

Commission des affaires sociales
Mission d'évaluation des lois OTSS et Rist 1

DES dispose des moyens nécessaires pour le suivi des étudiants et des terrains de stage. Le partage de l'accompagnement de la formation entre CHU et CH est un axe d'amélioration en favorisant les collaborations entre l'université-les CHU et les autres acteurs de la santé (CH, ville, médico-social).

➤ **L'accès au 3^{ème} cycle des études de médecine**

3. Avez-vous des observations sur la première année d'application de la réforme d'accès au 3^{ème} cycle des études de médecine ?

La disparition de l'anonymat dans cette réforme – qui auparavant était un concours – ne doit pas être le lieu de discrimination.

Il semble que les ECOS examen national décliné dans chaque faculté soient parfois extrêmement mal organisés, avec un jury moindre que prévu et des étudiants inutilement angoissés par des questions de logistique.

Les difficultés rencontrées lors de cette première année d'application ne doit pas être préjudiciable aux étudiants, mais ne doit pas non plus brader l'accès au 3^{ème} cycle.

Depuis plus de 10 ans les ECOS sont en place sur le CHU de Toulouse. Confronter les jeunes médecins en formation à des cas concrets est un élément essentiel dans leur parcours de formation. Cependant, faire de cet élément un point de blocage dans leur parcours interroge car ce n'était pas le principe déployé dans cette université comme dans d'autres. Cet examen national étant réalisé sur le territoire de façon différente d'un CHU à l'autre rappelle le temps des jurys régionaux pour le concours de l'internat qui n'était pas toujours un modèle d'équité républicaine. Nous apprenons par ailleurs que certains étudiants apprennent par cœur les réponses à ces ECOS, élément qui n'est pas non plus l'objet de leur mise en œuvre.

Cette année nous ne pouvons que regretter le choix de plus de 1500 internes en devenir de redoubler leur année pour préparer au mieux les EDN. En dehors du fait que les étudiants en médecine sont déployés dans les stages au bon vouloir des coordinateurs de DES avec une très forte appétence des CHU pour conserver ces jeunes médecins en formation dans leur giron.

➤ **L'exercice médical à l'hôpital public**

4. S'agissant de la réforme des statuts de praticien hospitalier/praticien contractuel

- La réforme est-elle pleinement mise en œuvre au sein des CHU ou des CH désormais ? Peut-on dire qu'elle a satisfait son objectif de simplification et de plus grande attractivité pour les établissements et les praticiens ?

Pour les praticiens hospitaliers : la réforme des statuts s'est faite de manière très marginale. Le seul point positif de cette réforme est l'homogénéisation des droits sociaux.

En pratique, cela ne change rien, en dehors de considérations triviales sur les quotités de travail et les modalités de leurs modifications.

La disparition du temps réduit est préjudiciable aux parents d'enfants d'âge scolaire. Passer à temps partiel n'est pas trop difficile, en revanche, retrouver un temps plein après quelques années à temps partiel pour s'occuper d'enfants en bas âges relève parfois du parcours du combattant.

Sur les retraites des temps partiels et en particulier sur la proratisation du taux pour le passage à la tranche A à la tranche B de l'IRCANTEC, en fonction de la quotité de travail, ce dispositif n'existe toujours pas pour les praticiens hospitaliers alors qu'il existe pour d'autres cotisants de cette caisse complémentaire.

Les valences non cliniques peinent à être appliquées, et les entretiens professionnels ne sont pas réalisés partout (y a-t-il eu partout une information des chefs de service et de pôles ?).

