

LES 33 MESURES DU SEGUR DE LA SANTE – LA LECTURE DU CHFO

PILIER 1 TRANSFORMER LES METIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT

La partie majeure est constituée par les accords carrières et rémunérations. La signature par Force Ouvrière est une réponse logique à l'ampleur des revalorisations et à la nécessité de veiller à leur mise en œuvre. Les impasses ont été signalées : celle sur le champ du handicap et de la protection de l'enfance, exclu de la revalorisation socle, ne pourra pas durer, elle constitue une entorse à l'unité de la FPH, contradictoire avec la volonté claironnée de décloisonner.

Nous avons aussi plaidé sur cet enjeu d'attractivité et de décloisonnement pour l'unicité des corps D3S DH. S'il y a eu refus de mettre ces sujets à l'ordre du jour, nous y reviendrons lors du débat sur l'autonomie.

Si nous avons pu faire inscrire la refonte des grilles des directeurs des soins en continuité de celles des cadres de santé, il faudra éviter la réédition d'une revalorisation en trompe l'œil.

Puis la crise d'attractivité touche aussi les métiers techniques et administratifs qui doivent avoir de nouvelles perspectives de carrières.

La mesure relative à l'emploi, avec la prévision de 15000 recrutements soignants supplémentaires reste à préciser dans ses modalités et son financement, notamment concernant les 7 500 « budgétés » et non pourvus alors qu'avec l'EPRD la notion de tableau des emplois a disparu au profit de celle d'emplois rémunérés.

Attractivité mais aussi démographie

Les autres mesures annoncées le 21 juillet font toutes écho au « mur de la démographie des professions médicales et paramédicales », sur lequel butent non seulement l'hôpital mais aussi la ville et les EHPAD. L'accélération sur l'exercice mixte des médecins, sur la mise en place des IPA, la réflexion sur une profession médicale intermédiaire sont des actions d'adaptation dans la continuité de la loi santé de 2019. Le renforcement de l'encadrement de l'intérim est nécessaire et devra passer le cap législatif après l'échec de l'automne 2019.

Mais cette fois la question de l'appareil de formation est abordée avec la création de postes universitaires, l'augmentation de 2000 places dans les IFSI dès 2020 et le doublement des entrées en formation d'AS d'ici 2025. Une enveloppe de 38M€ y est consacrée ; étonnant dans ce contexte que ne soit pas annoncé un objectif volontariste pour la formation des médecins, car la suppression « technique » du numérus clausus ne fait pas une politique et ne lève pas tous les obstacles.

PILIER 2 DEFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DES SOINS

S'agissant des modalités de financement, c'est la continuité qui l'emporte largement.

Financement à la qualité, dotation populationnelle expérimentale résultent des travaux en cours de la « task force ». Ces pistes ont d'ailleurs fait l'objet de débats très contradictoires lors du SEGUR. Le risque demeure d'une complication accrue des règles, en contradiction avec le pilier 2, et d'une perte d'autonomie des établissements pour s'adapter aux besoins.

L'évolution plus sensible porte sur la question de l'ONDAM. Il a fallu insister pour qu'elle soit à l'ordre du jour. Comme nous l'avons souligné, entre des tarifs bloqués et des dotations gelées, il n'y a guère de différence. La promesse de ne plus baisser les tarifs a été réitérée par le ministre, elle n'est pas sanctuarisée dans les conclusions et nous avons demandé d'inscrire le principe de garantie de « pouvoir d'achat » des activités hospitalières ; il y a une annonce de « rénover » l'ONDAM dans le sens de la pluri annualité, de la prise en compte des besoins et des coûts, avec un renforcement du débat au Parlement, à l'horizon 2022.

S'agissant de l'investissement, ce sont cette fois les interrogations qui l'emportent.

In fine, il a été décidé d'ajouter 6Mds€ aux 13Mds€ de la reprise de la dette.

Que savons-nous aujourd'hui ?

D'abord, qu'il n'y aura pas de reprise de la dette, comme beaucoup l'ont cru lors des annonces de novembre 2019 : ce qui est inscrit dans le projet de loi dette sociale, c'est une couverture partielle des annuités par la CADES, avec la potentialité d'un « soulagement » financier pour les établissements endettés mais un effet lissé dans le temps, sans choc d'investissement. Ainsi, on ne peut présager qu'1€ de dette compensée se transformera en 1€ d'investissement. De plus les 13Mds correspondaient au tiers de la dette des EPS, or le passage par la CADES a obligé à l'ouvrir aux ESPIC, sans information exhaustive sur la nouvelle assiette...

