



Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier

Alors que les travaux du Ségur de la Santé arrivent à leur terme et que le Gouvernement vient d'annoncer 6 milliards d'euros pour conforter les salaires des personnels non médicaux à l'hôpital et dans les EHPAD publics, ainsi que 300 millions pour les personnels médicaux et 200 millions pour les internes et externes, la Conférence Nationale des Directeurs des Centres Hospitaliers (CNDCH) qui participe aux différents ateliers du Ségur souligne l'attente très forte des hospitaliers et les enjeux les plus sensibles.

Son Président, Francis SAINT-HUBERT, exprime la satisfaction des Directeurs à ce qu'enfin, les questions de salaires et d'attractivité des métiers hospitaliers soit abordées de façon concrète, chiffres à l'appui. Toutefois, **la CNDCH veillera à ce que ces avancées n'induisent pas des clivages au sein de la communauté hospitalière**, comme cela a pu être le cas pour des dispositifs récents qui génèrent des tensions dont les établissements n'ont pas besoin.

La CNDCH veillera également à ce que le plan de revalorisation réponde à certaines attentes. **Il n'est pas acceptable qu'il y ait encore des travailleurs pauvres parmi les personnels des hôpitaux et EHPAD publics.** Les personnels de catégorie C, notamment, doivent bénéficier d'une vraie revalorisation. De façon plus générale, la CNDCH s'assurera que ces revalorisations conduisent à **l'alignement des salaires des professionnels hospitaliers et des EHPAD sur les niveaux de rémunération des mêmes métiers dans l'OCDE.** Tous les personnels hospitaliers doivent être concernés par cette approche, **pas uniquement les personnels soignants et médicaux** : la solidarité nationale et au sein des établissements qui a marqué la gestion de l'épidémie dans les Centres Hospitaliers doit rester le marqueur de la période qui s'ouvre. Ainsi, les personnels techniques, logistiques, administratifs, informatiques doivent également bénéficier de revalorisation. D'une manière générale, les sujétions spécifiques comme le travail de nuit et de week-end doivent être mieux prises en compte.

La revalorisation doit concourir aux objectifs d'attractivité, notamment afin que les déroulés de carrière traduisent les différents niveaux de formation et de compétences, par exemples entre les niveaux ASH, aide-soignant, infirmiers. Elle doit aussi conforter les **parcours professionnels**, notamment en ce qui concerne l'encadrement hospitalier, qu'il soit médical, administratif, soignant, logistique ou technique. Ceci est particulièrement attendu en ce qui concerne la filière des cadres soignants : cadres de santé, cadres supérieurs de pôles et cadres transversaux. De plus, la CNDCH attire l'attention sur la rémunération des Directeurs des Soins : celle-ci ne traduit pas les réalités ainsi que l'importance de leur travail.

La revalorisation annoncée doit concourir à promouvoir **les nouveaux métiers dans le secteur sanitaire et médico-social.** Comme les infirmiers, d'autres professionnels (kinésithérapeutes, manipulateur radio...) doivent pouvoir bénéficier d'une reconnaissance de pratique avancée.

Concernant les rémunérations médicales, aucun argument ne justifie l'écart de **rémunération des médecins exerçant à l'hôpital et ceux qui exercent en ville** : cela est vécu comme injuste et il produit de nombreuses difficultés devant lesquels les établissements sont démunis : comment convaincre un médecin de poursuivre son exercice hospitalier alors qu'il peut percevoir une rémunération triplée et sans un niveau de garde et d'astreinte

comparable ? Il faut donc avoir le courage de traiter cette question d'écart. Ce sujet est particulièrement sensible dans certaines spécialités médicales : imagerie, anesthésie, ophtalmologie, oncologie... Par ailleurs, la CNDCH estime que **pour conforter les filières de soins fortement fragilisées du fait de la pénurie médicale dans certaines régions, les ARS puissent ouvrir la possibilité de rémunérations territoriales**. En lien avec les GHT, ces enveloppes pourraient servir aux ARS à identifier les filières pour lesquelles il est indispensable d'assurer la présence médicale à partir des établissements-support ou établissements-parties mieux dotés : initier cette dynamique est une urgence absolue pour répondre à la tension qui pèse sur certaines activités.

La revalorisation des personnels médicaux doit également traduire leur engagement dans le service public compte tenu des contraintes que celui-ci induit. L'engagement dans la gouvernance des établissements de santé (instances, chefferie, pilotes de filières ou de projet) doit également pouvoir être rémunéré pour encourager ces responsabilités. **Elle doit aussi concourir à la reconnaissance de la notion d'engagement collectif**, particulièrement au regard de **l'animation de filières de soins territoriales** : il s'agit d'un enjeu majeur de la territorialisation des approches de la santé.

Au-delà des revalorisations salariales, la CNDCH rappelle que d'autres sujets doivent avancer rapidement et veillera à ce qui a déjà été acté, notamment le **Plan Ma Santé 2022, le Plan de refonde des urgences et le Plan Grand Age, soit désormais mis en oeuvre**. A cet égard, elle regrette que les recommandations de la Mission Claris issues de nombreuses consultations qui se sont déroulées pendant plusieurs mois se trouvent déjà interrogées via le pilier « Simplification » du Ségur de la Santé, ce qui est de nature à retarder les avancées qui faisaient pourtant consensus, particulièrement en ce qui concerne la place retrouvée des services, les délégations de crédits, les co-signatures, le rôle plus grand des directions des soins ...

