

RAPPEL DES POSITIONS DE L'INPH

FEUILLE DE ROUTE POUR 2024-2029

“

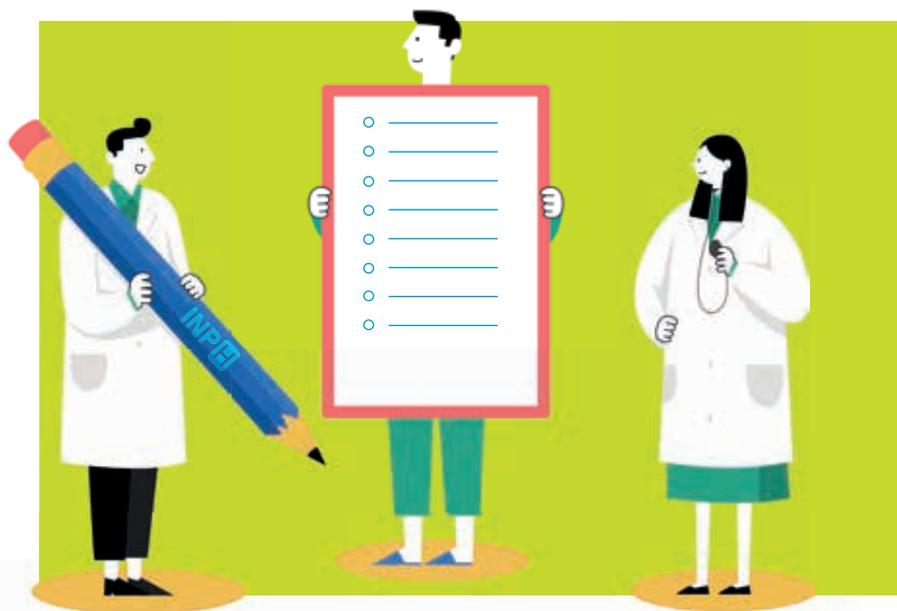
Comme notre présidente Rachel BOCHER l'avait annoncé le 13 Juillet 2020, « le Ségur de la santé n'est que le point de départ de la refondation des hôpitaux publics. » Arrivés presque au milieu de ce second mandat présidentiel, l'INPH rappelle ses positions et propose une **feuille de route au gouvernement** afin d'achever cette refondation.

”

POUR UN EXERCICE MÉDICAL À L'HÔPITAL PUBLIC ATTRACTIF, LIBRE, INDÉPENDANT, DÉONTOLOGIQUE ET JUSTEMENT RÉMUNÉRÉ

L'hôpital public est aujourd'hui confronté à une crise de démographie médicale en partie liée à la baisse d'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires. Nos statuts doivent nous permettre de prendre soin des patients dans les conditions **d'un exercice professionnel libre, indépendant et répondant à l'obligation de moyens pertinents imposée par le code de déontologie**. Ce retour d'attractivité ne pourra pas se faire sans une revalorisation significative de l'ensemble des rémunérations, sans l'assurance d'une continuité des carrières, sans la reconnaissance de valences dites « non cliniques », de l'activité d'enseignement, de recherche et sans une amélioration significative des conditions de travail.

L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à garantir et promouvoir les statuts de praticiens hospitaliers et hos-



pitalo-universitaires afin de recréer les conditions d'attractivité de l'hôpital public et de fidéliser le corps médical à l'hôpital :

☑ **Préserver et renforcer la nomination nationale des PH** à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG.

☑ **Sanctuariser le cœur du statut HU** en garantissant l'indissociabilité de la fonction HU : soin, enseignement et recherche.

☑ Le Ségur de la santé a revalorisé globalement l'exercice médical hospitalier d'environ 6 % or une **revalorisation complémentaire globale de 24 % de toutes les grilles salariales (PH,**

