

## **Mai 2007 : et maintenant ? Les 10 priorités de la CMH**

Au terme d'une campagne qui a seulement effleuré le champ de la santé, un nouveau président et un nouveau gouvernement sont installés. Pour l'hôpital et plus généralement pour la santé les interrogations sont légions. La CMH présente au nouveau ministre 10 dossiers prioritaires car la réforme est plus que jamais indispensable :

1°) En 5 ans plus de 300 000 hospitaliers vont partir à la retraite. Ces conditions démographiques exceptionnelles doivent accompagner les redistributions nécessaires et être accompagnées des recrutements indispensables. Le recrutement des infirmières est notamment au centre des préoccupations. La régulation des entrants et des sortants médicaux et soignants doit être engagée sans tarder. Elle doit notamment tenir compte des flux européens. Ceci suppose d'obtenir plus de transparence sur les choix européens concernant notamment les spécialités médicales, les transferts transfrontaliers, l'évaluation du temps de travail et les politiques de formation en Europe.

2°) Le temps de travail médical et le « compte épargne temps » constituent autant de brûlots. La reconstitution des équipes médicales hospitalières et de secteur qui doivent atteindre une taille suffisante doit être poursuivie. Le centre national de gestion qui vient d'être créé doit assurer la sécurisation des parcours professionnels.

3°) Nous souhaitons un nouveau contrat d'organisation des prises en charge. Pour le patient il s'agit d'être garanti d'accéder à la qualité évaluée des soins mais il s'agit aussi de rendre opposable dans un territoire une organisation des soins en contre partie du service rendu au patient. Il convient d'organiser des filières de prises en charge qui dépassent l'obsolète clivage entre secteur public et secteur privé sur la base de nouveaux modes de rémunération. Cela signifie aussi assurer la qualité des actes médicaux et les évaluer, promouvoir et reconnaître la compétence dans la formation initiale comme dans le déroulé des carrières, trouver des solutions pour que l'installation et l'exercice des jeunes médecins s'appuient sur leurs motivations mais tiennent compte aussi des besoins de santé publique.

4°) En lien avec la démographie médicale la réforme de l'IRCANTEC doit faire l'objet d'une négociation sur la base du travail réalisé depuis juillet 2006. Statuts temps pleins et temps partiels, praticiens attachés sont concernés.

5°) La promotion de la compétence médicale à l'hôpital doit être prioritaire. Il convient notamment d'analyser pourquoi 80% des jeunes chefs de clinique choisissent de faire carrière en privé. Cette situation délétère doit conduire à des mesures de promotion contractuelles permettant de rétablir l'attractivité vers l'hôpital. L'extension et l'adaptation à toutes les spécialités de la part variable complémentaire du revenu en constituent l'un des leviers.

6°) l'hôpital doit cesser d'être « réduit » à sa seule mission de prise en charge des urgences. L'hôpital doit réinvestir les activités programmées, les filières spécifiques et développer son secteur de prise en charge ambulatoire. Pour les urgences comme ailleurs une organisation par territoire est incontournable. L'intégration de la pharmacie au CHU doit être effective avec ses textes règlementaires.

7°) La tarification à l'activité pose le problème du différentiel des coûts entre secteur hospitalier public et celui des cliniques privées. Dans l'attente du travail en cours sur l'échelle nationale des coûts relookée, les objectifs doivent être définis. Comme Xavier Bertrand alors ministre de la santé l'avait indiqué l'objectif de la convergence totale des financements publics et privés n'est pas souhaitable. Au-delà c'est le financement du service public hospitalier qui doit être suffisant pour ses missions. MIGAC et MERRI doivent garantir le financement des missions de service public. Leurs éléments constitutifs doivent être revus

8°) Les pathologies du vieillissement, les difficultés de la psychiatrie publique et la crise de la chirurgie notamment sont autant de sujets de santé publique qui sortent après la campagne comme ils y sont entrés. Ils doivent voir leur fonctionnement assuré financièrement. Dans les filières de prise en charge des malades, le service médical rendu doit s'appuyer sur une informatisation performante permettant la concrétisation du dossier médical personnel (DMP) et permettant le chaînage des séjours.

9°) La situation de la protection sociale est mauvaise. Comme la cour des comptes vient de l'indiquer les réformes entreprises sont souvent d'apparence et le comité d'alerte sonne le tocsin. Cependant avec le vieillissement de la population, le développement des pathologies environnementales et le coût de l'innovation, les coûts de la santé ne peuvent que progresser. La pérennité du système impose des décisions qui ne peuvent se réduire au report de dettes sur les générations à venir. Ces décisions ne doivent pas remettre en cause la qualité ni la prise en charge des malades et notamment celle des affections de longue durée qui serait inacceptable

10°) L'hôpital est au cœur de la prise en charge des alertes sanitaires qui vont se multiplier. Au même titre il doit investir le champ de la santé environnementale et plus généralement celui de la santé publique et de la prévention. Cela signifie, là encore, le développement coordination avec la médecine de ville mais aussi avec les professionnels et association de malade investis dans ces domaines.