

2^e pilier : « Identifier une nouvelle politique d'investissement et de financement des services de soins »

La qualité et la sécurité des soins, le juste soin et la juste prescription au juste coût, sont les meilleurs garants d'une bonne utilisation de l'argent public ; ils participent puissamment à l'attractivité de l'hôpital pour les soignants qui aspirent à exercer le métier auquel ils se sont formés.

Principes

1. Financement des services de soins

- l'ONDAM doit être défini à partir de l'augmentation des charges, des besoins de santé de la population et du progrès médical ; l'ONDAM hospitalier ne doit pas être ajusté en fonction des résultats de l'ONDAM de ville ;
- l'hôpital doit être financé en fonction des coûts de prise en charge des patients et non par des tarifs ; la détermination des coûts de prise en charge des patients, et les recettes de l'hôpital afférentes, doivent résulter de critères de qualité et de sécurité des soins et de critères de bonnes conditions de travail ; les critères de taux d'occupation des lits doivent être adaptés pour que les équipes de soins cessent de passer leur temps à chercher des lits ; les durées moyennes de séjour doivent répondre à des critères de qualité et sécurité des soins et tenir compte de l'environnement hospitalier (capacités d'accueil en SSR, SLD, ÉHPAD, HAD, médecine de ville...) et non à des objectifs d'augmentation de l'activité ; le périmètre d'application de la T2A doit être restreint aux seules activités pour lesquelles elle a un sens et la T2A doit être pondérée par les comorbidités reflétant réellement les caractéristiques sanitaires des populations de patients prises en charge, en particulier par l'hôpital public ;
- la régulation volume d'activité / tarifs doit être proscrite car elle est inflationniste et dénuée de sens médical et sanitaire ;
- le système de financement ne doit pas mettre en concurrence les hôpitaux entre eux ou les secteurs public et privé, mais au contraire faciliter les complémentarités nécessaires pour assurer une offre de soins territoriale cohérente ; les contraintes entre public et privé ou entre ville et hôpital doivent être équivalentes ou compensées ;
- la mise en œuvre opérationnelle du système de financement ne doit pas amputer le temps médical et soignant ;
- les services sociaux hospitaliers doivent être correctement proportionnés pour pouvoir répondre aux besoins des patients et éviter que ces tâches incombent aux soignants ;
- les approvisionnements en médicaments et dispositifs médicaux doivent être sécurisés, notamment en renforçant l'indépendance nationale et européenne en approvisionnements en médicaments et principes actifs.

2. Financement de la recherche clinique

Le Ségur de la santé ne doit pas oublier la recherche clinique. Les CHU sont le lieu principal de la recherche clinique et translationnelle et leur production scientifique place la France au 4^e rang mondial en ce domaine. La recherche constitue en outre un élément majeur d'attractivité pour les personnels soignants et participe à l'excellence de la prise en charge médicale des patients. Pourtant, aujourd'hui, les nombreux freins réglementaires, les complexités et rigidités administratives et la difficulté croissante à assurer la triple mission hospitalo-universitaire au regard de la pression liée au financement des hôpitaux,

découragent les jeunes et les moins jeunes. Il faut retrouver le dynamisme de la recherche médicale hospitalo-universitaire et reconnaître à part entière le rôle des hôpitaux, et plus particulièrement des CHU, comme acteurs de la recherche, par un choc de simplification réglementaire et administrative, par l'augmentation des financements des activités de recherche, la sanctuarisation de temps pour les personnels de santé qui s'y consacrent et par la prise en compte des nouveaux métiers de la recherche médicale.