- MCU-PH et PU-PH) est nécessaire compte tenu de l'absence d'évolution significative des revenus depuis plus de vingt ans.
- ☒ **Ramener à 24 ans la grille d'évolution salariale des PH** en la réduisant de 8 ans.
 - ☒ **Aligner les grilles des émoluments hospitaliers des PU-PH et MCU-PH** sur une grille unique.
 - ☒ **Rapprocher certaines dispositions statutaires des HU de celles des PH** pour les conditions d'exercice hospitalier (accès au temps partiel, congés, etc.) et **proposer une véritable retraite hospitalière aux HU**.
 - ☒ **Aligner les grilles de rémunération des praticiens contractuels** (Chef de clinique, assistant spécialiste, praticien attaché, nouveau praticien contractuel, ...) sur la grille de rémunération des PH.
 - ☒ **Intégrer automatiquement les praticiens attachés en CDI au corps des praticiens hospitaliers** dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste d'aptitude nationale.
 - ☒ **Revaloriser significativement l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif, 2000 € mensuels sans condition d'ancienneté dans le statut, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.**
 - ☒ **Reconnaître la particularité du rôle central de l'hôpital public dans la permanence des soins** en la revalorisant significativement :
 - **Revaloriser les indemnités de sujétion** en les alignant à minima sur les indemnités de garde des personnels enseignants et hospitaliers ;
 - **Décompter la période de travail de nuit comme 3 demi-journées** dans le calcul des obligations de service.
 - ☒ **Améliorer les conditions d'exercice**, en « repyramidant » la charge des gardes sur une carrière par un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière.
 - ☒ Dans le cadre du décompte des obligations de service en demi-journées, **valoriser les 2 demi-journées de jour à 4 heures chacune et les 3 demi-journées de nuit à 5 heures chacune.**
 - ☒ **Valoriser le temps de travail additionnel à partir de la 41^{ème} heure de travail hebdomadaire** et non pas à partir de la 49^{ème} heure.
 - ☒ **Définir le temps de travail nécessaire à l'accomplissement des missions - de l'équipe - du service - de l'équipe territoriale** (soins, valences non cliniques, formation, recherche, activités d'intérêt général, activités syndicales, activité privée à l'hôpital) afin de déterminer l'effectif nécessaire cible de l'équipe médico-soignante du service.
 - ☒ **Intégrer automatiquement les MCU-PH hors classe titulaires d'une Habilitation à Diriger les Recherches** dans le corps des PU-PH.
 - ☒ **Accorder l'utilisation du titre de « professeur »** à tous les MCU-PH et aux PH détenteurs d'une HDR.
 - ☒ **Décontingenter** l'accès au statut Hors-Classe des MCU-PH et à la Classe Exceptionnelle des PU-PH.
 - ☒ **Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH, (par exemple sur le modèle des PAST)** qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération et valorisation universitaire (l'institution d'enseignement ou de recherche). Ces valences permettent un exercice pluriel de la carrière de praticien hospitalier grâce un parcours diversifié et valorisant.
 - ☒ **Prendre en compte les missions d'enseignement et de recherche** dans le calcul des effectifs cibles de praticiens.
 - ☒ **Proposer aux HU volontaires la possibilité d'un exercice « hors les murs » du CHU** en créant des postes universitaires de territoire là où apparaissent des besoins et des spécificités.
 - ☒ **Faciliter la coopération entre l'hôpital et son territoire** par la mise à disposition à temps partiel ou complet, sans limite de temps, sur la base du volontariat, avec conservation des statuts, émoluments et primes, de praticiens hospitaliers pour des structures reconnues participant au service public de santé, des organisations territoriales de soins, administrations et groupements participant à l'organisation du système de santé.
 - ☒ **Faciliter la création de réseaux ville/hôpital** (staff commun, adressage facilité, participation aux astreinte ou aux gardes...).
 - ☒ **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice en cours de carrière** en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H vers HU en cours de carrière.
 - ☒ **Revaloriser une Formation Médicale Continue** à hauteur de 3 % de la masse salariale.
 - ☒ **Autoriser un congé des PH pour formation/recherche/reconversion** avec maintien du salaire pour une durée d'un

trimestre par deux ans travaillés à plein temps dans la limite d'un an de congé (à l'image des HU). Ces dispositions sont déjà possibles avec la mise en recherche d'affectation mais il faudrait élargir le « quota » et permettre le retour sur l'établissement à l'issue d'une formation longue.

☒ **Mieux reconnaître le temps du dialogue social** par la création de **valences syndicales** supplémentaires.

☒ **Mettre en place un service de santé au travail** pour les praticiens hospitaliers indépendant de l'administration hospitalière et de la hiérarchie hospitalière avec prise en charge obligatoire par un médecin accédant à une équipe complète infirmière, ergonomique et rééducative de santé au travail. Les recommandations d'adaptation du poste de travail s'imposent à l'administration hospitalière.