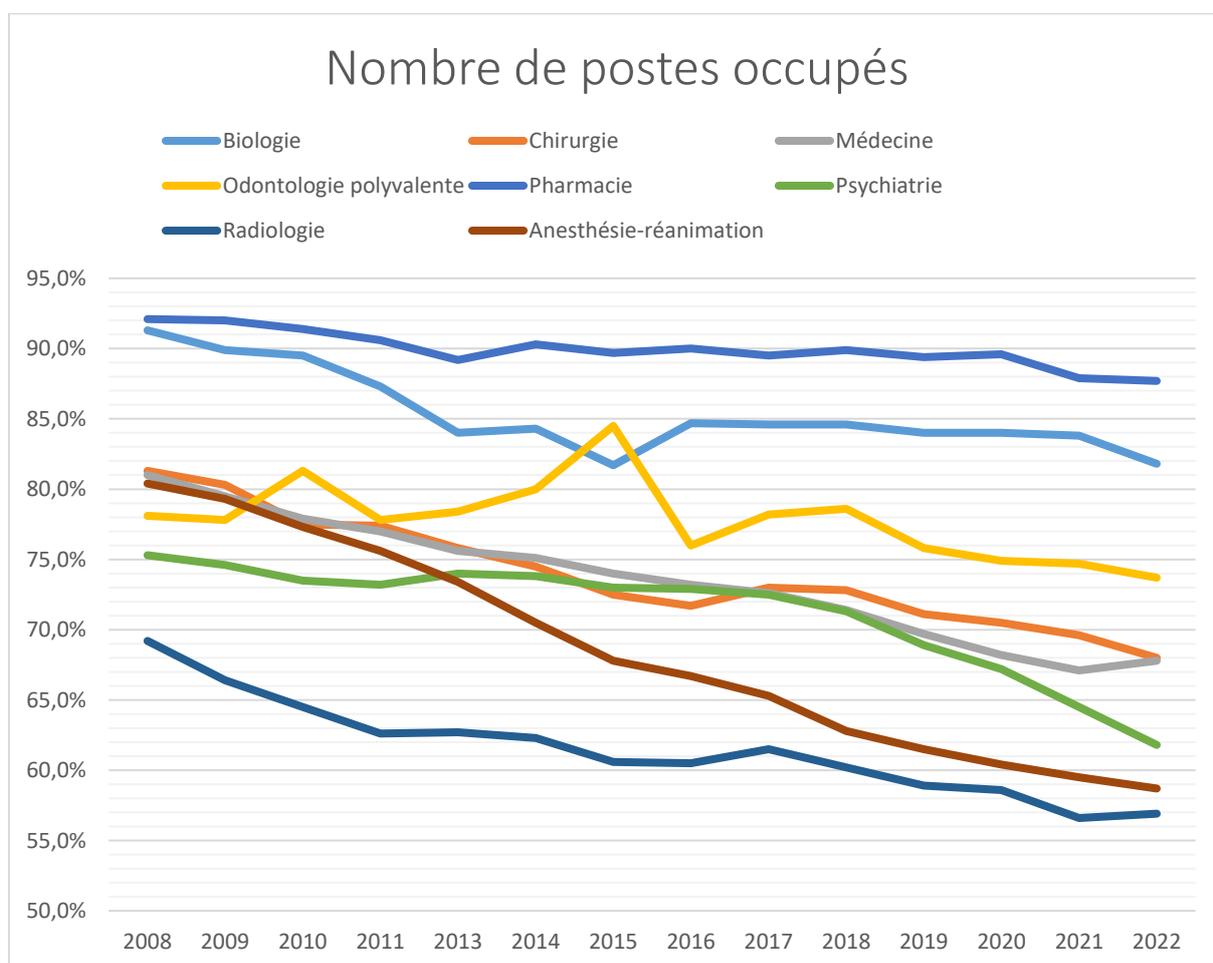
Quant aux contractuels : le statut de type 2 devient la poule aux œufs d'or et disqualifie le statut de PH titulaire qui n'est plus attractif. Nous avons demandé que le statut de clinicien soit supprimé, ce n'était pas pour qu'on le remplace par un statut encore plus concurrentiel vis à vis du statut de PH titulaire... Ces contrats sont devenus le nom « honorable » de ce que l'on appelait auparavant les intérimaires mercenaires...

- Quel est actuellement le taux de vacance sur les emplois statutaires de PH au sein des CHU ou des CH ? Comment évolue-t-il ? Dans quelle mesure la réforme du statut a-t-elle influé sur cette évolution ? Le délai entre la publication d'un poste de PH et son affectation a-t-il été réduit ?

