

8 DEFIS A RELEVER POUR LE SERVICE PUBLIC DE SANTE DEMAIN

La crise sanitaire que nous vivons actuellement s'avère inédite à plus d'un titre, et interroge sur la structuration du système de santé en général, et sur l'organisation de l'Hôpital public en particulier. Bien que ce dernier ait été une véritable pierre angulaire dans la gestion de la crise en bouleversant ses organisations et en tenant malgré la fatigue et la pénurie de professionnels et de matériels, il convient collectivement de nous interroger, avec les Pouvoirs Publics, sur les améliorations à apporter, et les réponses nouvelles à construire.

« Non pas spectateur, mais acteur engagé », pour reprendre une expression célèbre, le CHFO entend produire et porter des propositions auprès des Pouvoirs publics et en débattre avec les plus hautes autorités de l'Etat.

C'est en ce sens que le CH FO souhaite apporter des propositions simples et lisibles, robustes et réfléchies, de nature à donner des signes forts de reconnaissance de l'hôpital public, à ses agents, aux médecins et aux corps de direction.

Si la crise sanitaire a révélé la vitalité du système public hospitalier, elle a montré des failles dans notre dispositif avec un hôpital appauvri, en manque de sens et d'attractivité.

- A l'heure où certains écrits nous laissent penser que les procès d'intention peuvent supplanter la réalité de l'action collectivement développée ;
- à l'heure où certains brûlots dénoncent sur la toile une certaine bureaucratie, qui serait uniquement développée par les directions (comme si le mandarinat ou le poids des administrations centralisées ou déconcentrées n'existaient plus !);
- à l'heure où fleurissent des textes odieux, souvent rédigés par des « penseurs » peu au fait de nos réalités professionnelles et qui n'en mesurent pas les complexités,

Nous rappelons d'abord et avant tout que l'hôpital a tenu et que c'est une fierté collective. Il convient maintenant d'apporter des propositions claires, concertées.

Comme nous l'avons dit, « l'heure n'est pas à jouer des coudes mais à se serrer les coudes » !

Les cadres de directions de service public hospitalier et médicosocial ne sont pas des gestionnaires comptables des structures. Directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sociaux et médicosociaux, directeurs des soins, ils sont des professionnels dont la vocation est la santé publique, le service aux usagers. **Comme tous leurs collègues ils ont été à la peine dans cette crise, mais ils y ont aussi vécu, aux côtés et avec les soignants, la vraie substance de leur métier, la fierté à coordonner tous les corps de métiers, la satisfaction de résoudre les obstacles matériels et juridiques pour faire face, car il ne s'agissait pas d'une disparition des contraintes, mais au contraire de leur multiplication. Simplement, la hiérarchie des valeurs a été rétablie, avec le soin placé au premier rang. Nous ne croyons pas à l'effacement de la contrainte financière demain, elle sera forte pour tout le pays, mais en vérité, c'est un nouvel équilibre qu'il faut construire au-delà de l'Hôpital, plutôt que de faire peser toutes les contradictions sur sa gouvernance interne. Celle-ci a montré sa réactivité en s'appuyant sur l'unité directions médecins soignants.**

Le CHFO, par la présente contribution, entend prendre toute sa place de partenaire responsable des pouvoirs publics, et d'acteur engagé des services publics.

8 principaux défis sont abordés, qui traitent autant de l'urgence immédiate que du long terme :

1/ LE DEFI DE LA RELANCE DE L'ENSEMBLE DES ACTIVITES DE SOINS

2/ LE DEFI DE LA RESPONSABILITE

3/ LE DEFI DE LA PROXIMITE

4/ LE DEFI DES RESSOURCES HUMAINES

5/ LE DEFI DE L'ATTRACTIVITE

6/ LE DEFI DU FINANCEMENT

7/ LE DEFI DE L'INVESTISSEMENT

8/ LE DEFI DU GRAND AGE

1/ LE DEFI DE LA RELANCE DE L'ENSEMBLE DES ACTIVITES DE SOINS

L'arrêt de certaines activités de soins, rendu nécessaire pour faire face à la pandémie, à été amplifié par un renoncement massif aux soins qui inquiète tous les professionnels de santé.

