

OCTOBRE 2022

# InFO

LE MAGAZINE D'INFOS DES

## Cadres hospitaliers

DOSSIER

# NOS PROPOSITIONS POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET DE L'AUTONOMIE

Territoire, proximité, ressources humaines,  
financement, gouvernance

# ÉDITO



La rentrée sanitaire et médico-sociale a surtout été marquée par les annonces de refondation, de conférence des parties prenantes et de diverses feuilles de route.

C'est une situation inédite. La longue phase de débats et d'élections qui a précédé aurait dû conduire à l'entrée dans l'action.

Pour le champ de la santé, le SEGUR n'est pas si loin, et sa mise en œuvre inachevée ; pour le champ de l'autonomie, on croule encore sous les missions et rapports, à moins qu'ils soient déjà au pilon.

Bien sûr, le CHFO comme tous les collègues cadres hospitaliers n'écartent pas l'utilité de se projeter dans le moyen et le long terme. Les professionnels ont besoin de lisibilité. Au milieu des difficultés, savoir qu'il y a un cap n'est pas négligeable.

Le développement de la prévention est indispensable, il ne doit pas ostraciser nos établissements. Les tours de tables territoriaux également, car on ne peut parler recombinaison de l'offre sans concevoir son impact sur la vie des territoires.

Mais au milieu des difficultés les urgences sont multiples : alors annoncer que dans la concertation à venir, il ne sera pas question des effectifs et salaires ou du système de financement, c'est mettre de côté des enjeux majeurs.

Quelle sortie de la garantie de financement ? Quelle perspective dans la loi de programmation pluriannuelle des finances publiques et dans le PLFSS ? Quelle programmation pour les EHPAD ? Quel niveau de modernisation des établissements pour combiner le meilleur soin, le confort et la transition énergétique ? Quel effort de formation avec les universités, les Instituts, les Régions et l'Etat.

Le CHFO met ses propositions sur la table. Il entend être partenaire à part entière mais réfute une concertation floue où les pouvoirs publics feraient leur marché sans cohérence.

**Didier Hoeltgen, Secrétaire général.**



Ce numéro d'InFO Cadres Hospitaliers a été coordonné par Richard DALMASSO, Nadia KERNAFIA, Christine VERGNES

“

**NOUS L’AFFIRMONS  
DEPUIS DES ANNÉES:  
PAS DE RÉPUBLIQUE  
SANS SERVICE PUBLIC;  
PAS DE SERVICE  
PUBLIC SANS STATUT.**

La crise sanitaire démontre au quotidien la réalité de cette affirmation, la mobilisation, la capacité d'adaptation et la réactivité des institutions et de leurs acteurs, loin du bashing qui touche alternativement les unes et les autres. Mais, alors que nous ne sommes pas sortis d'affaire, réapparaissent les tentatives de démantèlement du service public et de contractualisation des personnels d'encadrement : le lien est établi entre le sort réservé à nos structures et celui qui sera fait aux cadres.

”

InFO cadres hospitalier

CHFO - 14, rue Vésale - 75005 PARIS

01 47 07 22 34 - www.chfo.org

Directeur de la publication : Didier HOELTGEN, Secrétaire général

Conception éditoriale et rédaction : Richard DALMASSO, Nadia KERNAFIA,

Christine VERGNES

Conception : poivrevert-studio.fr

Réalisation : Form'Actuel 06 65 33 32 81 - drouin@formactuel.fr

Crédits photos : Info Cadres Hospitaliers, AdobeStock, Shutterstock

Dessin : Gilles CALVET



# NOS PROPOSITIONS POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET DE L'AUTONOMIE

*Passée la crise, passés les milliards du Ségur de la santé, passées les échéances électorales, nous allons devoir réapprendre à compter et composer avec les contraintes, réelles ou générées, qui pèsent sur le système de santé. En effet, distinguons !*

Les contraintes réelles sont engendrées par ce que les économistes appellent « l'évolution naturelle des dépenses de santé » née du vieillissement de la population, du progrès des techniques médicales et du développement des maladies chroniques. Pour y faire face, un ONDAM de 4% était considéré comme nécessaire avant la flambée récente de l'inflation ; 1 point en moins équivaut à 1 milliard d'économies que les acteurs du système de santé doivent réaliser.

Les contraintes générées sont l'évolution de la démographie des personnels de santé, le niveau de normes de qualité et de sécurité imposées à nos établissements... elles sont le résultat de décisions des pouvoirs publics qui, eux, peuvent y remédier. Les présenter comme des contraintes pesant sur

le système de santé est une façon de procéder à des restructurations sourdes sans en assumer la responsabilité politique. Redresser la barre nécessite courage et capacité à penser à long terme.