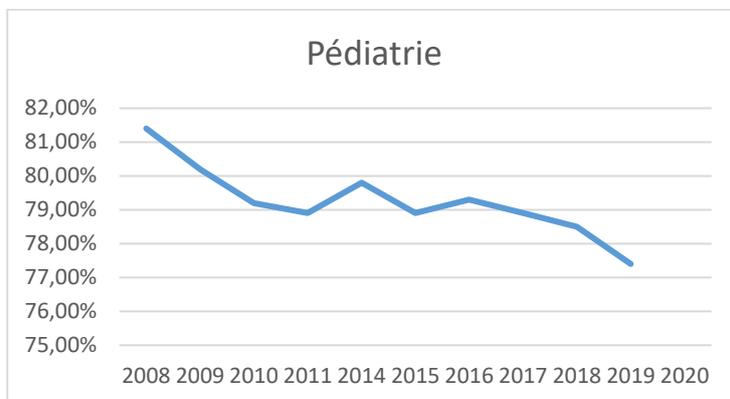
Le CNG rechigne de plus en plus à nous donner ces informations. Sous la direction de Mme Danielle Toupillier, le rapport annuel du CNG fournissait le taux de vacance des PH spécialité par spécialité. Le passage d'Eve Parier a vu une réduction drastique du volume du rapport annuel du CNG, avec la disparition de ces informations précises. Nous devons alors demander chaque année, avec plusieurs relances, ce taux de vacances, pour n'avoir le taux de vacances

Commission des affaires sociales
Mission d'évaluation des lois OTSS et Rist 1

uniquement par discipline et non plus par spécialité, ce qui rend l'analyse totalement impossible. Depuis la nomination de la nouvelle direction du CNG, le principe même de nous communiquer ce taux pose question au CNG. En pratique, nous n'avons connaissance d'aucun taux de vacance statutaire depuis la réforme du statut de PH, ce qui nous laisse croire que ces taux sont catastrophiques, vu que ces taux se dégradent continuellement d'années en années, dépassant 40 % à 50% dans de nombreuses spécialités.



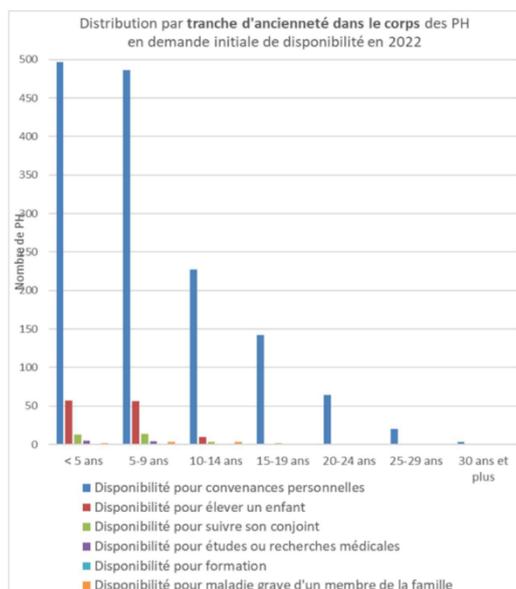
Commission des affaires sociales
Mission d'évaluation des lois OTSS et Rist 1



Ceci est d'autant plus regrettable que le CNG met en place depuis quelques années un logiciel statistique « Logimedh ». Les organisations syndicales des personnels médicaux ont été exclues de la conception et de l'utilisation de ce logiciel... sans raison claire. Nous avons pu constater lors des élections professionnelles les grandes difficultés de recensement des personnels médicaux tout statut confondu mais plus particulièrement pour les contractuels. Cela ne peut que nous inciter à penser que le pilotage du système, se fait, sur les ressources humaines médicales au moins, de manière très « pifométrique ».

Nous ne pouvons donc pas répondre totalement aux questions posées à ce sujet.

Si nous reprenons l'analyse de la DGOS remise dans le document en PJ « *Annexe 2 : Le nombre de disponibilités a augmenté en 10 ans, passant de 1630 au 1er janvier 2013 à 5581 au 1er janvier 2023. Les disponibilités semblent toutefois se stabiliser entre le 1er janvier 2022 et le 1er janvier 2023. Cette augmentation des disponibilités est toutefois à relativiser au regard des effectifs des praticiens hospitaliers qui sont en augmentation.* »



Effectivement nous devrions nous réjouir de constater que l'effectif global des PH en activité est en augmentation. Cependant rien n'est dit sur le fait que certains PH titulaires prolongent leur activité de par l'impact des différentes réformes des retraites. Il conviendrait également d'analyser avec beaucoup plus d'attention le nombre de candidats au concours de PH en 2022 qui n'augure rien de bon et surtout de voir si tous les reçus au concours de PH ont effectivement pris un poste de titulaire ou bien un contrat de type 2.

Avec plus de 40% voire 50% de postes vacants dans certaines spécialités (médecine d'urgence, anesthésie-réanimation, pédiatrie, psychiatrie...) comment oser écrire que la dynamique serait positive ?

