

Séjour de la Santé : la contribution de l'UNSA



www.unsa.org

Au-delà de l'hôpital, un système de soins à bouleverser

L'hôpital public à bout de souffle n'est pas révélateur d'un hôpital qui va mal, mais d'un système de santé qui va mal dans sa globalité. Sous-financement, empilement de strates décisionnaires, corporatismes à tous les étages, absence de politique de santé publique en adéquation avec les besoins réels de la population, etc. Le déclin du système de santé en France est multifactoriel.

Le Ségur de la santé, doit nous permettre d'apporter collectivement des réponses, c'est dans cette optique que s'inscrit cette contribution.

Sur les aspects métiers, c'est par la voix de sa fédération UNSA Santé Sociaux que notre organisation participe aux travaux et négocie des avancées. Au niveau interprofessionnel, notre organisation syndicale, quant à elle, porte des revendications plus larges quant à l'organisation et au financement de notre système de soins.

Défenseuse d'une protection sociale de qualité, en partie financée par le travail, l'UNSA en est d'autant plus légitime à faire entendre sa voix aux côtés de l'ensemble des acteurs qui prennent part à notre système de santé. La contribution présentée ici vise à répondre en « urgence » à des dysfonctionnements trop longtemps ignorés. Mais pour l'UNSA, quelques semaines de concertation ne sauraient constituer une réponse aux attentes des professionnels de la santé, comme des populations.

Ainsi les défis qui s'annoncent ne doivent pas faire oublier que la France privilégie beaucoup trop le curatif au détriment du préventif. Or, dans la crise Covid-19 que nous venons de traverser, une plus large place à l'éducation à la santé et à la prévention aurait certainement permis de moins affecter la population.

Il s'agira donc dans un avenir proche de construire ce changement de paradigme et de faire évoluer les mentalités de bon nombre de professionnels, mais également de la population. Ce changement doit induire une révision de l'approche pédagogique dispensée aux futurs professionnels, mais également redéfinir les modes de communication auprès de la population, et surtout de permettre d'y consacrer les financements à la hauteur des besoins.

Pour l'UNSA, la santé doit être vue comme un investissement et le changement de paradigme comme une chance. Une chance d'avoir une population en bonne santé, mais également une chance car, à terme, génératrice de dépenses de santé moins coûteuses.

Dans ce débat, il s'agira enfin de ne plus oublier le patient.

Les hommes et les femmes usagers de notre système de santé, doivent être placés au cœur de son organisation. Leurs besoins doivent être pris en compte au même titre que ceux des professionnels de santé et donc en adéquation avec eux.

Pour l'UNSA, dans le monde d'après une chose est certaine, les besoins des patients ne devront jamais passer après ceux des professionnels de santé. C'est pour nous un gage d'acceptabilité sociale, et donc un vecteur d'adhésion à notre modèle de protection sociale « à la française » et à son système de santé.

Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Il nous semble nécessaire en préalable, pour un dialogue social de qualité, constructif et pragmatique de connaître le montant de l'enveloppe attribuée sur la partie dédiée aux rémunérations et carrières.

Mesures immédiates

- Augmentation salariale conséquente de 300 euros nets mensuels par agent pour l'ensemble des personnels de la FPH, afin de rattraper les 10 ans de blocage et en signe de reconnaissance immédiate,
- Revalorisation de la monétisation des jours épargnés dans le CET comme cela a été fait à la FPE et à la FPT en janvier 2019, ainsi que le déplafonnement des jours CET comme cela a également été fait à la FPE (arrêté du 11 mai 2020),
- Paiement des heures supplémentaires aux agents qui le désirent ,
- Passage des aides-soignantes en catégoriel B Nes dans l'hôpital et le médico-social,
- Demande d'un nouveau droit d'option en A pour les infirmiers restés en B Nes,
- Recrutement immédiat de professionnels supplémentaires pour les EHPAD et plan de formation pluridisciplinaire.
- Alignement de la rémunération nette des agents publics contractuels a minima sur la rémunération nette perçue par un fonctionnaire de même ancienneté et possédant la même qualification ou affecté à un poste similaire.

