La situation des établissements de santé : MCO
Point de vue d'un PCME

Dr Jean-Marc MINGUET - *Président de la Conférence PACA des PCME de CH*

1

Président d'une Commission Médicale d'Etablissement d'un Centre Hospitalier

- 10 années de PCME marquées par :

L'hôpital public ne peut pas être la seule variable d'ajustement pour réformer notre système de Santé !

- Le **Ségur** de la
- La **démographie médicale**,
- Les liens **Ville – Hôpital**,
- …

2

L'hôpital public ne peut pas être la seule variable d'ajustement pour réformer notre système de Santé !

- **En effet, l'hôpital public assure :**
  - les activités **programmées et non-programmées**,
  - les activités **les plus lourdes** (patients polypathologiques),
  - les activités **peu lucratives** mais indispensables (maternités),
  - la plus grande partie de la **permanence de soins**,
- **et subit :**
  - une **construction tarifaire** des GHS en sa défaveur,
  - un **dumping** des établissements privés toujours plus prégnant,
  - …

3

4

En 2023, la Conférence PACA des PCME de CH a voulu alerter sur la situation de nos CH…

- **En faisant le constat :**
  - d'une fuite des praticiens hospitaliers en poste :
    - Un **Concours National de Praticien Hospitalier** : Très **peu attractif** et **moins valorisé**
    - Une **grille indiciaire hospitalière** considérée comme **inéquitable** et **injuste**

5

Grille indiciaire hospitalière des PH

Entrée des *"jeunes PH"* dans la carrière hospitalière, et perte d'échelons pour les *"moins jeunes"*

Avant Ségur		Après Ségur		Maintenant		Pour les anciens PH	
Echelon	Durée	Echelon	Durée	Echelon	Durée	Echelon	Durée
1	1 an	-	-	-	-	"ancien 1"	1 an
2	1 an	-	-	-	-	"ancien 2"	1 an
3	2 ans			-		"ancien 3"	2 ans
4	2 ans	1	2 ans	1	2 ans	1	2 ans
5	2 ans	2	2 ans	2	2 ans	2	2 ans
6	2 ans	3	2 ans	3	2 ans	3	2 ans
7	2 ans	4	2 ans	4	2 ans	4	2 ans
8	2 ans	5	2 ans	5	2 ans	5	2 ans
9	2 ans	6	2 ans	6	2 ans	6	2 ans
10	2 ans	7	2 ans	7	2 ans	7	2 ans
11	2 ans	8	2 ans	8	2 ans	8	2 ans
12	4 ans	9	4 ans	9	4 ans	9	4 ans
13	-	10	-	10	4 ans	10	4 ans
-	-	-	-	11	4 ans	11	4 ans
-	-	-	-	12	4 ans	12	4 ans
-	-	-	-	13	-	13	-
Pour arriver au dernier échelon	**24 ans**	Pour arriver au dernier échelon	20 ans	Pour arriver au dernier échelon	**32 ans**	Pour arriver au dernier échelon	**36 ans**

Pour arriver au 13ème échelon en débutant à 33 ans

65 ans

~~65 ans~~

"Perte" de 4 années !!!!

"Ajout" de 6 années !!!!

6

En 2023, la Conférence PACA des PCME de CH a voulu alerter sur la situation de nos CH…

- **En faisant le constat :**
  - d'une fuite des praticiens hospitaliers en poste :
    - Un **Concours National de Praticien Hospitalier** : Très **peu attractif** et **moins valorisé**
    - Une **grille indiciaire hospitalière** considérée comme **inéquitable** et **injuste**
    - Vers l'**intérim médical** : *"Je travaille **où** je veux, **quand** je veux"*
      - **Où** : **Charge de travail** (là où il y a déjà *"suffisamment"* de médecins),
      - **Quand** : **Rythme de travail** (1 jour sur 3 ou 1 jour sur 4, et choix des nuits, des week-ends et des jours fériés).

7

8

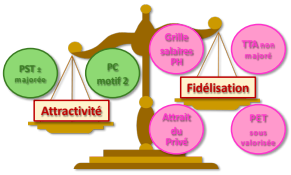
En 2023, la Conférence PACA des PCME de CH a voulu alerter sur la situation de nos CH…

- **En faisant le constat :**
  - d'une fuite des praticiens hospitaliers en poste :
    - Un **Concours National de Praticien Hospitalier** : Très **peu attractif** et **moins valorisé**
    - Une **grille indiciaire hospitalière** considérée comme **inéquitable** et **injuste**
    - Vers l'**intérim médical** : *"Je travaille **où** je veux, **quand** je veux"*
      - **Où** : **Charge de travail** (là où il y a déjà *"suffisamment"* de médecins),
      - **Quand** : **Rythme de travail** (1 jour sur 3 ou 1 jour sur 4, et choix des nuits, des week-ends et des jours fériés).
  - de demandes de **Contrat au motif 2** *(heureusement cadrées depuis peu)*

9

Attractivité & Fidélisation

Démographie médicale en grande souffrance

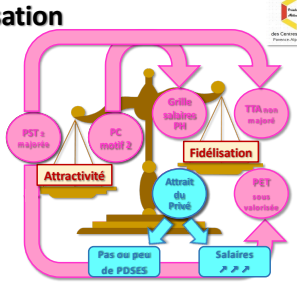


10

Attractivité & Fidélisation

Démographie médicale en grande souffrance

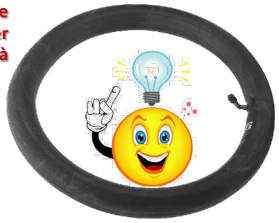
40% des postes non pourvus !