Ce renoncement peut être considéré comme une bombe à retardement dans les mois qui viennent, d'autant plus que l'été caniculaire n'est pas un risque à sous-estimer.

Résorber le retard ainsi accumulé implique une relance déterminée de l'activité du service public hospitalier. L'évidence nous conduit à constater que l'activité sera marquée par une reprise compliquée et lente, avec notamment une sectorisation COVID/non COVID dans les établissements qui va non seulement en complexifier la gestion, réduire considérablement les capacités d'accueil mais aussi demander des effectifs supplémentaires et ralentir une fluidité pourtant nécessaire.

Cette complexité est source d'inquiétude pour toutes nos équipes, voire de tensions face à l'inconnu des mois à venir, ce que nous pourrions qualifier de stress des 3C : COVID, Canicule, Congés. Il nous paraît donc nécessaire de concevoir une « réserve solidaire » pour faire face à une 2ème vague en région.

L'Hôpital va de nouveau être confronté aux problèmes d'avant la crise comme la pénurie des effectifs pour faire face aux besoins de santé. Le manque d'attractivité n'a pas été résolu par la gestion de la crise COVID. La crise COVID a montré que le soin nécessitait le juste moyen, satisfait car toutes les autres activités ont été arrêtées et que la fluidité a été organisée avec la ville via des doctrines nationales et régionales. A l'heure de la reprise, le défi impose encore plus de conserver ce modèle.

Au delà du système de santé, on voit que l'organisation du déconfinement nécessite une mobilisation de la société toute entière. Le CHFO aspire à un rétablissement le plus rapide de l'ensemble des libertés publiques et individuelles, car nous ne voulons pas voir la santé publique assimilée à une privation de la « vraie vie » pour la seule vie biologique.

Cela signifie pour l'avenir un véritable investissement d'éducation populaire en prévention, et son organisation en proximité dans les territoires. L'architecture de l'ensemble des agences doit être revue sous cet éclairage ; à l'évidence l'échelle des grandes régions et des ARS, parce qu'elle a dévitalisé l'échelon départemental, est inadaptée pour cela.

2/ LE DEFI DE LA RESPONSABILITE

Les directions d'établissement ont assumé avec souplesse leur responsabilité tout au long de la crise, sans être épargnés par des dilemmes moraux, mais convaincus de la nécessité de faire face, et donc de prendre des mesures pour gérer les pénuries ou les prévenir. Conscient du contexte exceptionnel, le CHFO a très vite demandé que la protection fonctionnelle soit octroyée sans obstacles, en cas de mise en cause. Ces mises en cause auront lieu, compte tenu des dommages subis par des patients, résidents ou par des professionnels. Mais les directeurs ne pourront être tenus pour responsables des racines de la crise, et en particulier des pénuries que ce soit au plan des équipements de protection individuelle, mais aussi au plan des tests, qui ont conduit à des changements successifs de recommandations.

Dans de telles circonstances, le débat sur les responsabilités ne doit pas être opposé au droit à réparation et le CHFO appuie la demande de notre fédération d'un fonds d'indemnisation exceptionnel.

Pour l'avenir, cette question de la responsabilité éclaire les débats sur la gouvernance des établissements. Le Service public Hospitalier dans les prises en charge des urgences et de ses spécialités, comme dans la gestion des transferts, dans l'adaptation à la gestion de la crise sanitaire a démontré la nécessaire entente du corps de direction et du corps médical, mais aussi son indéniable souplesse et capacité d'adaptation, loin de l'image de bureaucratie, de complexité et de lourdeur dans la prise de décisions.

Cela ne dispense pas d'ouvrir **un chantier de simplification de l'organisation hospitalière et de son fonctionnement**, tout en renforçant l'axe médecin-directeur, et en appelant à une concertation renouvelée et renforcée, avec les organisations représentant le personnel.