☒ **Instaurer une Mutuelle obligatoire** aussi pour les praticiens.

☒ **Mettre à disposition des praticiens** des crèches, salles de sports, garages à vélos, des chambres de garde décentes... afin de promouvoir la santé des soignants.

☒ **Promouvoir l'égalité Femmes - Hommes dans tous les aspects des contraintes de la vie pendant la carrière, dans l'accès aux postes de responsabilité hospitalière et pour les carrières universitaires.**

POUR UNE GOUVERNANCE BIENVEILLANTE (HOSPITALIÈRE, TERRITORIALE ET RÉGIONALE) AU SERVICE DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS

L'hôpital public est aujourd'hui confronté au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : crise de son financement, crise de sa gestion, crise de sa gouvernance et crise de ses valeurs. L'INPH répond à ce défi par un ensemble de propositions volontaristes et responsables, replaçant les patients comme les professionnels au centre de l'hôpital, et repositionnant l'hôpital avec ses valeurs fondamentales à sa juste place dans le système de santé. Les objectifs des propositions suivantes visent à **REMÉDICALISER** la gouvernance des hôpitaux, **RESPONSABILISER** les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation des soins et **RESTAURER** la notion d'équipe médico-soignante ce qui existait avant la loi HPST.

La crise COVID-19 a permis de mettre en évidence que le dispositif actuel des ARS régionales recentrées sur les grandes régions s'apparentait plus à du féodalisme qu'à une gouvernance décentralisée. Les fiefs régionaux sont opu-



lents (voir leurs sièges), surdotés et ils administrent des suzerains de taille et de dotation variable, sans que ne soient considérés les besoins spécifiques des territoires. De nombreux départements n'ont plus de médecins, voire plus au-

cun personnel de santé. Ces délégations départementales sont non pertinentes, n'ayant à disposition ni les compétences que les acteurs de santé (publics, privés ou libéraux) demandent, ni la légitimité, les responsables d'Éta-

blissement de Santé s'adressant directement au siège. Seuls les acteurs de santé de terrain (libéraux et hospitaliers) disposent de la connaissance intime de leur territoire et ils doivent non seulement être associés à la politique territoriale de santé, mais aussi centraux et décisionnaires dans sa mise en œuvre et sa conception. Il convient donc de repenser en profondeur le fonctionnement des ARS afin que la notion de médecine adaptée au territoire soit une réalité de terrain et pas un simple concept technocratique.