11

Solutions non pérennes et néfastes

Peut-être faudrait-il arrêter de poser des rustines, et envisager enfin de changer la chambre à air ?!!



12

Spécialités en danger

- Urgences, SMUR
- Soins critiques
- Psychiatrie, Pédopsychiatrie
- Pédiatrie
- Gynéco-obstétrique
- Imagerie médicale
- Biologie médicale

Point commun : PDSES, faible attractivité de la carrière publique par rapport au privé, contraintes et pénibilité

- Gériatrie
- Médecine polyvalente
- Neurologie
- Gastro-entérologie
- Cardiologie
- Oncologie
- Néphrologie
- Endocrino, Rhumato, …

Point commun : carences médicales et/ou paramédicales

En fait, toutes les spécialités !!!

13

Pour quelles raisons ?

- **L'Hôpital** est le seul **à fonctionner H24, 7/7**
  - **Charge de travail ↗**
  - **Rythme de travail ↗**
  - Donc des **conditions de travail ↘** et **de vie au travail ↘**
- **Perte du sens** de la **fonction de PH (Carrière hospitalière ?!)**
- **Désengagement** des PH : absence de **perspectives d'amélioration**
- **Lourdeur de la PDSES** : **Pénibilité +++**, **non reconnue**, bien que **constatée et démontrée !!?**

14

Quelles incidences ?

- **Dégradation** de la **qualité** et de la **sécurité des soins** :
  - avec retard de soins fréquents et graves pour les patients !
- **Fermetures** de **lits**, de **services**, de **spécialités**, …
- **Errance**, **incompréhension** voire **colère** des **usagers**, et des **patients**
- **Effondrement** de certaines filières :
  - **Psychiatrie**, **Pédopsychiatrie**, **Pédiatrie**, **Obstétrique**, **Urgences – SMUR**, …

15

Quelles incidences ?

- **Activités reportées** sur les **centres hospitaliers voisins** :
  - qui voient leurs personnels **s'épuiser par la charge de travail supplémentaire**,
  - sans moyens humains supplémentaires,
  - sans valorisation financière (**TTA non majoré**) alors qu'en allant *"aider à côté"* (**PST majorée**) ils seraient mieux rémunérés,
  - et qui, *in fine* s'usent et abandonnent !

Attention à l'effet dominos !

16

Propositions

- **Une réforme structurelle et courageuse du système de Santé :**
  - **Investir dans les hôpitaux.**
  - **Vraie régulation par la Tutelle** :
    - des **soins de ville**,
    - des **rémunérations outrancières** de certains acteurs,
    - de la **pertinence des soins** publics **ET** privés *(Ex. Coronarographies)*.
  - **Solidarité totale** entre **tous les acteurs de santé** pour :
    - la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (**PDSES**),
    - la Permanence Des Soins Ambulatoire (**PDSA**) : Médecine de Ville.
  - **Ne plus parler d'offre de soins**…
    - Mais de **besoins en soins de la population** (y compris et surtout **la Prévention**) !

17

Propositions

- **Une réforme structurelle et courageuse du système de Santé :**
  - **Vraie refondation du système de financement** de la Santé en France :
    - Une Médecine avec 2 financements (Public/Privé) → **Médecine à 2 vitesses !**
  - **Un cadre national mais une autonomie donnée aux territoires :**
    - pour aménager les filières, les parcours selon les ressources locales,
    - avec plus de pouvoirs décisionnels aux GHT
  - Meilleure représentation des GHT (***"Tous partenaires et non concurrents !"***) dans les **Conseils Territoriaux de Santé** (DG ES et PCMG = membres de droit) :
    - pour une meilleure **coordination entre tous les acteurs d'un territoire** autour des filières et parcours de soins

18

Propositions

- **Une réforme structurelle et courageuse du système de Santé :**
  - **Formation de plus de professionnels de santé :**
    - **Augmentation du *"numerus apertus"*** sur Marseille & Nice :
      - Pas d'effet **avant 2030**, mais il faut **se préparer maintenant** !
      - Il est admis que pour remplacer le départ d'un médecin à la retraite, **il faut ^{2,5} médecins** !
    - **Universitarisation des CH** :
      - Comme c'est le cas dans les Hauts de France, en Nouvelle-Aquitaine, en Bretagne, …
      - Cours en visioconférence pour les étudiants – Postes d'externes dans les CH,
      - Postes de MCU-PH et/ou PU-PH dans les CH (Toulon, Aix, Antibes, …),
      - **Éléments d'attractivité** !
    - Création d'**Instituts de Formation des Professionnels de Santé** (**IFPS**) :
      - Pour les IDE, les Aides-Soignants, les manipulateurs en Imagerie Médicale, …