Mesures :

- augmenter le financement public des activités de recherche et le sanctuariser, ainsi que le temps recherche des personnels de santé (médicaux et paramédicaux) qui s'y consacrent ;
- sanctuariser le financement des centres de maladies rares ;
- faciliter l'universitarisation des PH pour ceux qui le souhaitent en permettant l'octroi d'un statut universitaire sur projet spécifique pour une durée de 5 ans avec un statut adapté et une prime d'encadrement et de recherche appropriée ;
- valoriser le travail de publication des services en leur reversant une partie significative des MERRI ;
- rembourser une fois par an et par service les frais de publication d'articles dans les revues de type SIGAPS A et d'accès ouvert ;
- aide au financement des congrès et à la formation médicale soit initiale soit DPC ;
- diminuer les strates administratives et simplifier les procédures pour la mise en place des projets de recherche. La pandémie de Covid-19 a montré que cela était réalisable. Cet acquis doit être maintenu ;
- reconnaissance et facilitation par l'institution de la réalisation de missions de recherche et d'enseignement par les PH de CHU ;
- faciliter l'affiliation des services du CHU aux structures universitaires pour recevoir des étudiants (étudiants en médecine, pharmacie, cursus paramédicaux, biologie, informatique, ingénierie...) en M1, M2 ou thèse ;
- reconnaître statutairement et valoriser les nouveaux métiers de la recherche hautement qualifiés (bio-informaticiens, bio-ingénieurs, *data scientists*...) ;
- augmenter le personnel de soutien à l'investigation clinique, arrêter les contrats précaires, valoriser et offrir des perspectives de carrière à ce personnel, dont le rôle critique a été démontré une nouvelle fois lors de la crise du coronavirus.

3. Investissement

- l'investissement des hôpitaux doit être financé en fonction des besoins et des taux de vétusté des équipements ; il doit permettre le renouvellement des équipements médicaux, l'adaptation aux progrès de la médecine, notamment en matière d'innovation numérique, l'amélioration des conditions de séjour des patients (hôtellerie, repas, qualité de séjour, TV, wifi...) et des conditions de travail (par exemple, accès à la lumière du jour pour les personnels médico-techniques) ;
- **il ne doit pas reposer sur l'endettement des hôpitaux** et sur la différence entre les recettes et les dépenses de l'hôpital (capacité d'autofinancement) car, dans un service public, il n'y a aucune raison que cette différence corresponde au besoin réel d'investissement ; les équipements bâtimentaires (nouveaux bâtiments ou mise aux normes de bâtiments très anciens) doivent être financés indépendamment de l'évolution de l'ONDAM ;

- un plan national d'investissement pour la **mise à niveau des systèmes informatiques** et numériques hospitaliers et leur communication avec les systèmes informatiques de ville doit être défini ; l'effort d'investissement ainsi consenti est à terme générateur d'importantes économies ; le numérique doit faciliter la vie des personnels hospitaliers et non l'inverse, et améliorer le service rendu aux patients ;
- les critères du **COPERMO** doivent être des critères de besoins, de juste coût, de qualité et de sécurité des soins, d'évolutivité architecturale (en préservant le foncier pour permettre un ajustement capacitaire, le cas échéant), de niveau du système d'information, de cohérence et d'équilibre de l'offre de soins territoriale ; les critères de fermeture brute de lits doivent être exclus et les capacités définies en fonction de critères médicaux (projet médical hospitalier, adaptation de l'offre de soins territoriale aux besoins en amont et en aval de l'hôpital) ;
- les chambres individuelles, dont la crise du coronavirus a montré l'importance, doivent devenir la norme pour tout patient car elles sont un critère de qualité et de sécurité des soins : un plan pluriannuel de mise à niveau doit donc être programmé ; sans diminution du nombre de lit total et sans entrainer de surcoût pour les patients.
- les hôpitaux publics doivent avoir une politique de développement durable ambitieuse.

3^e pilier : « Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes »

a) Principes

1. Organisation et quotidien des équipes. Simplifier radicalement les organisations, c'est revenir à la racine de l'hôpital : l'équipe de soins. La crise du coronavirus a montré que c'est au niveau de l'hôpital et du service que réside le sentiment d'appartenance immédiate des personnels. Pour la région parisienne, elle a aussi montré l'atout que représente l'unité de l'AP-HP. Elle a également montré l'efficacité des **circuits de décision courts**.