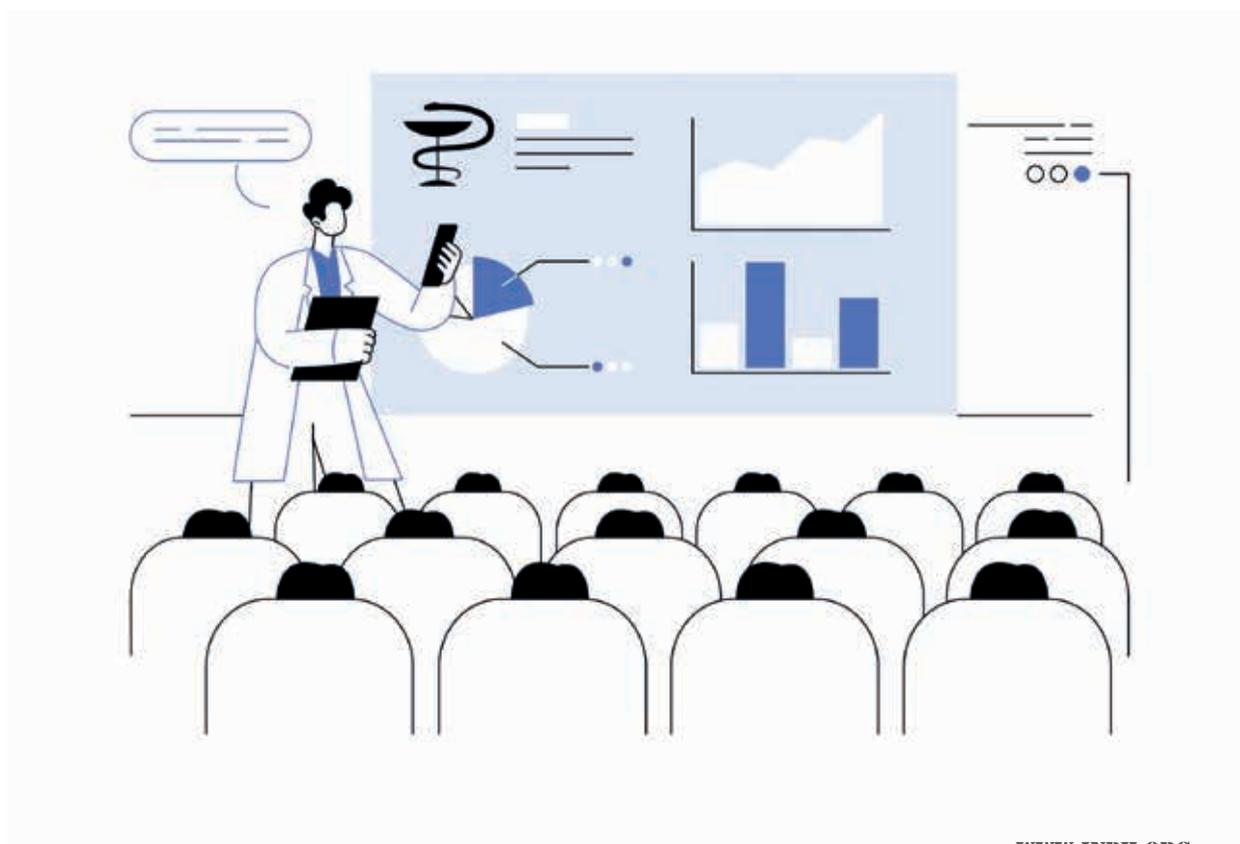
L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à refonder une gouvernance hospitalière territoriale et régionale bienveillante au service des soignants et des patients :

- ☒ **Abroger la loi HPST.**
- ☒ **Médicaliser la gouvernance** : réinvestir la Commission Médicale d'Établissement en matière de stratégie, de gestion, de qualité des soins, de progrès médical et de gestion des personnels médicaux.

- ☒ **Démocratiser la gouvernance**, par un rééquilibrage des prérogatives entre la Commission Médicale d'Établissement et le Directoire.
- ☒ **Donner des responsabilités à la Commission Médicale d'Établissement** en matière budgétaire : objectifs, exécution et suivi, et lui garantir avec le DIM les moyens de son expertise et l'indépendance de ses décisions.
- ☒ **Inscrire la gouvernance de l'hôpital dans un projet territorial médicalisé et démocratique**, associant également les soignants et les usagers.
- ☒ **Replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante**, et rendre au Chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.
- ☒ **Associer concrètement le service dans la préparation et l'exécution budgétaire** : préparation de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) avec le DIM et l'Administration, et exécution dans le cadre d'une large délégation de gestion en adéquation avec les objectifs du

projet médical d'établissement validés par la CME.

- ☒ **Reconnaître les fonctions médicales de gouvernance et de gestion**, pour les PH comme pour les hospitalo-universitaires, par la création de valences et de formations spécifiques. **Mettre en place des formations spécifiques**, incluses dans le temps de travail et dissociées du DPC.
- ☒ **Garantir respect et bienveillance aux patients comme aux professionnels**, par une gestion juste et transparente des situations individuelles et de la politique de prévention des risques psychosociaux.
- ☒ **Confier certaines missions** (gestion de la santé publique, de la veille et de la réponse épidémiologique sur les territoires) **au terrain** (Établissements de Santé et libéraux).
- ☒ **Recentrer les missions de l'ARS sur la régulation de l'offre de soins**, mais en concertation permanente avec les acteurs de terrain que sont les médecins (libéraux et hospitaliers).



POUR UN FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ADAPTÉ AUX BESOINS POPULATIONNELS

L'état des lieux du financement de santé montre :

- ☒ Une déconnexion des missions et des moyens, ayant abouti à un rationnement catastrophique et un endettement lié au fonctionnement et non à l'investissement.
- ☒ Une absence de rationalisation de l'offre sanitaire et de son organisation.
- ☒ Une carence de vision de santé publique.
- ☒ Une dérive des coûts de l'innovation incompatible avec le maintien d'une offre de qualité pour tous.
- ☒ Une dérive progressive du reste à charge remettant en cause le principe d'universalité d'accès aux soins.