Par ailleurs, pensée comme une panacée, la privatisation rampante des prestations sanitaires et sociales montre ses limites. Les excès de la financiarisation choquent tant par le public sur lesquels ils s'exercent que par le détournement manifeste des deniers publics qu'il révèle.

Alors, au-delà des réformes conjoncturelles auxquelles nous n'échapperons pas, quelle(s) ligne(s) d'horizon se fixer pour ne pas se laisser prendre aux pièges du quotidien ?





**AFFIRMONS, PREUVES À L'APPUI, QUE LE SERVICE PUBLIC EST PLUS EFFICACE ET ÉGALITAIRE QUE LE SECTEUR PRIVÉ**

L'économie française va connaître une augmentation des besoins en dépenses publiques d'ici à 2030 pour des raisons liées à notre pyramide des âges vieillissante. La question centrale est donc de savoir si nous ferons face à ces besoins par le renforcement quantitatif et qualitatif des services publics, adaptés à la mutation numérique et à la transition écologique, ou si le marché sera chargé d'y répondre.

Assez naturellement, le secteur privé se développe lorsque les moyens suffisants ne sont pas attribués au service public mais le constat est qu'il se développe préférentiellement sur les segments les plus rentables, laissant au service public le soin de faire face aux missions les plus difficiles ou aux publics les moins solvables. Depuis le début de ce siècle, la croissance des lits sanitaires et d'hébergement du secteur privé a été inversement proportionnelle à celle du public (de l'ordre de 5% pour le sanitaire, davantage pour le secteur médico-social). Si l'important est que des services soient effectivement proposés en réponse aux besoins de la population, les enjeux d'efficacité et

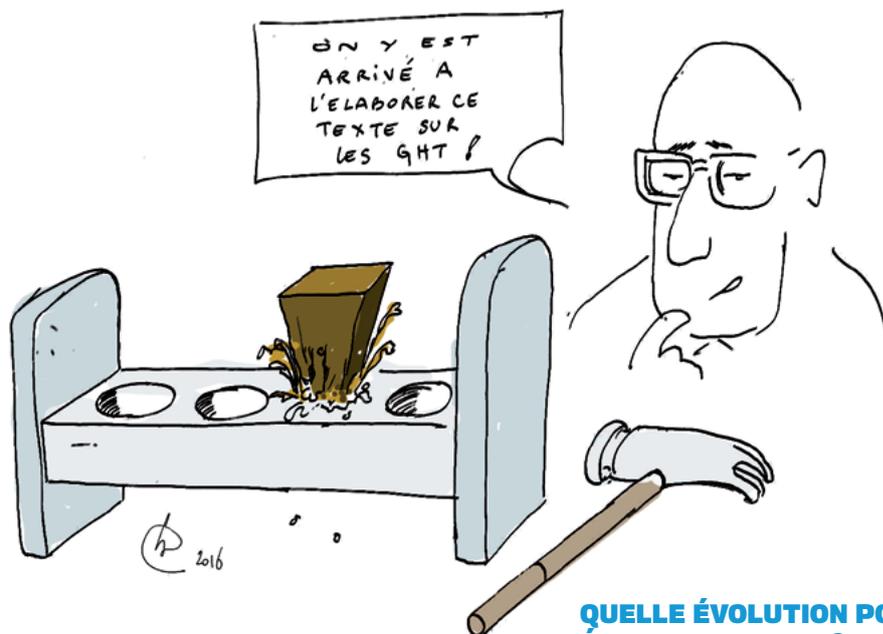
“  
... les enjeux d'efficacité et d'égalité plaident pour un renforcement du service public\*...  
”

d'égalité plaident pour un renforcement du service public\* plutôt qu'en faveur d'une privatisation par action ou par omission. Si l'on compare la dépense de santé courante par habitant, une moindre part de dépenses publiques n'est pas un gage de santé moins chère ou de meilleure qualité (22€/jour aux Etats-Unis contre 11 en France). Les services publics sont notamment de puissants outils de réduction des inégalités.

\* Le Monde - 150222 - GUILLAUD/VIENNOT/ZEMMOUR

La pluralité de statut des opérateurs dans le domaine de la santé et du médico-social (public, privé à but non lucratif, commercial) a pris récemment une acuité particulière avec l'affaire Orpea, le projet de rachat de centres de la Croix Rouge par le groupe Ramsay... La question de la place des opérateurs à but lucratif dans les services sanitaires et médico-sociaux aux personnes fragiles devra bien être posée ; à ce stade, nous nous autorisons à faire plusieurs constats et recommandations :