2. Gouvernance. La crise a montré combien la bonne intelligence entre directions et soignants est efficace pour répondre aux besoins médicaux et aux besoins relatifs aux conditions de travail des soignants, pour coordonner les initiatives et assurer le *go-between* avec les pouvoirs publics. Mais là encore, la gestion de crise n'est pas entièrement reproductible en « temps ordinaire », parce que le budget n'est pas illimité et parce que, la diversité des activités implique des arbitrages. Il faut donc revenir à une gouvernance à laquelle tous les personnels paramédicaux, médicaux et administratifs doivent être associés. L'intelligence collective et la participation des usagers sont garantes de l'efficacité et de la qualité des soins.

b) Mesures

Organisation et quotidien des équipes

- le CHU est organisé selon un principe de subsidiarité, de participation collective aux décisions et du plus court-circuit de décision et avec des acteurs bien identifiés (pas plus de deux niveaux avant d'arriver au pouvoir décisionnaire pour régler les problèmes du quotidien) ;
- La gouvernance du service est assurée par une binôme chef de service cadre paramédical de soins (ou maïeutique). La gouvernance de l'hôpital est assurée par un binôme représentant médical de site élu-directeur administratif de site nommé avec les pouvoirs partagés. La gouvernance du GHU ou du CHU est assurée par un trinôme président de CME élu directeur administratif nommé-doyen, avec pouvoirs partagés ;

- le **service** est reconnu comme l'unité de base du management de l'hôpital et de l'organisation des soins ; son projet médical, de soins, de recherche et d'enseignement est discuté avec l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale et doit être approuvé par le conseil de service ; le dialogue de gestion avec la direction associe les chefs de service ; des délégations de gestion peuvent être confiées aux services dans une logique de subsidiarité qui doit permettre une simplification concrète des processus administratifs
- les **départements médico-universitaires** (DMU ou « pôles ») doivent répondre à une logique médicale. Ils sont le niveau d'aide à la coordination de la stratégie médicale, d'enseignement et de recherche des services; cette coordination est concertée avec les services ; les DMU peuvent prendre la forme d'une structure médicale ou d'une convention fédérative librement définie entre les services souhaitant se rassembler dans un projet commun après concertation et en accord avec les conseils de service ; ils sont approuvés par les CME et créés par décision du directeur sur avis conforme des présidents de CME. Les DMU en place doivent être évalués (projet médical, projet de recherche, périmètre géographique et inscription dans les enjeux territoriaux, réponse à l'état de la démographie médicale) et adaptés en conséquence ;
- les problèmes du quotidien concernant chaque hôpital d'un GHU sont réglés au **niveau de l'hôpital** ; chaque hôpital du GHU dispose d'un directeur d'hôpital à temps plein muni d'un pouvoir de décision et d'un budget pour régler les problèmes du quotidien concernant l'hôpital ; un directeur des ressources humaines médicales et non médicales est présent à temps plein sur chaque hôpital du GHU ; le rôle et les missions des responsables médicaux de site, membres de la CME du GHU, sont définis en concertation avec le président de CME du GHU ; la direction anime le collectif soignants-administratifs au niveau de l'hôpital à travers des rencontres régulières pour régler les problèmes du quotidien et des visites régulières aux équipes dans les services. Ce type de réunion a été très apprécié et a montré son efficacité durant la crise. Elles pourraient également être utiles pour faciliter des circuits particuliers par exemple l'accès au bloc opératoire, l'aval des urgences, la prise en charge des maladies chroniques.