Sur la base des principes fondamentaux suivants :

- ☒ Tout patient doit pouvoir accéder à des soins de qualité sans conditions de ressource.
- ☒ Indépendamment de toute chose, les producteurs de soins doivent avoir les moyens de leurs missions.
- ☒ Dans ses missions essentielles, le système de santé doit être un service public, incluant une proportion significative d'opérateurs publics.

L'INPH propose de :

- ☒ **Réformer profondément ou de remplacer l'ONDAM**, afin de reconnecter les financements aux besoins.
- ☒ **Maintenir la T2A, mais sur un périmètre plus restreint** (piste de réflexion : les charges variables), en complément d'un financement lié à une programmation pluriannuelle établie dans des conditions de démocratie et de transparence.

- ☒ **Reprendre l'intégralité de la dette des hôpitaux.**
- ☒ **Développer significativement le financement de la prévention**, tous secteurs confondus.
- ☒ **Converger progressivement vers un financement populationnel régional**, fondé sur les besoins objectifs des populations.
- ☒ **Renforcer très significativement la démocratie sanitaire**, dans les éléments d'orientation de la politique régionale de santé, son financement, et sa régulation.
- ☒ **Réformer profondément l'Assurance Maladie**, en incluant : la transparence des modes de décision et de la gestion, la suppression des conflits d'intérêt (externalisation des contrôles à des organismes indépendants), la simplification radicale de la tarification et de la facturation, la remise en question du reste à charge.
- ☒ **Réformer de façon volontariste l'intégration des opérateurs de santé**, publics et privés, avec pour objectif le parcours du patient dans d'une **maîtrise médicalisée de la dépense** dans un contexte économique contraint. Recentrer les différents acteurs sur leur cœur de métier. **L'efficience doit être le résultat de la rationalisation, pas du rationnement.**
- ☒ **Orienter le financement de la Psychiatrie vers un financement populationnel**, dans le cadre d'une politique territoriale.
- ☒ **Simplifier le modèle de financement des SMR.**
- ☒ **Porter une politique européenne de la santé** et de la protection sociale, dans ses dimensions sociale, économique, écologique et d'excellence.

POUR UNE ORGANISATION TERRITORIALE PERMETTANT UN ACCÈS UNIVERSEL À DES SOINS DE QUALITÉ

Voici les constats des praticiens sur les territoires de santé :

- ☒ Inégalité d'accès aux soins.
- ☒ Incohérence des organisations territoriales hospitalières et libérales.
- ☒ Insuffisance de l'offre médico-sociale.
- ☒ Inégalité de la formation des professionnels de santé.

Les objectifs identifiés par l'INPH :

- ☒ **Qualité et égalité d'accès aux soins et à la formation** des professions de santé.
- ☒ **Avoir une conception médicale** du territoire.
- ☒ **Obtenir la participation volontaire des praticiens au projet.**
- ☒ **Organiser un parcours de soins progressif et cohérent** de la CPTS et du médecin généraliste ou spécialiste vers le CH(U) : territoire de soins (GHT) - organiser un parcours de formation contractualisé de l'Université vers les structures non U : territoire de formation « GHTU » territorial.

L'INPH propose une série de mesures pour mettre en place une offre de soin et de formation territoriale de qualité accessible à tous :

- ☒ **Définir des moyens sanitaires et médico-sociaux nécessaires au sein des territoires** par les professionnels et les usagers.
- ☒ Les CPTS et les médecins généralistes ambulatoires doivent constituer un premier niveau d'accès aux soins et mettre en route le parcours de soins adapté aux malades et à leurs pathologies ; idéalement ce niveau devrait déjà tendre vers une permanence des soins.

☒ **Établir le lien hôpital – ambulatoire** : mixité d'exercice, mise à disposition des moyens (numériques mais aussi humains nécessaires à la qualité de ce lien : IDE de liaison, assistance sociale, secrétariat, moyens numériques...).

☒ **Organiser la graduation de l'offre de soin** de l'hôpital de proximité (accueil d'urgences, SMR, hébergement d'aval) vers le centre hospitalier (soins courants sur plateaux techniques, consultations avancées) « puis » le CHU (soins « ultra spécialisés », activités de recours, mais aussi soins courants et de proximité pour la population avoisinante).