- Le fonctionnement financier des groupes privés intervenant dans les domaines du sanitaire et du médico-social où le financement est largement socialisé est notoirement opaque et incontrôlable, parce que précisément de statut privé et souvent contrôlé par des fonds d'investissement étrangers. Avec l'ironie du désespoir, on note que la chute de 60% des actions d'Orpea suite à la parution des « Fossoyeurs » a permis au fonds de pension américain BlackRock de monter au capital de la société à peu de frais à hauteur de 5,27%, devenant ainsi son principal actionnaire et témoignant si besoin du fait que la confiance dans l'avenir de ce type d'opérateur n'est pas du tout ébranlée. Un développement du secteur privé au-delà d'un certain seuil (déjà 20% de l'offre de places en EHPAD aux mains du secteur commercial...) est de nature à mettre en péril la capacité même des autorités sanitaires à exercer leur rôle de coordination en cas de crise grave ;
- Il est impératif de combattre la distorsion des règles et attendus constatée entre public et privé (dans des domaines aussi variés que le montant des charges sociales, les obligations en termes de permanence des soins...);
- Si le développement des inspections paraît illusoire, les leviers que sont les autorisations, les contrats d'objectifs et de moyens et les tarifs doivent être optimisés. Une régulation par la qualité peut être promue par l'utilisation d'indicateurs tels que l'absentéisme, le taux de maladies professionnelles, le turnover des personnels...



## QUELLE ÉVOLUTION POUR NOS ÉTABLISSEMENTS ?

### POUR UNE LOI GRAND ÂGE ET SON FINANCEMENT EXHAUSTIF, VITE !

Nous avons la chance de vivre plus longtemps et c'est un formidable progrès. Mais la prise en charge des personnes âgées a aussi un coût pour notre société. Elle est de plus en plus tardive et concerne des personnes de plus en plus dépendantes. Le virage domiciliaire, s'il est souhaitable, ne résoudra pas la problématique des institutions et du manque de professionnels.

L'attrait du secteur médico-social passe par des revalorisations salariales conséquentes, par une amélioration des conditions de travail qui implique d'accroître considérablement les effectifs de tous les établissements et par une réelle promotion des métiers de l'aide à la personne auprès du grand public. La reconnaissance de la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière (le « 5<sup>e</sup> » risque) et son financement font consensus dans l'opinion publique. Le rapport LIBAULT rappelle qu'elle a un coût : 9 milliards à l'horizon 2030. Nous n'y échapperons pas, pas davantage que nous échapperons aux investissements nécessaires de modernisation du parc immobilier des EHPAD amorcé avec les crédits Ségur. Ils doivent être l'occasion de favoriser la mutation des EHPAD-établissements vers des EHPAD plateformes de services en faveur du maintien de l'autonomie ou de transition du domicile vers l'institutionnalisation de la personne le nécessitant. La Cour des comptes évoque ainsi le passage d'autorisations « organiques » (données à des établissements) à des autorisations « fonctionnelles » données en faveur de services adaptés au parcours du patient. ■

**La création de la 5<sup>e</sup> branche doit désormais être accompagnée de la programmation des ressources financières nouvelles à la hauteur des enjeux.**

**Force est de constater que, crise aidant, les groupements hospitaliers de territoire se sont imposés dans le paysage sanitaire** quand, utilisés à bon escient, avec « tact et mesure » entre collègues, ils sont des outils souples de coopération.

Nous sommes victimes de notre succès : le rôle assumé par les GHT et leur établissement-support pendant la crise face aux directions départementales des ARS a été probant. Nous ne pouvons que nous en féliciter et travailler en étroite collaboration entre établissements et collègues du sanitaire et du médico-social a été très appréciable, crise ou pas.

Gestionnaires d'établissements de santé ou médico-sociaux, nous ne voulons pas pour autant nous substituer au rôle de planificateur et d'allocataire de ressources assuré par les ARS. Nous ne voulons pas davantage, pour des raisons d'égalité territoriale, que des collectivités locales soient chargées de tout ou partie de ce rôle.

**Et posons nos conditions pour le fonctionnement des GHT : nous voulons qu'ils soient le support d'une stratégie de groupe publique qui respecte l'autonomie des établissements et renforce l'offre de soins de proximité.**

Le débat n'est plus entre GHT intégratif ou fédératif ; il n'y aura pas de modèle unique car les GHT ne sont pas hors-sol. Fonction de la dimension et de la cohésion du territoire ils évolueront vers une unité juridique ou un modèle coopératif durable.

Actuellement, la démographie des soignants est le prétexte pour concentrer activités et personnels ; au contraire, au nom de l'égalité et des objectifs de développement durable, il faut stopper la politique de « déménagement du territoire » appliquée à nombre de services publics.

Le GHT peut être une réponse obligée mais intelligente aux contraintes pesant sur le système de santé. Il permet de concilier la sécurisation des activités de recours et d'expertise par les plus gros établissements tout en développant l'accès aux soins sur tout le territoire, au sein des établissements de proximité et des établissements médico-sociaux, potentiels lieux de soins primaires en association avec la médecine de ville.