Gouvernance

- le **conseil de surveillance** des CHU est le lieu de concertation entre l'ensemble des acteurs territoriaux impliqués dans la vie du CHU : représentants élus des collectivités territoriales, représentants des tutelles (agence régionale de santé, Assurance maladie, direction générale du CHU), représentants des personnels (CME, CSIRMT, organisations syndicales représentées au CTE), représentants des doyens, représentants des autres acteurs de santé (groupements hospitaliers de territoires, médecine de ville, partenaires privés conventionnés avec le CHU, secteur médico-social), représentants des associations d'usagers ; en Île-de-France, sa composition doit être élargie de façon à ce qu'y siége un représentant élu de chaque département francilien de façon à permettre une bonne coordination entre stratégie du CHU et enjeux régionaux de santé (soins, enseignement et recherche) ; il serait cohérent que le conseil de surveillance du CHU soit présidé par le président du Conseil régional ;
- le **directoire** doit rester un lieu de concertation interne et d'aide à la décision ; il n'émet pas de vote et n'a pas de pouvoir exécutif ; à l'AP-HP, il est l'instance représentant la structure fédérative de l'institution organisée en groupes hospitalo-universitaires (GHU) ; la présidente (élue) ou le président (élu) de la CSIRMT doit en être membre de droit ;
- dans un CHU, les doyens doivent être étroitement associés à la gouvernance ;

- les **usagers** doivent être associés plus étroitement à la vie des hôpitaux, avec notamment : renforcement de leur présence dans un conseil de surveillance aux compétences renouvelées, présence dans toutes les instances et groupes de travail relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, et aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) et avis conforme de la commission des relations avec les usagers sur le plan d'actions pour l'amélioration continue de la QSS & CAPCU ;

Allègement des charges administratives

- tout **glissement de tâches administratives** vers les personnels soignants doit être exclu et toute tâche administrative doit donc être réalisée avec l'aide de personnel administratif ; les secrétariats des structures médicales doivent être dimensionnés en conséquence ; le codage PMSI doit être centralisé et effectué par des personnels dédiés ; à plus long terme, un véritable projet de codage par intelligence artificielle devra être mis en œuvre (épargne de temps médical, efficience) ;
- la bureaucratie interne doit être allégée par des **circuits courts de décision** et la bureaucratie externe par un *reporting* unique vis-à-vis de tous les interlocuteurs sur le même sujet ; les diverses administrations doivent se coordonner pour établir des indicateurs uniques sur chaque sujet donné ; cela concerne tout particulièrement les indicateurs de qualité et de certification, qui doivent être drastiquement simplifiés ;
- la **procédure de certification**, hautement consommatrice de temps, mal comprise par les soignants, aux effets concrets mal cernés et auto-générateur de l'administration doit être revue en concertation avec les acteurs hospitaliers ; il faut aller vers une visite courte et ciblée sur les problèmes identifiés en commun ;
- les fonctions relatives au système de qualité et de gestion des risques doivent être dimensionné en temps médical bénéficiant de temps dédié ;
- le pilotage par appels à projets est très consommateur de temps ; il induit des disparités de ressources importantes entre services et est souvent vécu comme un manque de reconnaissance pour les perdants ou un excès de notoriété pour les gagnants ; un pilotage reposant sur une programmation sanitaire est préférable.

4^e pilier : « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers »

La crise du coronavirus a montré la solidarité face à l'épreuve de l'ensemble des professionnels de santé de la France entière et de tous les secteurs : public, privé, hospitalier, hospitalo-universitaire, de ville, médico-sociaux. Elle a aussi ouvert de nouveaux horizons de prise en charge coordonnée des patients : dispositif COVIDOM, téléconsultations, collaboration avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes mobiles de gériatrie en renfort des ÉHPAD... Nous devons bâtir sur cette solidarité et tirer parti de ces expériences.

Mais la crise a aussi souligné les inégalités territoriales, notamment au sein de la région Île-de-France, où, le nord-est de Paris, la Seine-Saint-Denis, mais aussi le Val-d'Oise, ont été les secteurs les plus touchés. Divers facteurs ont contribué à cette situation ; pour la part qui le concerne, le système de santé ne peut pas laisser perdurer de tels déséquilibres dans l'offre de soins. L'équité exige une meilleure répartition des moyens.