Les cellules de crise qui se sont réunies parfois tous les jours, se sont révélés plus efficaces qu'une multitude d'instances. La concertation avec les organisations représentant le personnel a souvent modifié les modalités d'organisations des instances représentatives. Ces profonds bouleversements conduisent à des pistes de travail telles que de réduire le nombre des instances, mais aussi de renforcer la co-construction des décisions. **Ce chantier de la gouvernance doit s'appuyer sur les enseignements de la crise, où chaque acteur a montré son indispensable présence et son rôle incontestable.**

3/ LE DEFI DE LA PROXIMITE

Si le système de santé, dont le système hospitalier, a su s'adapter rapidement, cela n'a pas été sans difficulté. L'ensemble du dispositif des agences nationale et régionales construit depuis plus de 20 ans n'était que marginalement conçu pour l'opérationnel, les échelons départementaux avaient été dévitalisés, les autres services de l'Etat tenus à l'écart. Les professionnels de ces structures ont donc dû réaliser en quelques semaines une véritable révolution pour s'adapter tant bien que mal, avec des réussites inégales, même si certaines furent remarquables, et en la matière les hospitaliers sont plutôt avares de compliments à l'égard de leurs tutelles...Les établissements de santé se sont vu confier des missions inédites (approvisionnement, stockage, transport, coordination...), les GHT ont tantôt servi de liant, tantôt été absents.

Pour l'avenir, il convient de tirer les enseignements de cette crise, sans nécessairement considérer les solutions retenues comme pérennes. Un aspect essentiel restera de mieux organiser la coopération de tous les acteurs en proximité. Le modèle du GHT actuel n'est sans doute pas spécialement adapté pour cela ; perçu comme construction verticale et intégrative, outil de restructuration préalable à des fusions, il endosse difficilement des missions transversales et fédératives de santé publique, les autres

acteurs considérant qu'ils y sont réduits au rôle de figurants. **Notre intuition serait qu'il faut revenir à un modèle de coopération plus proche de celui adopté pour les collectivités, avec un établissement public de coopération sanitaire apte à prendre en charge des missions opérationnelles de prévention, d'éducation, de coordination et d'entraide, y compris le moment venu en période de crise.**

4/ LE DEFI DES RESSOURCES HUMAINES

Sans aucunement dévaloriser les autres services publics mobilisés dans la crise, il est éclairant de constater que le service public de santé et le service public de l'éducation et de la formation ont été ceux qui ont été au premier rang des préoccupations.

Le premier déterminant de la crise actuelle des établissements publics sanitaires et médico-sociaux est la raréfaction des ressources humaines qualifiées, médicales et paramédicales. La question de l'attractivité de nos établissements doit être traitée mais en amont, cette raréfaction a été organisée historiquement pour contenir la dépense et les mesures de redressement ont été tardives et encore insuffisantes. Cela place notre pays dans la situation inique de piller des ressources de pays en situation de grand besoin, situation également humiliante en regard de la qualité et du potentiel de notre appareil de formation.

L'absence de reconnaissance des médecins à diplôme étranger ou stagiaires associés alors même qu'ils ont bien souvent participé comme chacun à l'effort collectif est une question à traiter de manière urgente (rémunérations, accès à la PAE, accès aux commissions de qualification : une résorption générale des situations serait une juste réponse à l'engagement dont ont bénéficié les établissements français).

L'annonce de la suppression du numerus clausus est une mesure technique qui ne rassurera pas si elle aboutit simplement à enlever la lisibilité sur nos objectifs de formation de professionnels médicaux et paramédicaux. L'affichage d'une grande ambition nationale en la matière est indispensable. Elle nécessite aussi un programme d'investissement pour les facultés et les instituts, à défaut nous devons subir autant de numerus clausus que de régions.

5/ LE DEFI DE L'ATTRACTIVITE

Tant que ce défi ne sera pas relevé avec vigueur, nous ne parviendrons pas à résoudre durablement la crise des urgences, des blocs et des réanimations ou encore celle de la médicalisation des EHPAD, etc.

Mais ce sont l'ensemble des métiers de l'hôpital et du secteur médicosocial qui souffrent d'un déficit d'attractivité ; les statistiques d'inscriptions aux concours en sont la démonstration y compris les concours des cadres de direction et des attachés d'administration. Jusqu'à présent, plutôt que d'y remédier, on a asséné aux professionnels un discours sur les vertus du recours aux contractuels. Lesquels contractuels ne viennent pas, sauf s'ils sont payés « en dehors des clous » ou en intérim !

L'intérim est le poison des équipes hospitalières. Il diffuse le venin de la trop grande différence de rémunération à travail égal doublée d'une non implication dans la vie du service, clé de voûte de la prise en charge des patients.