Sur les 6Mds€ annoncés en supplément, nous savons qu'ils seront attribués sur 5 ans (3 ans pour le volet numérique). Certes, il faut un temps d'arbitrage des projets, mais de ce fait il n'est pas certain que le niveau d'investissement des EPS se redresse rapidement alors qu'il avait baissé de 40% en 10 ans. Dans le total, 2,1Mds€ sont fléchés sur les établissements médicaux sociaux ; c'est une avancée réelle, mais le rapport Libault évaluait le besoin à 3Mds en 10 ans pour les seuls EHPAD.

Le point acquis en termes de méthode et de régulation, c'est la fin du COPERMO, avec une déconcentration de la plupart des décisions et avec l'association des élus.

Ce que nous ne savons pas ?

Pour la compensation de la dette, les critères d'éligibilité et de répartition ne sont pas connus, il ne s'agira pas d'une attribution au prorata. De même les conditionnalités ou contreparties de l'aide restent à définir (il est évoqué la priorité aux « investissements du quotidien »).

Pour le plan d'investissement de 6Mds€, les modalités ne sont pas connues : apports en dotations, couverture des surcoûts, prorata, etc.

Sur la doctrine qui se substituera à celle du COPERMO dans le cadre du nouveau Conseil national des investissements, il y a un enjeu majeur de reconstruction, voire de « déconstruction idéologique » car la plupart des référentiels devront être revus, sur le capacitaire, sur les surfaces, sur les conditions de travail, sur la dimension développement durable. Une logique de co-construction avec les acteurs de terrain est indispensable, versus le règne des consultants.

S'agissant de la question capacitaire en hospitalisation, la réponse apportée est celle de l'adaptabilité du service public.

Le ministre a annoncé la notion de « lits à la demande » pour les activités saisonnières, une enveloppe FIR de 50 M€ pour 4000 lits étant prévue. Le dossier de presse évoque même les futurs projets de fermetures de lits. La continuité est donc de mise.

Quant au développement des hôtels hospitaliers, il n'était même pas évoqué dans les recommandations du SEGUR.

L'introduction de la dimension transition écologique (mesure 14).

C'est une vraie nouveauté, qui résulte de nombreuses interventions des acteurs lors du SEGUR. Il y a effectivement une frustration des professionnels à voir cette nécessité négligée par le système de santé en dépit de l'adage « primum non nocere ». Des démarches volontaires développement durable existaient déjà dans nos établissements, mais dans le même temps, beaucoup restaient dans l'incapacité de mettre à niveau leur structure ou leur fonctionnement. Un soutien financier annuel de 50M€ est annoncé dans le tableau de financement.

PILIER 3 SIMPLIFIER LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES ÉQUIPES

Le périmètre du chantier simplification a été difficile à cerner dans les travaux du SEGUR. En particulier toutes les questions relatives à la gouvernance globale du système de santé ont été le plus souvent écartées, même si in fine du Pilier 4 quelques retouches à l'organisation des seules ARS sont annoncées en « mesure transversale ».

Des mesures relèvent du registre précis de la simplification, sur les procédures d'autorisations, de certification, de contractualisation, de commande publique. D'autres mesures proposées dans le cadre du Pilier 2 sur la simplification des nomenclatures et du codage, ou sur la simplification de la facturation n'ont pas été reprises par le Ministre.

S'agissant de l'organisation et de la gouvernance, nous retrouvons une grande continuité avec les démarches engagées par la loi de juillet 2019 puis par les annonces de novembre 2019 ; la source d'inspiration principale a été le rapport CLARIS, et la majorité des propositions pourront d'ailleurs être mises en œuvre par le vecteur des ordonnances déjà autorisées par la loi LOTSS.

Le service et la délégation

L'idée qui est le plus mis en avant est celle de proximité, avec la réhabilitation du service comme collectif de travail essentiel. Les mesures concrètes portent sur la désignation des responsables, et sur la systématisation des délégations de gestion ; l'organisation en pôles deviendrait optionnelle.

Dans le même registre, les établissements trouveront la possibilité d'adapter l'organisation de leurs instances. Cela rappellera aux plus anciens « l'amendement Durieux » à la loi de 1991, dit aussi amendement liberté, dont le succès pratique resta assez confidentiel.

Corriger HPST

Sur la gouvernance CME et Directoire, le principe annoncé est de revenir sur les excès de la loi HPST, en rétablissant des compétences d'avis de la CME, en renforçant son rôle sur le projet médical (il est actuellement de la responsabilité du PCME), et en rétablissant des codécisions Directeur-PCME, tous sujets qui étaient déjà en discussion pour la déclinaison en ordonnance et décret de la loi de juillet 2019.