Nous n'avons aucune donnée sur un éventuel effet du Ségur qui permet de candidater au concours de PH sans attendre deux années d'assistantat élément obligatoire avant la mise en place des nouvelles modalités du concours de PH avec un effet visible en 2021. En 2022 nous avons 12,5% de candidats en moins.

Nous avons aussi de nombreux retours de collègues qui malgré leur réussite au concours de PH attendent de nombreux mois que des commissions internes aux établissements décident de leur sort ce qui permet de les maintenir à moindre frais dans les établissements mais avec un risque avéré de les voir partir s'ils jugeaient l'attente trop longue ou si d'autres propositions plus intéressantes arrivaient ce qui est de plus en plus fréquent.

Un autre élément majeur oublié par la DGOS est celui de la quotité de temps de travail car beaucoup de PH titulaires ne sont plus sur un 100% mais sur une quotité réduite. Ce phénomène presque exclusif aux jeunes mamans il y a quelques années touche de plus en plus de pères, qui plus est, de moins en moins jeunes.

Si l'on veut piloter la démographie médicale hospitalière il est nécessaire de recueillir et d'analyser quelques données simples : combien de praticiens hospitaliers sont-ils aujourd'hui en poste ? Avec quelle quotité de travail ? Quelle est la pyramide des âges de ces praticiens ? Combien de praticiens contractuels ? Sous quels motifs sont-ils recrutés ? Quelle est leur quotité de travail ?

Tout laisse à penser qu'aujourd'hui, personne ne connaît pas ces chiffres et encore moins leur évolution sur les 20 dernières années.

APH ne partage l'optimisme ambiant affiché par l'administration. Avec 342% d'augmentation des praticiens en indisponibilité sur 10 ans nous nous interrogeons...

APH se questionne encore plus sur un élément une nouvelle fois occulté avec une augmentation de 500% des démissions du statut de PH ou de PU-PH !

d'indice est un mauvais signal envoyé, tout autant que l'absence de mesures correctives de l'inflation sur l'IESPE et les autres primes statutaires.

6. S'agissant de la réforme de l'activité libérale des praticiens, une hausse de l'activité libérale a-t-elle été constatée dans les CHU ou les CH? Disposez-vous des données suivantes :

- Le nombre et la proportion de praticiens (100%, 90% et 80%) exerçant une activité libérale dans les CHU ou les CH et son évolution avant et après la réforme ;

Nous ne disposons pas de ces données, ni au niveau national, ni au niveau régional (les CRAL ne fonctionnent pas), ni à l'échelle des établissements (nombreuses CAL fictives) ; l'arrêté définissant ce que doit contenir le rapport d'une commission d'activité libérale n'est toujours pas paru, depuis des années...

La cour des compte pointe la double peine pour l'Assurance Maladie qui dans ce cadre rémunère directement les praticiens mais ne voit pas le prix du séjour baisser. Dès lors, on ne voit pas quel serait l'intérêt d'un contrôle plus strict pour les établissements.

Nous n'avons pas l'impression qu'il y ait une augmentation du nombre de praticiens réalisant une activité libérale. Il s'agit toujours des mêmes statuts et disciplines ou spécialités.

- Le montant total des actes CCAM cotés dans le cadre de l'activité libérale et son évolution avant et après la réforme dans les CHU ou les CH ;

Idem, pour la même raison. Il n'y a que la Cour des Compte qui puisse avoir ces données. Dans les établissements, l'omerta est la règle sur ce sujet. On comprend assez facilement pourquoi à la lecture du rapport de la Cour des Comptes.

- Le chiffre d'affaire moyen annuel par praticien, maximum et minimum et leur évolution avant et après la réforme ?

Idem, pour la même raison.

Pour cette question nous avons les données récentes de l'APHP qui indiquent à la représentation nationale certains dysfonctionnements au sujet de l'activité libérale non contrôlée par certains PH ou PU-PH comme évoqué par le Dr Wernet.

7. S'agissant du recours au contrats dits « de motif 2 » et à l'intérim médical :

- Quels sont, selon vous, **les impacts de l'application du dispositif prévu par la loi Rist 1** pour faire respecter les plafonds de rémunération de l'intérim médical ?