Aujourd'hui, nous risquons de voir durer la perte d'attractivité des métiers, car leur image est celle de métiers peu rémunérés, et de métiers pénibles et à risque.

Les métiers, tous confondus, qu'ils soient administratifs, techniques, logiques, médical, et

paramédical doivent retrouver leur sens : humanité, autonomie, satisfaction.

LES CARRIERES

L'Hôpital doit retrouver son rôle d'ascenseur social, indispensable à notre société. Il faut donc parler salaires, carrières et retraites.

C'est un vaste plan concerté, progressif mais déterminé de revalorisation de l'ensemble des carrières de la Fonction publique hospitalière qu'il faut élaborer. Les règles de comparabilité doivent être adaptées à la responsabilité et aux contraintes assumées. Le rattrapage vers les meilleurs niveaux européens est absolument nécessaire, et pour l'ensemble des métiers.

LES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL

Les hospitaliers sont sensibles à la reconnaissance exprimée par la population, ils restent réservés vis-à-vis d'une « héroïsation » par les pouvoirs publics qu'ils craignent sans lendemain. Cette réserve fait écho à l'insuffisance des mesures annoncées en novembre 2019, au moment même où le régime de retraite était remis en cause.

Un premier signal sera donc celui de l'abandon de cette réforme. Le CHFO propose en outre que les hospitaliers bénéficient d'une bonification de trimestre au titre de la pandémie COVID, sur le modèle des « trimestres de campagne », car nul ne peut contester qu'elle ait pesé sur le moral et le physique de chaque professionnel engagé.

Le second signal devra sans doute porter sur la question du logement. Dans chaque métropole, les professionnels sont conduits à se loger plus loin de leur lieu de travail. C'est devenu un facteur majeur de pénibilité, qui pèse sur les vies personnelles et familiales, mais aussi sur les organisations. C'est aussi un facteur majeur de fragilité de notre système de santé, la continuité devenant problématique à chaque perturbation des transports, à chaque événement climatique, etc. Il ne s'agit pas revenir à des hôpitaux casernes ou gendarmeries mais il faut donc engager avec les collectivités un vaste plan d'accès au logement « sécurisé » de proximité pour nos professionnels. Outre le logement, les gardes d'enfants, les déplacements, les services de type conciergerie, sont autant de thématiques que le nouveau projet hospitalier ne peut esquiver.

6/ LE DEFI DU FINANCEMENT

Le CHFO a déjà alerté sur un effet d'horizon dont il faut se défaire : on ne pourra revenir à la T2A antérieure à la fin 2020.

Pour l'Hôpital, dès le surgissement de la crise sanitaire, l'inadaptation du mécanisme actuel de financement des activités de soins par la T2A a éclaté. Il était donc nécessaire de le mettre entre parenthèses. Le paradoxe a d'ailleurs été que ce sont des activités considérées comme des « oubliées de la T2A » qui ont été mises au premier plan (comme par exemple les réanimations ou les équipes mobiles, etc.).

Mais la crise ne sera pas qu'une simple parenthèse, car le fonctionnement de nos établissements est durablement transformé, alors qu'ils sont déjà affaiblis par les économies demandées sur les 10 dernières années avec le calcul rationné de l'ONDAM. Aussi, le retour au "business as usual" paraît aujourd'hui exclu.

C'est pourquoi l'un des chantiers urgents à ouvrir est celui de la réforme du financement : l'avenir n'est pas écrit mais nous ne voulons pas qu'il s'écrive sans nous, acteurs hospitaliers.

Nous avons connu d'un côté la déflation sur les tarifs qui a entraîné course au volume et

paupérisation, avec une dépendance aux banques sourdes à nos missions de service public, et de l'autre côté la glaciation des dotations qui a entraîné rationnement et paupérisation (cf. la psychiatrie). L'avenir radieux ne sera pas dans un mélange mi-chèvre mi-chou de ces deux maux.

C'est la logique même de construction de l'ONDAM qui est à revoir ; tous les rapports ont montré qu'elle a été défavorable aux hôpitaux depuis 10 ans et qu'elle a contribué à son appauvrissement, qui est apparu à tous pendant la crise du COVID. Cela obligera à sortir d'un débat technicien. Il devra associer tous les acteurs de l'hôpital, mais aussi les élus et les usagers.