Les établissements de proximité, souvent déjà sanitaires et médico-sociaux, doivent pouvoir favoriser la création d'un service public de proximité, en aidant à la construction de maisons de santé pluridisciplinaires, au développement des CPTS... Un projet territorial de santé partagé entre les acteurs du sanitaire et du médico-social doit être élaboré, dont l'objectif est l'accès de chaque assuré à un médecin généraliste, à des rendez-vous non programmés, la participation des médecins généralistes à la PDSA. Les expériences de services d'accès aux soins (SAS) là où elles sont mises en place, sont probantes.

Ce service public doit s'étendre à l'autonomie. Si les collectivités locales, notamment le département, doivent être associées à la gouvernance des ARS, elles ne peuvent assurer directement la gestion de l'autonomie, au risque de mettre en cause le principe d'égalité. ■

## QUELLES CONSÉQUENCES SUR LA GESTION DES CORPS DE DIRECTION ?

Les évolutions que nous constatons se traduisent par une multiplication des directions communes, une diminution du nombre de chefferies, une difficulté accrue d'exercice en multi-sites... Le statut des corps de direction doit faire l'objet d'une **refonte d'ampleur si l'on ne veut pas que ces conséquences se transforment en dévalorisation de l'attrait du métier** : réagencement des emplois fonctionnels, reconnaissance des directions déléguées ou de site, prise en compte de l'exercice multi-sites ou des responsabilités assumées au niveau du GHT... La fusion des corps DH/D3S doit se concrétiser dans ce contexte. ■

## QUELLES ÉVOLUTIONS POUR LE FINANCEMENT DE L'HÔPITAL ?

L'objectif est la mise en place d'une allocation de ressources fondée sur la mesure du service effectivement rendu à la population. Il est également grand temps que le mode de financement adopté favorise le développement de la prévention.

T2A, prix de journée, dotation globale, forfait... il n'y a sans doute pas de réponse unique, chaque modalité ayant ses avantages et ses inconvénients et ce ne sont pas les mêmes selon les activités concernées.

La baisse de la part de la T2A doit être poursuivie, se limitant à la rémunération des soins standardisés et programmables. Le modèle de financement pour la psychiatrie peut être inspirant dans sa partie dotation populationnelle destinée à financer une offre socle en fonction des besoins liés à des variables démo-



## FOCUS HANDICAP

Le développement d'une société inclusive est l'un des grands chantiers du secteur. Les pouvoirs publics poussent à la « fameuse » transformation de l'Offre.

L'objectif d'inclusion concerne tant les situations d'enfants et adolescents en milieu scolaire que l'insertion professionnelle des adultes. En écho au virage ambulatoire, les projets d'habitat inclusif se sont multipliés ces dernières années. Mais ils restent souvent limités dans le temps, faute de financement pérenne. Le CHFO est convaincu que pour faire évoluer l'accompagnement traditionnel des usagers d'un cadre collectif vers des solutions inclusives personnalisées et adaptées, il est indispensable d'associer l'ensemble des parties prenantes (professionnels, usagers, familles, Education Nationale, employeurs,...) et d'investiguer les passerelles intermédiaires, à l'image de l'habitat partagé par exemple. Il ne faut pas limiter le champ des possibles à une vision

manichéenne. Une société inclusive, humaniste et bienveillante ne se décrète pas. Elle doit se construire progressivement avec les acteurs du territoire et avec des moyens à la hauteur des enjeux.

Le CHFO rappelle aussi sa crainte de voir l'accentuation des disparités géographiques influencer sur la prise en charge de populations fragiles. Il déplore la coupure avec la Protection de l'Enfance décidée par la loi 3DS, et alerte constamment sur les risques que ferait courir le transfert du bloc social et médico-social aux seuls conseils départementaux.

Le CHFO estime également prioritaire d'engager des moyens supplémentaires dans la formation des professionnels sur des thématiques

fondamentales en adéquation avec les évolutions attendues (Autodétermination, Pair-Aidance, Habitat inclusif, RBPP,...). De nouvelles orientations nécessitent structuration et coordination. Outre le fait que des usagers accueillis depuis plusieurs décennies ne se retrouvent pas, tous, dans ces nouveaux modèles, il faut permettre aux professionnels de se former à de nouveaux métiers.

Il s'agit enfin de favoriser l'accès aux soins à toute personne en situation de handicap. Une sensibilisation des professionnels de santé au handicap dans les formations dispensées reste nécessaire, au même titre que le déploiement de personnes ressources dans les établissements de santé pour favoriser cet accès aux soins. ■



LA DIFFERENCE DE RATIO  
S'EXPLIQUE PAR LA  
SUPERIORITE DU PROFESSIONNEL  
FRANCAIS  
SUR SES HOMOLOGUES EUROPEENS

graphiques (nombre d'habitants de plus de 75 ans...), sociales (précarité, migrants...) et géographiques (territoires isolés, insulaires).