Dans un deuxième temps : à prévoir dans l'accord et à réaliser dans l'année 2021 pour l'attractivité et la fidélisation des agents

- Entreprendre et terminer la réingénierie des métiers de diététiciens, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, cadres paramédicaux,
- Reconnaître la place et le rôle de l'encadrement paramédical (Cadre de santé - Cadre supérieur de santé - Coordination Générale des soins) dans l'organisation Hospitalière,
- Aligner les niveaux de rémunérations pour l'ensemble des professionnels de la FPH sur les meilleurs niveaux européens afin d'éviter la fuite vers l'étranger,

- Bénéficier d'une carrière linéaire pour l'ensemble des grades sans augmentation de la durée de carrière.
- Simplifier les grilles salariales : regrouper sur une même grille (la plus favorable) les métiers de niveau similaire par exemple les attachés, les ingénieurs, les psychologues, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée, etc...
- Refondre ces grilles en ajustant la politique salariale de la Fonction Publique à la réforme des retraites si ce projet devait être poursuivi afin que les personnels de la FPH ne soient pas pénalisés par une trop importante progressivité de leurs échelles de rémunération,
- Intégrer la prime spécifique des aides-soignantes (10 % du traitement indiciaire), la prime paramédicale et l'indemnité de sujétion spéciale (13 h) dans le traitement indiciaire,
- Revoir le régime indemnitaire dans sa globalité : augmenter les indemnités de dimanche, jours fériés et les nuits etc...
- Réinstaurer une bonification de 12 mois pour l'avancement d'échelon en fonction de l'évaluation professionnelle de l'agent,
- Former des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée dans la Fonction Publique Hospitalière pour les autres métiers paramédicaux.

Dialogue social

Suite à la crise Covid-19, l'UNSA Santé et Sociaux constate que les CHS-CT ont été fortement sollicités et se sont révélés de réelles forces de proposition auprès des Directions hospitalières. Sur la base de cette expérience, l'UNSA Santé et Sociaux demande que les CHS-CT soient maintenus dans la FPH.

Enfin nous souhaitons insister sur les périmètres d'actions du dialogue social. L'UNSA Santé et Sociaux reste attachée à un dialogue social national dont la déclinaison au niveau local doit se faire au plus proche du terrain, à l'échelle de l'établissement.

L'UNSA Santé et Sociaux souhaite que deux personnes (une en présentiel et l'autre par visio conférence) puissent participer au comité de suivi national du Ségur de la Santé et des groupes de travail.

Qualité de vie au travail

- 1 Définir des ratios opposables de personnel soignant au regard du nombre de patients pris en charge ou de résidents accueillis en traitant en priorité le secteur médico-social.
- 2 Définir l'organisation hospitalière, l'organisation du travail, la gestion des équipes au périmètre du service, et non du pôle. Le service est une dimension qui donne sens au travail de chacun et porte la cohésion médico-soignante indispensable au bon fonctionnement de l'institution hospitalière. Par ailleurs cette dimension de service permet à la fois un management de proximité efficient et la construction de projets professionnels pertinents.

Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

Depuis une décennie, l'hôpital public traverse une crise sans précédent. Dette abyssale, déficits chroniques, capacité d'investissement et d'innovation en régression, personnels et organisations à bout de souffle, etc. Il y a urgence à soigner l'hôpital public et plus généralement le système de soins en France.

La crise sanitaire Covid-19 a montré que des organisations plus efficaces étaient possibles, il faut désormais rapidement s'en inspirer pour rendre à l'hôpital public sa capacité à faire du soin de qualité pour tous.

En préambule, l'UNSA rappelle qu'elle conçoit la santé comme un investissement social (améliorer l'état général de santé de la population) plus que comme une dépense publique. Et pour cause, une population prise en charge bien en amont de la survenance des pathologies coûtera, à terme, moins cher à la Sécurité sociale et participera à préserver la santé de la population et à améliorer la qualité de vie des malades.

Une refonte des financements basée sur les besoins réels

Le manque de moyens financiers et l'endettement de l'hôpital public ont des conséquences graves sur les personnels (burn out, démotivation, crise des vocations, délaissement du public pour le privé, etc.) comme sur les patients (manque de personnel, délais d'attente, inégalités territoriales, etc.).

Si le financement par une dotation globale présentait des véritables lacunes, le financement par la T2A combiné aux contraintes de l'ONDAM n'est pas non plus un système optimal pour financer l'hôpital public.