Les sujets nouveaux concernent le Directoire avec la présence d'un représentant paramédical en sus du Directeur des Soins, et les usagers avec l'obligation de définir leurs modalités de participation dans le règlement intérieur.

Enfin, la mesure 23 relative à la prévention des conflits est un rappel d'intention de déployer concrètement la médiation locale et régionale qui se met en place. Le sujet était totalement absent des recommandations du SEGUR.

PILIER 4 FEDERER LES ACTEURS DANS LES TERRITOIRES

A partir de quelques constats de la gestion de crise (ouverture de la télémédecine, bonnes coopérations ou dysfonctionnements en proximité) les travaux du SEGUR en sont venus ensuite à une approche assez intemporelle, mais là aussi très alignée sur Ma santé 2022.

Les échanges ont été centrés sur les coopérations en immédiates proximité Ville-Hôpital, ainsi que sur des approches populationnelles.

Pour le pilier 4 le gouvernement a retenu pas moins de 10 mesures. Il annonce une enveloppe annuelle très significative de 573M€ pour soutenir ces actions.

Les actions populationnelles

Elles concernent :

- Les plus précaires, par la promotion de la santé, les PASS, les centres de santé « participatifs », les lits halte soin santé, les dispositifs mobiles (100M€)
- Les personnes âgées, par les astreintes sanitaires, les admissions directes, les équipes mobiles et la HAD, la présence infirmière de nuit en EHPAD (21M€).
- Les personnes en situation de handicap, par l'accès au médecin traitant (tarification), le rôle ressource des EMS, l'adaptation des conditions de soins dont la télémédecine (12M€)
- Les personnes avec troubles psychiques, par le numéro national de prévention du suicide, par des psychologues supplémentaires dans les CMP, par les CUMP, par des consultations de psychologues en MSP (40M€)

L'absence de nouveauté ne retire pas l'intérêt de ces actions, confortées par une programmation de financement.

L'exercice coordonné

S'agissant des actions organisationnelles, le soutien financier majeur concerne les CPTS et le Service d'Accès aux Soins pour améliorer les soins non programmés (300M€), puis la Télésanté (100M€), avec l'idée de maintenir certains accès ouverts pendant la crise. Le renvoi de ce sujet à des négociations conventionnelles nécessite une vigilance pour que l'Hôpital public puisse s'inscrire dans cet accès.

La mesure 30 intitulée « faire des hôpitaux de proximité des laboratoires en matière de coopération territoriale » est sans doute mal nommée, d'une part parce qu'il n'y est question que de gouvernance (association des élus et autonomie par rapport au GHT), d'autre part parce que l'on attend plus que de l'expérimental dans cette question essentielle de la proximité.

Les élus, le retour

Les questions de démocratie sanitaire sont aussi abordées dans ce pilier avec un renforcement de la CRSA, avec la création d'une instance régionale de réduction des inégalités de santé associant les élus, et enfin avec une présence plus forte des élus dans un CA des ARS.

S'agissant des ARS, les autres annonces consistent à développer leur présence à l'échelon départemental et à leur redonner les moyens pour exercer leurs missions et renforcer leur capacité d'accompagnement de projet.

Reste à savoir si une autre révision architecturale ne sera pas abordée dans le cadre de la future loi dite 3D Décentralisation – Déconcentration – Différenciation.

La question du pilotage du secteur médicosocial et en particulier des EHPAD sera également très sensible, en lien avec le projet de loi autonomie. Le système actuel est loin d'être parfait, et Force Ouvrière a toujours défendu la notion de 5^{ème} risque, mais nous refuserons que soit défaite l'égalité de droits à la santé des personnes en perte d'autonomie en décentralisant la gestion des fonds de l'assurance maladie. La cohérence appelle d'autres solutions.

Ce qu'il faudra préciser :

La communication des intentions du gouvernement par voie de dossier de presse laisse des interrogations et peut encore réserver des surprises. Certes tout ne peut être réglé, eu égard aux importants chantiers à ouvrir sur le plan législatif ou réglementaire.

Mais des clarifications rapides sont attendues tant les attentes sont grandes et la situation délicate pour de nombreux établissements. Qu'il s'agisse des recrutements, de la formation dans les instituts, ou encore de l'investissement, la lisibilité est indispensable afin de permettre aux hospitaliers d'ajuster rapidement leurs projets.

Enfin, il importe qu'un comité de suivi et d'évaluation de ces annonces, associant aussi les élus et les organisations syndicales puisse se mettre rapidement en place.