Soit on adopte un panachage des modes de financement, au risque de l'incertitude, de la confusion et de la multiplication des tâches administratives des soignants ; soit on adopte un système simple de dotation globale évolutive selon des critères de file active, nombre de patients pris en charge, degré de gravité et niveau de précarité.

“  
Mais la  
vigilance doit  
porter avant  
tout sur le  
niveau de  
l'ONDAM...  
”

Mais la vigilance doit porter avant tout sur le niveau de l'ONDAM pour les raisons évoquées ci-dessus. Une loi de programmation quinquennale, avec objectifs d'évolution pluriannuelle et ajustements annuels dans la LFSS, donnerait une meilleure visibilité au dispositif.

Simplifier la facturation est également nécessaire, en garantissant l'absence de reste à charge à l'hôpital public pour les patients. Le CHFO soutient la facturation directe à l'assurance-maladie obligatoire de 100% de toutes les prestations de

soins, à charge pour celle-ci de refacturer la part qui leur incombe aux organismes complémentaires. La mise en place d'un «guichet unique» dans les établissements leur permettrait d'alléger le temps consacré à la facturation et le redéployer vers les soins. ■

### QUEL FINANCEMENT POUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL ?

Le financement d'un établissement social et médico-social dépend de son activité et il n'y a pas d'homogénéité des financements. Le financement des EHPAD qui repose sur trois sources de financement (soins/dépendance/ hébergement), constitue un dispositif peu lisible qui favorise la défausse des financeurs.

Après 15 ans de valse-hésitation, la création de la branche Autonomie ancrée dans le PLFSS comme un cinquième risque de la sécurité sociale, représente une avancée majeure au point de vue des principes. Il n'en demeure pas moins que la réforme du financement des EHPAD doit se poursuivre. En effet, la gestion en sections tarifaires non fongibles représente une complexité de gestion pour les directeurs d'établissement et ne permet pas d'apprécier l'équilibre global des structures. Par ailleurs, le fait que l'administration générale ne pèse que sur le tarif hébergement, et donc sur le concours des résidents, n'est pas une mesure juste puisque l'administration générale concerne les 3 versants tarifaires. Ventiler les coûts de l'administration générale permettrait de faire peser cette fonction sur les 3 sections, mais aussi d'alléger la charge financière des résidents. Ainsi, le choix d'un directeur ne serait pas guidé par le coût annuel qu'il représente pour la structure. ■



### FOCUS SUR LES CENTRES HOSPITALIERS DE PROXIMITÉ

Ils doivent trouver un rôle majeur dans la gradation des soins et la proximité de la population. Constituant une porte d'entrée aux soins, ils auront un rôle de coordination de l'offre de soins de proximité avec une dimension préventive à développer. Leur gouvernance et leur financement devra s'adapter à ces missions. Les nouvelles missions des hôpitaux de proximité ainsi que leur fonctionnement au quotidien sont confortés par un financement dit sécurisé :

- d'une part, leur activité de médecine bénéficie d'une garantie pluriannuelle de financement pour détendre la contrainte de la seule tarification à l'activité
- d'autre part, leurs projets renforçant l'accès aux soins seront accompagnés par la création d'une dotation de responsabilité territoriale.

Toutefois, même si le financement nécessitait une réforme en profondeur, il s'avère que cette dernière est insuffisante. ■

### THÉORIE DU RUISSELEMENT.





## FOCUS CHU

Les CHU constituent le « fer de lance » du service public hospitalier par les effets synergiques de leur taille et de leurs missions qui leur confèrent une influence régionale, voire nationale. En même temps, ils doivent assurer leur rôle d'hôpital de proximité dans leur bassin de population.

Par leur association avec les universités et les grands organismes de recherche, ils assurent le développement de la recherche fondamentale, clinique et translationnelle, une mission d'enseignement essentielle pour les professions de santé, un rôle de régulation de la démographie soignante et des missions de recours médical. Ils sont ouverts sur leurs GHT, comme établissements supports ou conventionnés avec les établissements supports non CHU. De ce fait, les difficultés qu'ils rencontrent, notamment en conséquence de la crise sanitaire ou par suite du sous-financement désormais avéré des mesures Ségur, sont démultipliées par rapport aux centres hospitaliers généraux.

Héros de la première vague de la crise, ils concentrent les contrecoups de vagues successives dans l'ensemble de leurs missions et les répercussions sont régionales.