L'indispensable revalorisation des carrières évoquée plus haut aura un coût qu'il faut assumer.

Selon nous, un principe de base doit être posé : **c'est « la garantie de pouvoir d'achat » de l'ensemble des activités de soins. Les innovations diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles seront encore susceptibles d'apporter des gains d'efficience ; à l'avenir, ceux-ci devront être auscultés en regard de leur impact sur la relation de soin, et les gains admissibles devront être réinvestis dans la sécurité et la qualité.**

7/ LE DEFI DE L'INVESTISSEMENT

L'annonce au mois de novembre 2019 d'un processus de reprise de la dette des établissements a été présentée comme une première réparation à la politique de déflation qui a asséché les capacités des établissements. Mais elle a été aussitôt suivie d'atténuations et d'atermoiements qui en ont fait une mesure lointaine et théorique.

En fait il faut maintenant décréter la fin de l'idéologie « Copermiste », que d'autres qualifieraient d'abord et avant tout de comptable, qui ne validait un projet qu'à coups de suppressions de lits et de suppression de postes. D'autant plus que les modalités de la T2A sont battues en brèche par la crise actuelle. Or l'actualité a montré que cette doctrine COPERMO avait une propension à continuer sur sa lancée, et notre vécu actuel reste fait d'EPRD non approuvés, PGFP recalés, PPI non acceptés, emprunts de trésorerie difficiles, procédures tatillonnes, d'exigence de fermeture de lits, de trajectoire d'effectifs pour atteindre un taux de marge brute plus exigeant que ce qui est habituellement pratiqué dans le secteur privé. Cette logique contribue à l'épuisement de l'Hôpital et au sentiment d'insatisfaction des professionnels toute catégorie de ne pouvoir répondre aux besoins de soins.

Souvent examinées à partir de critères lointains, éloignées du terrain, ces analyses financières devraient au contraire soutenir l'activité du service public plutôt que les contrarier ou le ralentir. Le CHFO appelle à un engagement clair des pouvoirs publics sur ces questions, afin que les corps de direction puissent disposer de lignes lisibles, claires, de gouvernance avec les médecins et les élus des Centres Hospitaliers, au sein des instances de leurs établissements.

La crise a une fois de plus illustré l'immensité des besoins : la rénovation de nos parcs de Réanimation et des Soins Critiques, la structuration de nos services d'Urgences pour qu'ils puissent faire face aux prises en charge de maladies infectieuses. Ainsi il n'existe pratiquement aucun sas de décontamination dans les services d'arrivée des urgences de nos hôpitaux et peu de dispositifs dans les services spécialisés. Les problématiques liées par ailleurs au transport sanitaire, les héli-stations, les équipements du SAMU-SMUR, méritent un investissement massif.

Le CH FO propose **la création d'un fonds d'investissement national pour l'hôpital public initié par le lancement d'une large souscription nationale auprès de la population attachée à son hôpital et donnant lieu à des déductions d'impôts, sur le modèle des fonds d'investissement en matière de logement social.** Il ne s'agit pas d'une approche caritative mais d'une traduction concrète du « bien commun » que constitue l'Hôpital. En s'engageant à démultiplier l'effort des particuliers, l'Etat montrerait la volonté collective de mobiliser l'épargne sur des activités stratégiques,

La dimension durable devra aussi être intégrée dans l'effort d'investissement. Trop d'établissements restent des passoires énergétiques alors qu'ils devraient incarner le principe du « primum non nocere ». De même, un vaste champ de recherche et d'innovation doit être ouvert sur le périmètre de l'usage unique. Les activités de santé doivent réduire leur empreinte et inverser l'inflation de déchets carbonés.

8/ LE DEFI DU GRAND AGE

Le chantier primordial du grand âge a depuis beaucoup trop longtemps été repoussé, comme si les pouvoirs publics reculaient devant l'obstacle.

Et de fait, pour reprendre l'expression d'un ancien Président de la République qui a procédé de même, la poussière a constamment été "mise sous le tapis".

Au début de l'année 2020, avant donc la survenue du virus Covid 19, une timide tentative d'amélioration a été proposée : la prime grand âge

Très timide en effet puisque réservée aux seuls AS et AMP, sous réserve de formation et quasiment jamais payée par les EHPAD, encore aujourd'hui, pour la bonne raison que les Départements ne l'ont pas abondée !