Cet encadrement était éthiquement nécessaire. Mais le problème a été pris à l'envers. Au lieu de donner de l'attractivité aux statuts de titulaires à l'hôpital, on a encadré l'intérim en mettant les prétendues économies sur la réalisation de nouveaux contrats de type 2, ce qui a finalement coûté plus cher d'une part, et fait échouer les négociations du printemps 2023 destinées à donner des mesures d'attractivité aux PH.

Si l'attractivité du statut de PH était restaurée, l'intérim se réduirait de lui-même comme peau de chagrin et la loi du marché conduirait à moraliser le tarif de l'intérim.

En revanche, de nombreux services qui survivaient grâce à l'intérim se trouvent dans des difficultés qui se sont acutisées depuis l'application de la loi Rist, ce qui est à l'origine de conflits avec la gouvernance (TTA contraint etc.) et rentre dans des cercles vicieux d'accélération des départs de PH...

En pratique, le sujet des types 2 ou de l'intérim, c'est le sujet de l'attractivité du statut de PH, et uniquement cela.

Le problème est effectivement abordé à l'envers : au lieu de renforcer l'attractivité des praticiens titulaires certaines directions ont ouvert la boîte de Pandore. (*Cf supra et document contrat type 2 JFC document en PJ – élément remis en séance aux députés*)

- Selon vous, **comment se sont adaptés les médecins** qui proposaient auparavant leurs services dans le cadre de contrats d'intérim ? Ont-ils accepté les nouveaux plafonds ? Se sont-ils tournés vers d'autres types de contrats ? Ont-ils quitté l'hôpital ?

Sans doute un peu de tout... et surtout, maintien des rémunération identiques avec des contournements dans les contrats (par exemple, contrat de 5 jours mais un seul jour réellement travaillé...).

- Nous entendons que le plafonnement de la rémunération de l'intérim a eu pour effet collatéral **une explosion des contrats de motif 2**. Partagez-vous ce constat ?

Oui et c'est ce qui est rapporté par les directions, les ARS (qui ont validé en urgence les types 2 sans même regarder les motifs des recrutements), la DGOS.

- Pensez-vous qu'il faille **davantage réguler ces contrats de motif 2**, pour interdire la très courte durée, imposer une quotité de travail minimum, interdire aux PH de se mettre en disponibilité pour exercer dans le cadre de ces contrats, en interdire l'accès aux praticiens récemment inscrits à l'ordre, etc. ?

avant la Loi OTSS (en cas de disponibilité ou démission) et n'a jamais montré son efficacité pour maintenir les praticiens à l'hôpital. Est-il davantage utilisé maintenant ? nous n'avons aucune statistique sur ce point.

De plus, il nous semble paradoxal de vouloir renforcer un exercice mixte et mettre un dispositif de non concurrence en parallèle !!! Nous ne sommes ni pour l'un ni pour l'autre mais pour de réelles mesures qui font que les praticiens aient envie de rester à l'hôpital, qu'ils s'y sentent bien et surtout qu'ils s'y sentent considérés à la hauteur du temps et de l'investissement qu'ils y consacrent. Ce n'est pas le cas aujourd'hui et c'est ce problème là qu'il faut chercher à traiter avant tout.

10. Quel bilan tirez-vous de l'obligation d'activité en établissements de santé non universitaires ou sociaux et médico-sociaux pour les PUPH en période de consultanat ? Est-ce appliqué ? Combien de praticiens sont concernés ?

Nous ne connaissons pas cette mesure et n'avons aucune donnée objective à ce sujet. Pour nous, le consultanat n'a aucun intérêt, ni pour les patients, ni pour les étudiants, ni pour les équipes médicales. Son obtention est opaque et il devrait être supprimé.

11. De manière générale, voyez-vous des évolutions réglementaires ou législatives qui seraient de nature à améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public – ce qui était l'un des objectifs affichés par les lois OTSS et Rist 1 ?

Oui, car si ni les lois OTSS et Rist 1 ne répondent à l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, les organisations syndicales ont de très nombreuses propositions pour l'attractivité, issues de nombreuses enquêtes faites auprès du terrain (que nous pouvons vous fournir) et réunies dans la plateforme électorale de notre liste d'union. En pratique

- La première chose à faire est de récupérer les années d'ancienneté spoliées aux PH nommés avant le 1er octobre 2020 (4 ans + années de PH provisoires) ; notre proposition de triple grille résout tous les problèmes engendrés par ces spoliations, en permettant de recalculer chaque PH sur une même évaluation de l'ancienneté et permettant à chaque PH d'atteindre la fin de la grille ; cette proposition intéresse la DGOS, elle doit évoluer pour devenir concurrentielle avec les rémunérations des PH de type 2.