D'autres sujets doivent avancer :

- une nouvelle structuration de l'**ONDAM qui doit évoluer en volume et en structure** car il est incomplet : il n'épouse pas tous les champs et couvre partiellement la dépense médico-sociale ; il est également décorrélé des besoins de santé. La fragilité financière des établissements et l'insuffisance de leur capacité d'investissement ont conduit à un endettement massif. L'ONDAM ne doit pas, non plus, reposer sur le mythe du tout ambulatoire ou du tout télémédecine, même si celle-ci a été et doit demeurer un des outils de prise en charge, comme la crise l'a démontré de façon incontestable.
- **le financement à l'activité ne doit pas, à l'instar de la T2A, reposer sur une approche uniquement quantitative et donc à la tarification au séjour. La qualité et la responsabilité populationnelle doivent impérativement moduler la T2A.** La CNDCH mesure le fait qu'avancer dans cette voie conduit inmanquablement à s'interroger sur le financement à l'acte à l'œuvre dans le secteur privé. Par ailleurs, elle sera attentive à ce que les impacts de la crise ne soient pas répercutés sur les établissements publics de santé et que, dans ce contexte particulier, les établissements bénéficient d'une hausse réelle et rapide des tarifs, dans l'attente d'une réforme en profondeur du système de financement.
- **Le pilotage à la fois politique et territorial du système doit être considérablement renforcé, avec notamment un rôle beaucoup plus fort et lisible des élus locaux au sein même des ARS ainsi que des représentants des usagers.** La gestion hospitalière de la crise a d'emblée été territoriale. Cela renforce l'idée selon laquelle les GHT doivent passer un

nouveau cap de développement afin qu'ils gagnent en souplesse et soient dotés de nouveaux outils réglementaires, notamment en matière de ressources humaines. Les CPTS doivent également être confortées et rendues obligatoires.

- **La crise a montré que les partenariats publics et privés constituent une des pierres angulaires de la capacité des territoires à répondre aux besoins de leurs populations.** La persistance de zones qui apparaissent comme de véritables déserts médicaux et une permanence des soins insuffisante sur certains territoires amènent à une conviction désormais unanimement partagée : il ne peut plus y avoir de tabous sur certains principes-clés de la régulation de la médecine de ville et le caractère encore relatif de l'obligation de participer à la permanence des soins.
- **Les ARS doivent se concentrer sur une approche politique et stratégique.** Maillons indispensables entre l'Etat et les acteurs publics et privés d'une région, les ARS doivent porter une vision politique permettant de traiter les grands enjeux sanitaires, devenir des lieux fiables de ressources en termes de connaissance épidémiologique des territoires et garantir l'égal accès à des soins de qualité dans les régions. A l'inverse, les ARS doivent cesser d'imposer des contrats de retour à l'équilibre dont le caractère en termes d'accessibilité aux soins et de capacité financière est irréaliste et mettent les acteurs qui ne peuvent y trouver de sens dans une tension aussi inutile que déstabilisante.

Un choc de simplification pour l'hôpital est fortement attendu : au-delà des ARS, la multiplicité des contrôles (HAS, CRC, IGAS, CAC, URSAF, MIEC, Inspections, audits...) pesant sur l'hôpital doit cesser au profit de contrôles globaux balayant ces différents aspects sur une unité de lieu et de temps. Le nombre de reporting doit sensiblement baisser pour recentrer l'action en interne. Les processus entre le secteur médico-social et le sanitaire doivent être simplifiés et harmonisés.

- **La HAS doit évoluer pour se concentrer sur d'une part l'élaboration des recommandations scientifiques, en cohérence avec les sociétés savantes pour éviter les injonctions paradoxales et d'autre part, sur la formation initiale et continue des professionnels, parent pauvre de la politique nationale sur la qualité et la gestion des risques.** La crise a montré que celle-ci doit devenir une ambition nationale de premier plan. Quant aux procédures de certification, elles doivent fortement évoluer et être gérées au niveau territorial. Elles ne peuvent plus comporter un tel aspect bureaucratique qui crispe les professionnels. Le dispositif des experts-visiteurs a désormais vécu et l'évaluation doit se dérouler au niveau territorial, en associant professionnels, élus locaux et usagers, sur la base obligatoire du Manuel de certification établi par la HAS : la mise en œuvre de la nouvelle version ne doit plus tarder.
- **La procédure actuelle des autorisations d'activité et d'équipements doit être revue,** dans un système où la confiance doit être donnée aux acteurs territoriaux. Il est donc proposé que les ARS ne soit saisies qu'en cas de demande de création, d'arrêt ou de modification substantielle d'activité. Enfin, les procédures d'autorisation, notamment en cancérologie, doivent être pensées par équipe territoriale et non par site géographique. En effet, aujourd'hui des médecins dument formés ne peuvent plus opérer dans les centres hospitaliers, alors qu'ils le faisaient précédemment en CHU : ainsi, l'attractivité des postes

dans les centres hospitaliers constitue une question majeure en terme d'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire national.