Il s'agissait en réalité de la seule conséquence des différentes missions et rapports divers produits l'année précédente (Rapport El Khomri dernier en date) qui prônaient tout un ensemble d'actions mais avaient pour effet de renvoyer à plus tard le passage à l'action. Plusieurs éléments sont pourtant incontournables qu'il s'agisse de l'amélioration, de la simplification et de l'efficacité du fonctionnement des structures mais aussi des moyens que l'on voudra bien y consacrer.

8-1 : renouer des partenariats naturels

Ce qu'a mis en lumière, aveuglante, la crise Covid c'est, dans bien des portions du territoire national, le manque de cohésion voire de cohérence entre sanitaire et médico-social.

Trop nombreux sont les exemples d'ignorance de la part des établissements hospitaliers des réalités, moyens limitations (quand ce n'est pas leur statut même) des structures médico sociales qui les entourent et avec lesquelles ils sont censés organiser leurs filières. D'où des coopérations qui ont eu du mal à se mettre en place, des incompréhensions et des, freins , des frictions et des lourdeurs inutiles

La solution ne doit pas passer par une intégration forcée type GHT mais bien par une structure d'échange et de définition d'objectifs raisonnés et adaptés aux réalités du bassin de vie dans lequel exercent ces professionnels de la prise en charge de public en situation difficile quelle qu'en soit la nature.

8-2 : un besoin de simplifications

Depuis des années le CHFO dénonce l'incroyable complexité des règles et circuits budgétaires qui prévalent pour les EHPAD.

Le système de triple tarification s'est révélé d'ailleurs si peu adapté aux besoins que désormais l'étanchéité budgétaire initiale - et érigée comme dogme insurpassable originellement - se retrouve battue en brèche par la fusion des résultats de la section soins et la section dépendance. Un fonctionnement en double tarification qui verrait la fusion de l'APA établissement avec le tarif soins serait dès lors le bienvenu .

Le système de double tutelle (ARS / Département) est facteur de frictions sévères (ou au

contraire d'immobilisme qui confine à la léthargie) dont seuls souffrent les établissements. En ce qui concerne les pratiques d'allocation de ressources par les départements, les constats sont souvent cruels : dans une même région les départements, face à une situation identique de perte d'autonomie d'une personne, procurent des réponses et allouent des tarifs fort différents. Ce qui amène à s'interroger sur ces disparités territoriales.

On n'évoquera pas à ce stade la méconnaissance des départements sur la réalité du statut des établissements qui sont implantés sur leur territoire : bien souvent ils sont ignorants des spécificités de la FPH, au mieux en faisant des confusions avec la FPT et la nomenclature comptable des collectivités territoriales, au pire en assimilant tout le monde à l'associatif!

Dès lors il y a bien une question de cohérence et d'harmonisation territoriale qui se pose, pour mettre fin à une situation où les établissements sont pris sous des feux croisés et des renvois de responsabilité.

8-3 : une reconnaissance donc une revalorisation sérieuse des métiers

Ce n'est pas un secret ni une novation : le CHFO revendique un ratio de personnel à la hauteur des missions et du niveau de qualité exigée par tout le monde, les pouvoirs publics les premiers !

Pour nous, le ratio de 1 pour 1 est incontournable. C'est d'ailleurs celui que retenait déjà le Plan Grand Âge élaboré par M. de Villepin lorsqu'il était premier ministre...en 2006 !

Les faits sont irrémédiablement têtus : pour parvenir à cet objectif, on ne peut éviter de mettre des professionnels bien formés pour s'occuper décemment des personnes de plus en plus fragiles et de plus en plus polypathologiques.

Parallèlement, les efforts demandés aux personnels depuis des années n'ont pas été suivis d'effets en termes de rémunération et conditions de travail.

C'est pourquoi non seulement il faut augmenter les effectifs aux niveaux évoqués plus haut mais aussi augmenter les rémunérations de ceux-ci.

On ne peut décemment pas faire la promotion des carrières et métiers dans les milieux de la gérontologie et du handicap lorsque - après la mise en lumière de ces dernières semaines - les conditions de travail, les risques courus et le niveau de rémunération sont ceux actuels.