



REMARQUES RELATIVES A LA PROPOSITION DE LOI VISANT A AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

En préambule, il apparaît que la proposition de loi suscite des réactions parfois rétives en raison de plusieurs facteurs :

- le fait qu'elle intervienne alors que les hospitaliers sont fortement mobilisés par la seconde vague épidémique ;
- dans la droite ligne du Ségur de la Santé, des travaux permettant la poursuite de la concertation étaient prévus, notamment sur des thèmes directement traités par la proposition de loi ;
- la mise en œuvre des conclusions, pour la plupart consensuelles, du rapport Claris est attendue. Or, peu de propositions qui figure dans ce rapport sont reprises par cette proposition et cela est difficilement compris ;
- la publication de cette proposition de loi qui intervient entre la loi OTSS et les projets d'ordonnance peut surprendre, notamment au motif que le recours au domaine législatif n'avait pas été annoncé au préalable.

Pour autant, si cette proposition de loi constitue une véritable opportunité pour faire avancer certains sujets, soit qu'ils aient émergé à la faveur du Ségur de la Santé soit qu'ils accentuent certaines orientations fixées par la loi OTSS, cela ne peut s'envisager que si l'esprit de concorde qui a prévalu à la signature des accords du Ségur est préservé. Or, la rédaction actuelle du texte ne permet pas de garantir le fait que l'adhésion de la communauté hospitalière aux accords du Ségur de la Santé soit préservée. En conséquence, des ajustements paraissent nécessaires.

ARTICLE 1 (professions médicales intermédiaires)

La création d'une profession médicale intermédiaire, à saluer, pourrait être conçue de façon plus large que le périmètre prévu par la PPL. Tout caractère limitatif contraindrait durablement les réflexions dans ce domaine. Ainsi, il convient de penser une profession pas seulement en référence au métier infirmier mais également à d'autres professionnels qui pourraient conforter des filières de soins fragilisées par la pénurie médicale (manipulateurs d'électroradiologie, kinésithérapeute...). Cette ouverture nécessiterait de prévoir la consultation des ordres professionnels concernés et pas uniquement le Conseil de l'ordre des médecins et celui des infirmiers, seuls ordres cités par la PPL. Par ailleurs, la terminologie prévue (« professions médicales intermédiaires) pourrait heurter : une autre appellation permettant toutefois d'indiquer clairement qu'elle désigne de nouveaux métiers médico-soignants est souhaitable.

ARTICLES 3 et 4 (attractivité - recrutement des PH - création de poste)

Ces articles ont l'ambition d'apporter des réponses concrètes aux problématiques de ressources humaines médicales. Ils appellent toutefois différentes remarques.

- si l'ARS, via l'approbation de l'EPRD (qui implique la validation des prévisions relatives aux effectifs médicaux), permet déjà la saisine du CNG par l'établissement qui souhaite créer un poste, la fin prévue par la PPL de l'approbation nécessaire par l'ARS pour créer un poste, à tout

moment de l'année, y compris pour répondre à une opportunité de recrutement au regard du projet médical, pourrait donner de la souplesse.

- la PPL pourrait inciter à construire, au niveau des territoires, les politiques d'attractivité médicale visant à renforcer les modalités de primes d'exercice et de temps partagés pour les praticiens. En effet, seule la dimension d'emblée territoriale de ces sujets permettra de résoudre, sur certains territoires, la question de l'égal accès aux soins pour certaines spécialités.

ARTICLES 5-6-8 (place des services - lien CME/CSIRMT - organisation des soins et fonctionnement) :

Le fait de remettre les services au cœur de l'organisation hospitalière est effectivement nécessaire et attendu, sans pour autant que les chefs de pôle ne s'en trouvent déstabilisés.

La PPL pourrait valablement reprendre les propositions du rapport Claris (co-signatures, temps reconnu pour les chefferies de pôles, de service...) qui présentent l'intérêt d'apporter une réponse concrète des acteurs hospitaliers à leurs attentes en terme de responsabilisation et de souplesse, sans que cela ne génère de tension.

Enfin, la souplesse prônée par la PPL est souhaitable, même si les ajustements organisationnels ou fonctionnels sont déjà possibles : certains établissements opèrent déjà des temps communs « CME-CSIRMT » ; d'autres ont conservé des Départements en sus des pôles.

ARTICLE 7 (chefferie d'établissement laissée vacant - direction commune) :

Si la PPL exprime, par cette disposition, le nécessaire développement des approches territoriales, le caractère d'automatisme de la Direction commune risque de heurter, particulièrement les élus locaux, les représentants des personnels et les représentants des usagers, alors même que cette proposition est fondée sur la volonté de faire confiance à ces acteurs. Si le mouvement de renforcement du rôle et de la place des GHT est désormais communément promu, cela peut difficilement se faire à marche forcée, là où localement il est nécessaire de préparer l'ensemble des acteurs et des professionnels à cette nouvelle synergie territoriale.

Ainsi, la PPL pourrait indiquer que les Directions communes peuvent être étudiées, sur la base d'un diagnostic stratégique ou d'un CPOM de territoire, en précisant explicitement la notion de « poste laissé vacant » (après, par exemple, « deux » publications infructueuses).

Par ailleurs, la PPL ne peut faire l'économie d'envisager une refonte de certains GHT dont la taille limite, par nature, l'aspect d'animation territoriale promue par le Ségur de la Santé (GHT gigantesque) et de modernisation de la gouvernance.