Nous devons préciser à la représentation nationale qu'une majorité des PH nommés avant octobre 2022 sont les seuls agents de la fonction publique qui ne pourront jamais atteindre le dernier échelon de leur grille avec plus de 35 ans de carrière.

- Ex-aequo : la revalorisation des astreintes – financée à partir du 1er juillet 2024 – doit absolument être réellement appliquée à cette date ; les négociations sont à l'arrêt, il faut au minimum, comme pour les gardes, une mesure transitoire = + 50 % pour toutes les astreintes.

Commission des affaires sociales
Mission d'évaluation des lois OTSS et Rist 1

- Décompte du temps de travail : le CE a rappelé le 22 juin 2022 aux établissements que le décompte horaire était obligatoire, ce n'est toujours pas appliqué (hors temps continu). Ce temps de travail n'apparaît pas sur la fiche de paye. Cela veut dire qu'une partie du travail des praticiens est invisibilisé (et donc non rémunéré, non valorisé pour la retraite). Cela pose problème pour les dispositifs d'aménagement de fin de carrière.
- Par ailleurs, le TTA est sous-payé, il doit être payé au-dessus du salaire de base du praticien et non de façon forfaitaire avec un montant inférieur au salaire de base d'un PH 1^{er} échelon.

Qui travaille en France au-delà de ses obligations de service soit au maximum 48 heures hebdomadaires pour les PH, et perçoivent alors moins que leur salaire de base ?

- L'évolution sociétale appelle à revoir les volumes horaires de travail, d'autant que les horaires très atypiques des praticiens hospitaliers sont potentiellement source d'une morbi-mortalité majorée (chiffres impossibles à obtenir). Il faut arriver à fixer les obligations de services des praticiens à 39 heures (déclenchement du TTA à la 40^{ème} heures).
- La réforme de la gouvernance a été anecdotique, elle n'a fait que donner un pouvoir supplémentaire au président de la CME, sans renforcer le rôle des médecins dans l'institution. C'est une réforme en profondeur de la gouvernance qu'il faut faire. La solution est connue, c'est la gouvernance qui a fonctionné pendant la première vague de la crise sanitaire. Elle a permis en un temps record de transformer l'hôpital, et ça a marché. Horizontaliser les prises de décisions, rendre aux équipes leur outil de travail et leur autonomie, les laisser désigner leurs responsables managériaux.
- Prévention autour d'une médecine du travail qui est le parent pauvre de l'hôpital public quand nous ne sommes pas orphelins de cette spécialité dans certains établissements de santé.

14. Cette même loi a **revalorisé le rôle du service hospitalier** comme échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins mais aussi d'encadrement des équipes par le rôle du chef de service. Considérez-vous que cette évolution est réelle et positive dans l'exercice quotidien ?

Oui, et nous l'avons dit dès la création des pôles. La suppression du service était une grossière erreur, beaucoup de services ont continué heureusement à fonctionner « à l'ancienne » et la réhabilitation officielle du service était attendue.

En revanche, il est assez perturbant de savoir qu'un chef de service comportant 3 praticiens touche une prime quand un référent d'unité fonctionnelle qui en comporte 20 n'en touche pas. Il y a quelque chose à faire de ce côté-là, que la DGOS (le Ministre) a refusé d'inscrire dans le décret.

L'autonomie managériale des chefs de service est faible dans un système où les lignes hiérarchiques sont organisées en tuyau d'orgues (les CDS s'occupent des médecins, les cadres des IDE et des AS, les cadres AMA des secrétaires). Rien n'incite à la communication horizontale ou à la création de projets autour d'un service qui s'articule autour d'une typologie de patients.

En pratique, la notion d'équipe médicale ou d'équipe de soins s'articulant autour de plusieurs parcours-patient est difficile à construire dans un système aux hiérarchies cloisonnées où chacun défend ses prérogatives sans véritable conscience de l'intérêt commun ou pire encore, à ne pas froisser le niveau hiérarchique supérieur.

Il ne suffit pas d'affirmer par la Loi que le service existe pour qu'il se remette à fonctionner. Il faut définir ce que l'on en attend et comment il doit fonctionner. Le mandarinate a fait des ravages, la loi HPST tout autant il faut maintenant réinventer une gouvernance de proximité soucieuse du collectif, respectueuse des individus et surtout capable de répondre aux attentes des patients et de gérer rapidement les incidents ou les dysfonctionnements du quotidien qui sont légion.