LES CHU. S'EMARENT DE  
L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE...  
(Hospimedia)



La mise en cause de leur spécificité même d'institution hospitalo-universitaire (trop de CHU, pas assez d'activités hospitalo-universitaires spécifiques, les vellétés autonomistes de l'université) et par là-même de leur légitimité engendre un risque délétère.

La question du financement des CHU dans son ensemble devra être rapidement soldée, afin de ne pas obérer leur capacité d'investissement au moment même où les crédits Ségur donnaient des perspectives aux grands projets de restructuration. ■



## FOCUS SUR LA GOUVERNANCE INTERNE DE L'HÔPITAL

Alors que l'union sacrée avait été de mise durant la première vague de la crise sanitaire, à peine celle-ci terminée, la question de la médicalisation de la gouvernance a fait un prompt retour dans le cadre du Ségur de la santé et de la valorisation des soignants engagée, à juste titre, par le Gouvernement sur le plan salarial.

Le débat se focalise sur la place accordée au corps médical dans la gouvernance des établissements de santé (et médico-sociaux dans une moindre mesure) aux côtés du directeur. Sur ce point, si la concertation permanente est de mise - et est pratiquée au quotidien par la grande majorité d'entre nous - il faut réaffirmer la spécificité de la formation et des compétences acquises par les

directeurs, notamment au travers du compagnonnage permis par l'EHESP. La responsabilité finale que nous assumons prise sur des décisions concertées ne se partage pas, pas davantage que la responsabilité médicale qui pèse sur nos praticiens et que nous respectons pour cela.

Le débat doit être enrichi d'une réflexion sur la participation plus

affirmée des directions des soins à la gouvernance, ainsi que sur la prise en compte de la parole des patients et des élus dans nos établissements. L'exercice est difficile dans un contexte décisionnel déjà complexe, mais nécessaire pour préserver la pertinence des organisations sanitaires et la place de nos établissements dans la réponse apportée aux besoins de santé de la population. ■

# FOCUS PSYCHIATRIE



En 2019, le CHFO a adopté **18 propositions en faveur de la psychiatrie et de la santé mentale** qui restent - malheureusement - d'une pleine actualité (« *Psychiatrie et santé mentale - 18 propositions du CHFO pour sortir de l'état d'urgence et de la stigmatisation* » - AG du 9 octobre 2019).

« Si les difficultés rencontrées par cette discipline ne diffèrent pas fondamentalement de celles connues plus généralement par l'hôpital public (...), elles s'y manifestent sans aucun doute avec plus d'acuité... La psychiatrie, éternel parent pauvre de la médecine, peine à se faire entendre et reconnaître. Parallèlement, la demande sociale à l'égard de ce secteur ne cesse d'augmenter (sécurité, terrorisme, malaise dans le monde du travail, éducation et scolarité...) ».

Le constat est fréquent d'une explosion des postes médicaux vacants en psychiatrie. A cette hémorragie des postes vacants de psychiatres et d'internes, s'ajoute celle des postes non médicaux au sein des équipes pluridisciplinaires de terrain, accroissant plus encore le déficit de l'offre dans et hors l'hôpital, ainsi que les hospitalisations sans consentement, faute de prestations précoces d'amont, prévenant les situations de crise. Les directeurs et professionnels du secteur alertent régulièrement et depuis plusieurs années sur la dégradation de la qualité et de la sécurité des soins. Les solutions sont connues mais pas mises en œuvre pour éviter la menace d'implosion.

Une approche graduée et une logique de parcours doivent être mises en œuvre avec des « pratiques orientées rétablissement », favorisés par la diffusion des pratiques de soins de réhabilitation psycho-sociale, par le soutien à l'empowerment, par la psychiatrie communautaire, par la compensation du handicap, et par la présence des usagers à tous les niveaux de réflexion et de décision. Il est démontré que l'accompagnement social et l'inclusion socio-professionnelle, réduisent considérablement les besoins de soins hospitaliers.

L'enseignement de la psychiatrie doit faire une place majeure à la santé publique, à la prévention, à l'organisation de la prise en charge précoce, à la réhabilitation psychosociale, ainsi qu'à l'articulation avec le champ médico-social.

Un recours massif aux délégations de tâches, la multiplication des interventions mobiles, le développement tous azimuts de la prévention et du dépistage



sont indispensables pour faire face à l'urgence de la situation, sans doute encore plus prégnante depuis la crise sanitaire et ses conséquences sur la population.

Enfin, le clivage entre les secteurs sanitaire, social, médico-social et celui de l'inclusion doit être fermement attaqué. La montée en charge de l'offre sociale et médico-sociale accompagnera la revitalisation de l'hospitalisation en psychiatrie. L'implication des usagers dans la pair-aidance, sous forme individuelle (soutien personnalisé), ou collective (GEMs, Clubhouse...) est également indispensable.