Enfin, la PPL gagnerait à rendre d'ores et déjà possibles des évolutions déjà envisagées par plusieurs rapports (Cour des Comptes, IGAS) : personnalité morale des GHT, établissement public territorial... Le poser dans le cadre de la loi serait de bonne augure.

ARTICLE 9 (Directoire)

Le Directoire est aujourd'hui une instance équilibrée, où la parole est libre. En fonction de leur maturité, beaucoup ont déjà la pratique de membres invités, ce qui permet d'élargir la

concertation. Pour autant, cet organe qui éclaire la décision tout en garantissant la concertation est le fruit de savants équilibres. L'ouvrir tel que prévu par la PPL pourrait en changer la nature.

Cela pourrait s'avérer peu probant pour les étudiants qui exercent très temporairement dans les établissements : leur apport réel sur la stratégie d'établissement ne peut qu'être limité, sachant qu'il est jugé mince au sein des CME.

Concernant les représentants de la CSIRMT, dans l'hypothèse où le principe électif de ces commissions devait à nouveau être interrogé, dans beaucoup d'établissements, cette disposition pourrait se traduire par l'introduction de représentants de personnels non médicaux. Dans ce cas, les débats du Directoire changeront de nature et les points à l'ordre du jour varieront sans doute considérablement. La communauté médicale risque de ne pas s'y retrouver. Dans l'hypothèse où la réglementation relative à la présidence de cette commission n'évoluerait pas, le mode de désignation de représentants des personnels soignants proposée par la PPL obéit à un parallélisme des formes avec les médecins membres du Directoire proposés par le Président de CME. Or, contrairement au Président de CME qui tire sa légitimité de son élection, le Directeur coordonnateur des soins est nommé, sous la responsabilité hiérarchique directe du Directeur. Il en ressort que le processus de désignation envisagé se heurte au positionnement même du Directeur coordonnateur des soins par rapport au Directeur, sans compter que la nomination d'autres soignants au Directoire pourrait entamer le rôle et la place spécifique de celui-ci, ce qui n'est pas souhaitable.

Concernant les représentants des usagers, si la PPL a le mérite de vouloir leur donner une place accrue, les introduire au Directoire est peut-être prématuré ou alors cela doit être présenté sous forme d'option ouverte. Elargir le conseil de surveillance à davantage de représentants des usagers, leur allouer une indemnité, renforcer les prérogatives de la CDU pourraient être consacrés par la PPL.

ARTICLE 10 (intérim médical)

La PPL a le mérite de vouloir traiter ce problème majeur. Toutefois, elle pourrait être ajustée dans le mécanisme prévu de façon à éviter, faute de préparation suffisante et structurée, d'impacter la continuité de certains services. En effet, nombreux sont les services des centres hospitaliers, particulièrement les services d'urgences et certaines maternités, qui pourraient ne plus pouvoir fonctionner et donc devoir fermer temporairement voire définitivement.

Pour cela, il convient en premier lieu de garantir la synchronisation du dispositif sur l'ensemble du territoire national pour éviter toute période de mouvement des intérimaires d'une région à l'autre faute d'assainissement des pratiques au même moment.

En second lieu, il convient tout autant de prévoir en amont de la date d'application un travail réalisé sous la responsabilité des ARS visant à établir un état des lieux précis du recours à l'intérim. Cet état des lieux permettra d'établir un « plan de continuité » qui identifierait toutes les ressources mobilisables du territoire (au sein des GHT) et des régions (avec notamment les CHU) pour éviter la fermeture de services. Par leur pragmatisme, ces plans de continuité permettront aux établissements qui sont actuellement contraints au recours à l'intérim, de gérer les situations délicates de façon consensuelle en lien avec les élus, les usagers et les professionnels, au moment de la date d'application du dispositif.

Enfin, la question de l'intérim médical étant liée aux problématiques générales des ressources médicales, plusieurs sujets pourraient être interrogés par la PPL comme le tarif de la PDS, les rémunérations de certains praticiens hospitaliers (celles-ci dépassant parfois les plafonds, et ce, et pour les mêmes raisons que le recours à l'intérim médical). Elle pourrait aussi

introduire la possibilité d'un engagement à exercer à l'hôpital pendant une période de 2 à 3 ans, à l'issue de l'internat sous réserve d'une rémunération spécifique et attractive.

Enfin, la PPL pourrait promouvoir un ajustement des études médicales qui gagneraient à être moins prédominantes dans les CHU afin de favoriser une répartition des effectifs qui corresponde davantage au maillage nécessaire de l'offre de soin, qu'elle soit hospitalière ou de ville.

ARTICLE 2 - CHAPITRE 2

La place des sages-femmes pourrait valablement être accrue, particulièrement sur la prise en charge pédiatrique (relever l'âge butoir). Cela soulagerait notamment les pédiatres hospitaliers dont la ressource est rare.

AUTRE

La PPL, du fait même de son caractère volontariste, pourrait aborder succinctement les problématiques environnementales, tant la santé et particulièrement le secteur hospitalier ont un fort impacte dans ce domaine. Ainsi, au même titre qu'une charte de management est citée par la PPL, une « charte environnementale » pourrait revêtir un caractère obligatoire dans chaque établissement. Sans un marqueur fort que seul le législateur peut donner, les établissements de santé ne prendront pas le virage désormais crucial sur tous les sujets concernés : consommation, déchets, transport, énergie ...