15. Quel regard portez-vous sur l'outil que constitue le **projet de gouvernance et de management participatif**, et son déploiement dans les hôpitaux ?

Il semble être complètement passé à la trappe. Il n'y a aucune gouvernance et aucun management participatif dans les EPS. Ces sujets sont très difficiles à aborder. Beaucoup de directions hospitalières se satisfont de l'organisation actuelle et font tout pour éviter d'aborder ces sujets y compris lors de la rédaction des projets d'établissements sur les volets managériaux et sociaux.

Par ailleurs, il n'existe aucune décharge de temps dédié pour la participation des médecins au management. Une prime a été accordée aux chefs de pôles et aux chefs de service. Il aurait

mieux valu leur donner du temps dédié à cette activité avec une contractualisation de leur engagement à servir le collectif.

Enfin, plutôt que de service qui s'articule trop souvent autour d'une spécialité médicale, il serait souhaitable de parler d'équipe médicale ou d'équipe de soins organisée pour prendre en charge une typologie de patient. C'est à ce niveau que le management de proximité est important et qu'il. Peut changer le quotidien de ceux qui y travaillent. Dans les CHU et les grands établissements, ce niveau n'est que rarement reconnu en service et trop souvent en unité fonctionnelle avec des praticiens sensés en être responsables qui ne bénéficie ni de prime ni de temps dédié et qui peuvent difficilement rencontrer la direction de l'établissement du fait de leur faible niveau hiérarchique.

Il n'est pas rare de voir de petits services (moins de 10 médecins) exister à côté de services de plus de 40 médecins, chacun ayant un seul chef de service. C'est une aberration !

16. L'article 29 de la loi Rist a également ouvert **un droit d'option** pour les établissements qui souhaiteraient adopter leur propre organisation médicale (en dérogeant à l'organisation en pôles) ou leurs propres instances de gouvernance interne. 10 % des hôpitaux ont fait usage. Avez-vous fait l'expérience ou eu des retours sur ces nouvelles flexibilités ? Vous paraissent-elles utiles ?

Le sujet n'a pas été pris en considération par les EPS. L'organisation en pôle est très satisfaisante pour les directions hospitalières qui ont un interlocuteur unique et choisi pour régler les problèmes chez les médecins. Elles n'ont donc que rarement favorisé l'émergence de nouveaux modèles organisationnels. Le pôle ne satisfait pas les médecins, ils considèrent le plus souvent que c'est une couche hiérarchique supplémentaires qui les éloignent des lieux de décision.

➤ **La réforme des autorisations sanitaires**

26. Quel impact aura, pour l'hôpital public, la réforme des autorisations sanitaires ? Quel regard portez-vous sur cette réforme ?

Ces réformes sont utiles sur le principe car garanties de sécurité, mais trop d'aménagements des textes permettent de contourner ces garanties ; par ailleurs, des évolutions intéressantes se font à financement constant – et donc mettront les services ou les établissements dans des situations induites de déficit (cf. soins critiques).

Par ailleurs la réforme des autorisations de soins en périnatalité est au point mort, en raison du sujet des effectifs de professionnels de santé dans les salles de naissance. Il faut pouvoir avancer sur ce point pour restaurer l'attractivité des carrières médicales en maternité.

27. Quel regard portez-vous sur les nouveaux **projets régionaux de santé** adoptés par les ARS ?

Ce sont des usines à gaz avec des orientations stratégiques qui ne sont qu'une liste de bonnes intentions floues, des objectifs opérationnels qui n'ont rien d'opérationnel et des indicateurs qui n'ont plus rien de pertinent en regard de la dégradation générale du système de santé. Pire, les quelques ébauches de solutions proposées ne répondent pas aux vrais enjeux, réutilisent des mesures qui ont montré leur inefficacité et quand la solution est bonne il n'y a aucun financement en regard.

On a multiplié les instances de concertation, ouvert celles-ci aux usagers qui sont le plus souvent des associations de malades atteints de maladies chroniques ou de handicap, fait venir des sociétés de consulting pour tenter de piloter tout cela, le résultat est décevant, ne donne pas de lignes directrices claires et part dans tous les sens en essayant de ménager la chèvre et le chou. On est très loin d'une planification en santé sur le territoire.