## Parmi les principales propositions du CHFO :

### Sur le financement :

- Indexer le financement de la psychiatrie sur le taux d'évolution de l'ONDAM, avec un effort de rattrapage.
- S'assurer de la mise en œuvre effective de la réforme du financement de la psychiatrie et stabiliser le périmètre des activités spécifiques.

### Sur la démographie des professions

- Réorganiser l'internat et le post-internat en psychiatrie, pour une meilleure couverture territoriale avec l'identification de zones prioritaires.
- Développer les postes d'IPA en psychiatrie et compléter la formation initiale des élèves infirmiers qui s'orientent vers la psychiatrie et la santé mentale.

### Sur l'offre de soins

- Obtenir un plan spécifique de reconnaissance et de renforcement des urgences psychiatriques et généraliser

les volets psychiatriques des SAS.

- Développer l'accès aux soins somatiques pour les patients de psychiatrie.
- Renforcer les CMP pour développer notamment les consultations de post-urgence et obtenir la reconnaissance de l'HAD en psychiatrie.

### Sur l'organisation territoriale

- Intégrer la démarche de graduation des soins en psychiatrie (proximité à l'échelle des établissements, territoire au niveau des PTSM, région ou inter-région sur certaines activités de recours) et obtenir, dans le nouveau régime d'autorisation, une reconnaissance des soins de recours et de référence.

- Identifier au sein de chaque GHT un établissement chef de file du PTSM, avec des compétences spécifiques.

### Sur la recherche et la formation de l'ensemble des métiers

- Poursuivre et intensifier les créations de postes HU (avec des postes territoriaux), et développer l'appui à la recherche clinique, avec la création de postes d'ARC ou d'IRC dédiés.
- Promouvoir la mobilité des DH et des D3S au sein des différents types d'établissements (CHU, CH, CHS, etc.).

### Sur l'évaluation, les référentiels professionnels, les pratiques

- Revoir la réforme relative aux mesures d'isolement-contention. Replacer les enjeux de santé et de prévention au cœur de cette réforme.
- Formaliser, sous l'égide de la HAS et dans un cadre national, des référentiels professionnels sur les pratiques, comme sur les organisations de soins. ■



## DEMOGRAPHIE DES CORPS DE DIRECTION : **-813**

*Ce nombre correspond à la baisse cumulée des effectifs des 3 corps de direction en 10 ans. Autrement dit un modèle de pilotage des établissements qui a fortement rétréci en une décennie de lavages et d'essorages.*

“

-13,3% en 10 ans.  
C'est bien le résultat  
d'une politique  
persévérante mais  
non assumée de  
démantèlement du  
service public.

”

La crise de la ressource humaine dans nos établissements est à la une chaque jour. Elle est emblématique de la crise sociale du pays, voire d'une crise sociétale. Elle interroge sur la clairvoyance de l'action publique, et sur le sens de la valeur progrès. Elle constitue une transposition de l'esprit malthusien qui pèse sur le champ sanitaire et social français depuis des générations ; et elle symbolise le « toujours plus avec toujours moins ».

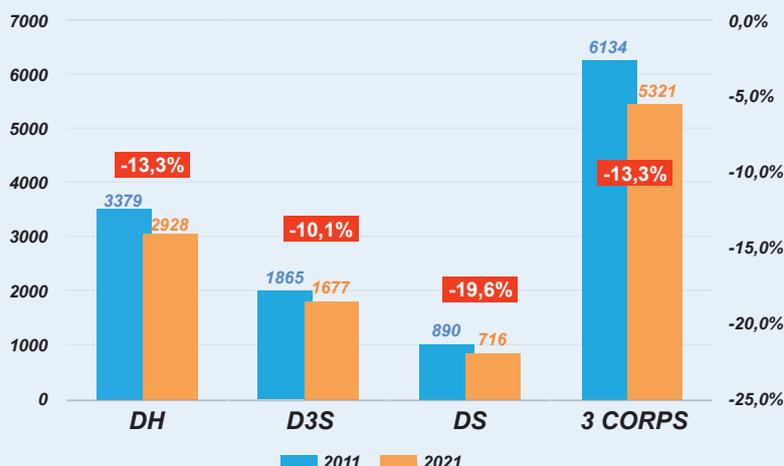
C'est une vérité à rappeler, à l'heure des discours récurrents sur la suradministration des établissements, relayés par des personnages politiques en manque d'idées.

Au fil des vagues de la crise sanitaire, le résultat de cette longue dégradation est encore plus visible, multipliant les expressions de lassitude et de retrait des cadres.

Alors, est-ce que le « monde d'après » à nouveau en réflexion va mettre fin à l'ère « COPERMISTE » ? C'est en tous cas l'espoir de nombre de nos jeunes collègues qui dénoncent les conditions de travail peu exemplaires qui règnent de la base au sommet de nos établissements.