19

Propositions

- **Avoir une approche éthique et respectueuse de la refondation médicale de l'hôpital :**
  - Corriger l'**injustice des 4 années d'ancienneté** réalisées… mais non prises en compte.
  - Valoriser le **Concours National de Praticien Hospitalier** (CNPH) :
    - Trop facile actuellement : **Plus de postes ouverts que de candidats !**
    - Retrouver la **fierté d'être nommé Praticien Hospitalier.**
  - Reconnaître la **pénibilité des gardes et astreintes** :
    - **Mieux rémunérées**,
    - **Avantages sur le départ à la retraite** : années d'ancienneté en fonction du nombre de gardes et astreintes réalisées,
    - **Partagées par tous les acteurs de santé Public & Privé**.

20

Propositions

- **Avoir une approche éthique et respectueuse de la refondation médicale de l'hôpital :**
  - Revalorisation financière des **échelons de PH**.
  - **Homogénéisation** du **temps de travail d'un PH** qu'il soit en temps continu ou en demi-journées.
  - Obtenir l'**adéquation entre vie professionnelle et vie personnelle** souhaitée par la nouvelle génération.

21

Propositions

- **Réguler la consommation de soins médicaux *"à la carte"* :**
  - **Éduquer la population** :
    - déjà entrepris, mais **à perfectionner**,
    - et ce **dès le plus jeune âge** : école, collège, …
  - **Revenir au modèle du "médecin de famille"** :
    - qui connaît ses patients, leur mode de vie et leur entourage, et peut contacter le spécialiste directement, à bon escient, et ne pas réaliser un adressage aux Urgences par manque de temps !
    - et pour cela : **Mieux rémunérer la consultation** du Médecin Généraliste (MG)
    - (Re)**donner du temps au MG** pour une meilleure prise en charge ses patients.

22

Propositions

- **Réguler la consommation de soins médicaux *"à la carte"* :**
  - **Coordonner la médecine libérale via les CPTS**, car bien que libéraux, les médecins sont rémunérés par l'Assurance Maladie, comme nous, et se doivent de **maintenir une offre de soins** durant les périodes de congés, dont la PDSA.
  - **Limiter les prescriptions d'examens paracliniques** parce qu'on ne connaît pas le patient (développer "*Mon Espace Santé*").

23

Notre hôpital brûle…

ne regardons pas ailleurs !

… 21 ans (d') après JC

24

Alors, le point de vue du PCME

- **Navigation à vue :**
  - **Pour** : Le bon acte, au bon patient, par la bonne personne, au bon endroit et au bon moment !
  - **Avec** : Beaucoup d'outils, parfois de bons outils, mais pas toujours proposés au bon moment et pour une mauvaise durée !
  - **En prenant en compte** :
    - Le taux de renoncement aux soins : **63% en 2023**, **68% en 2024** !
    - Les nouvelles générations de médecins : QVCT, temps de travail et loisirs, Consultations et pas de visites (qui assure l'aller-vers ?)

25

Pour naviguer vers ?

- **En faisant attention à :**
  - La **circulaire du Premier Ministre** relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé du 23 avril 2025
    - **Ne pas revenir 10 ans en arrière**, avec un retour à des leviers internes à la gestion et à la seule échelle établissement, du fait que **le seul opérateur régulable en Santé est l'hôpital public !**
    - Et ce alors même que la **reprise d'activité est dynamique**, que la **dette de santé publique se réduit**, et que des signaux positifs sont constatés en matière de **recrutement** et d'**attractivité**, même si la situation reste sous tension **(Mesures Ségur et inflation !)**

26

Comment ?

Gouvernance

Pouvoir décisionnel

Capitation

Restructuration

"Big Bang!"

Déconsolidation

Reconstruire

Statut des PH

Financiarisation

Pouvoir au GHT

Pertinence

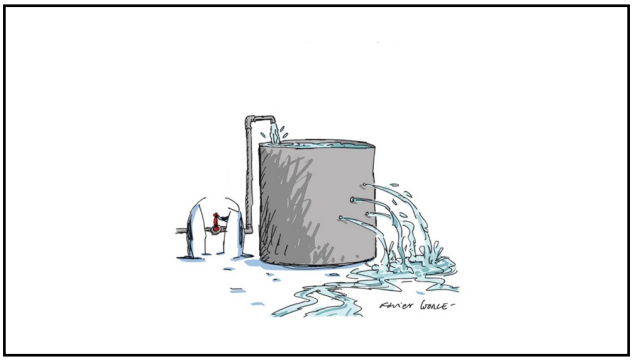
Partage des tâches

Autonomie

27

Prendre des décisions politiques fortes et adaptées !

28



29

Merci pour votre attention

30