➤ **Le service d'accès aux soins (SAS)**

28. Quel regard portez-vous sur la mise en œuvre du SAS et son impact pour l'hôpital public ?

Le fait d'assurer une régulation médicale des entrées dans les urgences est un élément essentiel dans la gradation de la réponse à apporter aux besoins de soins de la population.

On ferme les petites maternités pour assurer qualité et sécurité des soins mais ouvrir des urgences avec des brêles payés à prix d'or cela ne choque pas !

Le Docteur Cibien qui a répondu à cette question durant l'audition rappelle aux députés son conflit d'intérêt sur ce sujet, outre ses fonctions au sein du SAMU 47 sur le pilotage de l'articulation supra-territoriale entre les SAMU 32 et 47, il a également participé à l'élaboration du cahier des charges du programme SI-SAMU comme expert métier au sein de l'ASIP qui est devenue l'ANS.

Attentes organisationnelles et structurelles :

Le programme SI-SAMU doit être soutenu et porté par l'Etat dans tous ses volets, téléphonie incluse. Pour ce faire, il faut donner à l'Agence du Numérique en Santé les moyens d'accompagner les SAMU- SAS dans cette transformation, y compris dans la transition vers la téléphonie IP, sous la gouvernance de la direction du numérique en santé.

Lors de l'audition le Docteur Cibien a expliqué que c'est à ses yeux la seule option pour garantir performance, modernisation et articulation entre SAMU et acteurs du SAS avec des coûts certes importants mais connus et maîtrisables. Ce dernier s'est également étonné des choix hasardeux de la DGOS (comme ceux d'arrêter le Logiciel de Régulation Médicale national cœur opérationnel d'une solution partagée entre les acteurs de ville, du médico-social et de l'hôpital comme des usagers) qui ont entraîné des surcoûts. Cette erreur d'analyse ne doit pas être reproduite pour la téléphonie qui comme rappelé en séance a permis à l'aide de la base nationale des statistiques des appels de comprendre et d'alerter les tutelles qu'un événement sanitaire d'une ampleur sans précédent se préfigurait dès le début de la pandémie Covid.

Attentes techniques :

Le réseau de communications via OTN a fait ses preuves en termes de fonctionnalités et d'opérabilité.

Pour rappel, certains éléments d'analyse ou de sécurité doivent être connus des députés :

- Les premières données statistiques agrégées début 2020 qui ont permis de lancer les alertes auprès des tutelles sur l'arrivée de la vague Covid ;

En conclusion

Le malaise des soignants et des praticiens explose avec une gouvernance qui est focalisée sur l'activité mais à quel prix sur le plan humain et en termes de qualité et de sécurité des soins.

Notre système de santé est un héritage à conserver et à transmettre à nos enfants et Action Praticiens Hôpital demande à Mesdames et Messieurs les députés comme à l'exécutif un véritable Plan Santé pour cesser de rajouter des lois aux lois existantes qui souvent ne sont ni appliquées ni respectées comme ce fut le cas pour les contrats de praticiens contractuels de type 2 dans un nombre conséquent de dossiers.

Effectivement, les déserts médicaux deviennent légion... L'offre de soin se tarit peu à peu dans un silence assourdissant et un mal-être général grandissant. Pour APH, il devient urgent de proposer un plan Santé pour une qualité de vie pour tous nos concitoyens autour d'un système de santé à la hauteur du système solidaire pensé et construit par le Conseil National de la Résistance qu'il devient nécessaire de moderniser et de renforcer. Le pouvoir d'achat de nos concitoyens étant un des axes prioritaires de nos dirigeants et des Français, le pouvoir vivre en France en bonne santé est une de nos volontés premières.

Notre système de santé étant aux yeux d'Action Praticien Hôpital un héritage précieux à conserver pour garantir la solidarité nationale, nous savons pouvoir compter sur le pouvoir législatif pour retrouver le dynamisme hospitalier au cœur de notre système sanitaire. Une dynamique positive et constructive pour que chaque Français puisse bénéficier d'un juste soin en incluant la prévention est pour nous essentielle. Les conditions d'exercice des soignants, des praticiens comme des autres acteurs hospitaliers se doivent d'être repensées pour retrouver leur confiance et redonner du sens à leurs missions de soin en les valorisant tout en respectant les équilibres vies privée et personnelle.