Un état des lieux des besoins, de la répartition des moyens et des inégalités d'accès à la santé doit être réalisé.

Parmi les autres enseignements à en retenir, la crise a également souligné que, aujourd'hui, dans notre pays, la prise en charge sanitaire des personnes âgées hébergées dans les EHPAD n'est pas à la hauteur de ce que doit être notre ambition collective.

Mesures (concernant plus particulièrement la région Île-de-France)

Rôle du CHU de la région Île-de-France

- le rôle et le positionnement de l'AP-HP dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) doivent être réinterrogés afin qu'elle y joue le même rôle d'appui que le font les CHU en régions à la faveur d'une meilleure gradation de l'offre de soins régionale ; un véritable plan d'action doit être proposé avec, comme base, le parcours clinique dans le territoire, mais aussi l'enseignement et la recherche en lien avec les universités ;
- une politique volontariste d'attractivité des hôpitaux universitaires de la périphérie de Paris doit être définie et mise en œuvre ;
- de la même façon qu'existent des zones d'éducation prioritaire, des zones de santé prioritaire doivent être créées en Île-de-France et en régions afin de rétablir l'équité sanitaire (primes géographiques, accès au logement...) ;
- la stratégie de collaboration territoriale des hôpitaux universitaires des départements hors Paris intra-muros doit être soutenue et renforcée ;
- l'adéquation de l'organisation hospitalo-universitaire aux enjeux régionaux franciliens doit être interrogée plus à fond au regard de l'évolution géographique de la population et des besoins de soins, d'enseignement et de recherche, de la répartition géographique domiciliaire des professionnels et futurs professionnels de santé, et de la nouvelle géographie à venir du réseau de transports, dans la perspective d'un CHU du Grand-Paris.

Complémentarité public-privé

- l'agence régionale de santé doit être la garante de la complémentarité de tous les établissements profitant de financements publics ou sociaux, qui doit exclure la logique des « parts de marché » parce qu'elle n'est pas compatible avec une logique visant à « fédérer des acteurs de santé dans les territoires au service des usagers » ;
- les conventions hospitalo-universitaires entre le CHU et ses partenaires doivent être fondées sur des projets médicaux cohérents avec les besoins de santé de la population et les besoins de formation des professionnels de santé ; une analyse commune associant les personnels soignants, les doyens, les directeurs d'hôpitaux et l'ARS est indispensable ;
- la modification du financement par la T2A doit atténuer les concurrences public / privé.

Collaboration ville-hôpital

La crise du COVID a confirmé à quel point une collaboration étroite entre la médecine de ville et l'hôpital était importante pour le suivi des patients. L'intérêt des prises en charge partagées entre la ville et l'hôpital doit être défendu largement. Cela nécessite une redéfinition des missions de chacun mais aussi des mesures permettant d'attirer des médecins libéraux dans les zones à faible densité médicale, ainsi que la mise en place de structures de coordination entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le médico-social.

Le lien entre les médecins de ville (et autres professionnels de santé libéraux) et les équipes soignantes nécessite un système d'information robuste (voir investissement) permettant entre autres les téléconsultations, staffs à distance, etc. Le partage du temps des soignants entre la ville et l'hôpital doit être encouragé, financé et amplifié (succès des postes d'assistants partagés financés par l'ARS). Il faut

assurer une équité de la permanence des soins entre la ville et l'hôpital. Les paramédicaux, en particulier les infirmiers de pratique avancée, doivent jouer un rôle de premier plan dans la coordination ville-hôpital et dans l'amélioration des parcours de soin. Le développement des CPTS doit être poursuivi. Les conventions entre les hôpitaux et les maisons de santé pluridisciplinaires et centres municipaux de santé, maisons médicales de gardes doivent être facilitées.

Les circuits de prise en charge des patients en aval de l'hospitalisation doivent être revus, une meilleure coordination avec les SSR puis entre les SSR et les ÉHPAD est indispensable. La médicalisation des ÉHPAD est à revoir (convention avec un hôpital ?).