☒ Les établissements privés trouvent leur place dans cette hiérarchisation de l'offre de soins, quel que soit le niveau, en fonction de leurs capacités.

☒ **Protéger les populations les plus fragiles** : petite enfance, « 4^{ème} âge », handicapés, lutter contre le refus de soins.

☒ **Adapter la territorialité** des CPTS et des GHT : "territoires de soins".

☒ **Renforcer la formation** de tous les métiers de santé et les adapter aux besoins territoriaux (toutes les structures, hospitalières ou non, publiques ou privées, peuvent trouver leur place dans la formation des différents professionnels de santé, en fonction de leurs spécificités et capacités).

☒ **Mettre en place des parcours de formation** contractualisés avec l'Université vers les structures non U : "territoires de formation".

☒ La notion d'équipe médicale universitaire peut être élargie à un territoire « universitaire » différent de la région et variable selon les besoins de chaque spécialité ; cette équipe médicale universitaire, sous la responsabilité d'universitaires titulaires, doit passer des contrats de formation et de recherche sous le contrôle de l'UFR au niveau régional et des GNU concernés au niveau national.

☒ On définit ainsi deux types de territoires :

→ **Un territoire de soins (GHT)**, de la CPTS vers le CH, voire le CHU ;

→ **Un territoire de formation (« GHTU »)**, de l'Université vers la CPTS.

☒ Ces territoires peuvent avoir un périmètre différent en fonction des structures hospitalières qui le constituent et des besoins de formation encadrée par des Maîtres de stage universitaires. Cette organisation en réseaux territoriaux permettrait aussi d'y élargir le champ des recherches et des personnels concernés par celle-ci.

☒ **Donner aux ARS un rôle non directif de coordination** entre professionnels de santé et établissements de soins et médico-sociaux de tous statuts pour définir les moyens nécessaires et adaptés aux besoins sanitaires et médico-sociaux territoriaux et non régionaux.

☒ **Donner à l'Université un rôle d'encadrement** des formateurs et de la recherche dans ces territoires.

POUR UNE REDÉFINITION DES MISSIONS DES PRATICIENS ET LEUR REDONNER DU SENS



Les missions fondamentales des médecins, pharmaciens et odontologistes à l'hôpital public qu'ils soient hospitaliers ou hospitalo-universitaires doivent être redéfinies.

Soigner, former, transmettre, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre en charge dans le cadre d'une vision globale du soin, inventer et innover sont autant de missions qui forgent la vision de l'INPH.

L'importance de ces différentes missions permettra de garder et de promouvoir les meilleurs praticiens au sein d'un hôpital public de qualité.

Pour un Hospitalier (H) ou un Hospitalo-Universitaire (HU) l'attractivité de la mission réside dans le plaisir de s'améliorer en permanence, de transmettre et de contribuer au progrès de la médecine et de la santé dans sa globalité : accueil, soins, réhabilitation, soutien, information, éducation, aide... Elle se nourrit aussi

d'une forme de gratification liée à la reconnaissance d'une disponibilité et d'une stabilité (permanence) de la **compétence**, couplée

Soigner, former, transmettre, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre en charge dans le cadre d'une vision globale du soin, inventer et innover sont autant de missions qui forgent la vision de l'INPH.

à la notoriété d'un exercice dédié au patient, indissociable de la liberté de choix des thèmes de travail et d'organisation d'une vie

professionnelle faite de contacts et de relations humaines.

Les praticiens H et HU doivent **travailler en équipe** dans des structures de soins soucieuses et respectueuses du facteur humain du système hospitalier.

Un exercice HU « hors les murs » avec les hôpitaux non-U, les structures privées, en France ou à l'étranger devrait être institutionnalisé.

En ce qui concerne le CHU d'aujourd'hui, il devrait accompagner l'universitarisation en cours des différentes professions liées à la Santé, en valorisant l'approche **pluri-professionnelle**, incluant **une formation et une recherche hors les murs**, ouverte sur la société, **en adéquation avec les besoins** médicaux et de santé de la population du bassin de vie dans lequel l'hôpital est implanté, **sans discrimination ni sélection des pathologies** fondées sur des critères économiques ou financiers.