Le diagnostic présenté par le CNG lors de la commission de conditions de travail du mois de novembre 2021 était lui-même éloquent.

## Évolution des effectifs en 10 ans



Source : statistiques publiées par le CNG, effectifs totaux y compris disponibilités, MAD, etc.



### Pour les DH :

« Le nombre de postes en établissement restant à pourvoir à chaque publication est important ;  
« Le nombre de départs à la retraite ne décroît pas aussi vite que prévu ;  
Et cette conclusion interrogative : « le corps est-il bien dimensionné ? »

### Pour les D3S :

« De nombreux départs par le biais de détachements et d'intégrations dans le corps des DH, ce qui transforme pour partie le corps des D3S en corps de passage »  
« Une proportion importante de postes non pourvus après publication, y compris sur les postes de chefferie. »

### Pour les DS :

« Le corps des DS n'arrive pas à se renouveler de manière optimale compte tenu des postes qui restent non pourvus à l'issue des concours »  
« Un fort recours aux faisant fonction dans les établissements »

Il convient donc de mettre fin à cette politique de réduction de nos emplois. Il faut aussi se donner les moyens de pourvoir les emplois disponibles, en formant plus de directeurs. Et en valorisant les métiers du social et médico-social.

Une première prise de conscience s'est faite jour avec le déverrouillage du nombre de places offertes au concours 2022.

Un autre signal positif réside dans la revalorisation du régime indemnitaire des élèves DH et D3S. Il faut emboîter le pas pour les DS et aménager les conditions d'accès et de leur formation.

Par ailleurs, la promotion des métiers est à nouveau engagée. Elle doit mieux mettre en valeur la notion de responsabilité et contrecarrer le directeurs bashing ambiant.

Le cœur du sujet sera bien sûr celui des statuts, notre environnement bouge, les revalorisations sont urgentes pour les 3 corps, solidaires pour l'avenir de nos établissements. ■

## Les propositions CHFO :

- 1. Mener dès 2023** la cartographie des emplois des corps de direction sur tout le territoire, analyser les organigrammes, les typologies d'organisation et les inégalités territoriales.
- 2. Promouvoir des modèles** de gouvernance des ESMS permettant la constitution de vrais collectifs de direction et le maintien d'un management de proximité.
- 3. Passer de la comparabilité** à l'unicité statutaire DH D3S pour enrayer la tendance actuelle.
- 4. Définir un objectif explicite d'effectifs** de chaque corps et programmer sur plusieurs années les places aux concours ; renforcer tous azimuts les dispositifs de préparation aux concours.
- 5. Concrétiser un vrai droit à la réintégration** après une mobilité pour faciliter les retours dans le corps et ne pas se priver de ressources expérimentées.
- 6. Améliorer le régime indemnitaire** des élèves DS et des élèves attachés, et les conditions d'accueil à l'EHESP.
- 7. Revoir complètement le dispositif de recrutement** et de formation des Attachés, qui est un échec sur le plan numérique.
- 8. Elaborer un nouveau protocole global** pour les corps de direction, assurant la vraie convergence pour les Directeurs des soins.

# Les **8** résolutions DU CHFO

- 1 Affirmons l'efficacité du service public**, puissant outil de réduction des inégalités, contrairement au secteur privé, garant d'un fonctionnement éthique du système de santé et de l'accessibilité de tous à la prévention, aux soins, à la réhabilitation et au maintien dans l'autonomie
- 2 Réclamons un financement exhaustif de la 5<sup>e</sup> branche**, une promotion des établissements sociaux et médico-sociaux publics ainsi que de leurs personnels dans le cadre de la fonction publique hospitalière
- 3 Veillons au niveau de l'ONDAM** dans le cadre quinquennal et à un mode de financement de l'hôpital soutenant le développement du service public et favorisant la prévention
- 4 Renforçons la cohésion d'un grand service public de la santé et de l'autonomie**, dans une logique de santé globale et de continuité des parcours
- 5 Adoptons les GHT et adaptons-les à nos conditions**: non pas planificateurs de l'offre de soins mais supports d'une stratégie de groupe publique, garante d'un renforcement de l'offre de proximité et de son accessibilité
- 6 Œuvrons à la reconnaissance de l'ensemble des missions** des CHU et au financement de leurs besoins spécifiques, notamment en investissement immobilier, numérique et de soutien à l'innovation
- 7 Favorisons l'arrêt de la stigmatisation de la psychiatrie** par un renforcement de son financement et la promotion de sa responsabilité populationnelle
- 8 Accompagnons le renforcement du service public** de la santé et de l'autonomie par une valorisation et une évolution des corps de direction et d'encadrement, au service de la cohésion des établissements et de l'adaptation aux besoins des territoires et de leurs habitants.