Pour l'UNSA, la santé ne peut être considérée comme un marché classique, et l'hôpital comme une entreprise comme les autres. À ce titre, son financement ne peut être basé sur des logiques de rentabilité ou d'enveloppe budgétaire contrainte en amont de l'activité.

Pour l'UNSA, le financement de l'hôpital de demain doit donc se construire sur les besoins réels de soins.

L'ONDAM : un outil inadapté ?

Si l'ONDAM permet de maîtriser les dépenses de santé, il n'en reste pas moins qu'il est avant tout un outil de maîtrise des dépenses publiques plus qu'un outil participant à la mise en place d'une politique de santé publique efficace, efficiente et de qualité.

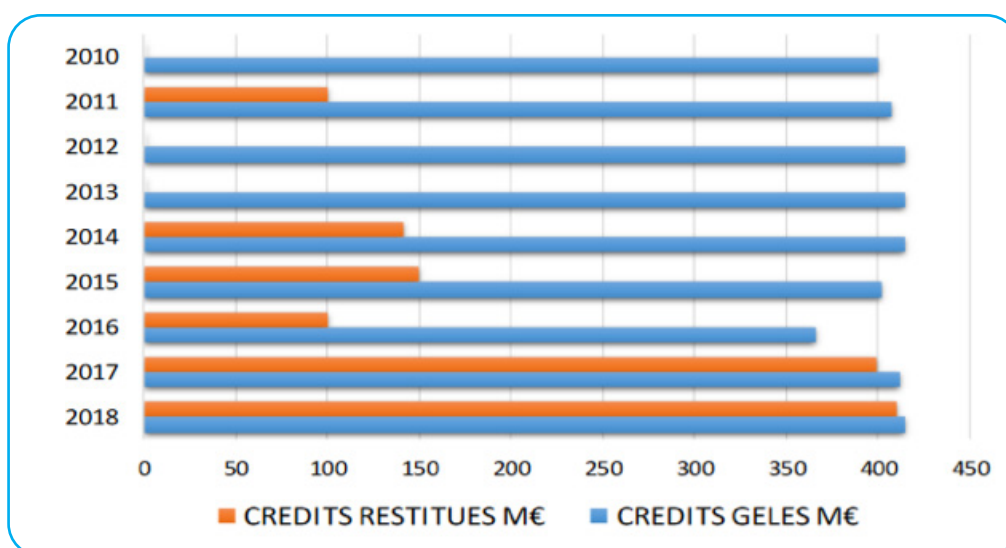
Ainsi par exemple, ces dernières années l'ONDAM a progressé beaucoup moins rapidement que le PIB et aurait donc contribué à réduire le ratio dépenses publiques/PIB. De plus, cet objectif n'a pu être respecté que parce que les tarifications ont stagné, voire baissé.

Malheureusement, les politiques successives de réduction des coûts ont poussé les hôpitaux à diminuer le nombre de lits et de moyens, à augmenter la productivité, et à désinvestir, ce qui a généré la situation dégradée actuelle.

Pour l'UNSA, il est à noter que l'ONDAM paraît d'autant plus inadapté au financement de l'hôpital qu'il est construit en chambre. En effet, les mesures nouvelles des PLFSS n'étant connues par la Commission des Comptes de la Sécurité sociale (au mieux) que la veille au soir de la présentation du projet de loi, il est donc construit sans réel débat avec les acteurs de la Sécurité sociale. Son adéquation avec les besoins réels peut donc grandement poser question.

Cet objectif de dépenses fait également l'objet de critiques répétées de la Cour des Comptes quant à ses règles de construction imprécises⁽¹⁾. Là encore ces éléments ne participent pas à crédibiliser l'établissement de son niveau d'exigence sur les acteurs de la santé.

Enfin, s'il fallait élargir les reproches à cet outil, il s'avère également qu'il impose des mises en réserve prudentielles au début de chaque exercice. Or ces crédits gelés ne font pas systématiquement l'objet de restitutions (y compris en cas de respect de l'ONDAM hospitalier) et ont bien souvent permis de compenser le dépassement d'autres sous-objectifs, par exemple pour les soins de ville.



* Source : FHF/CNEH

⁽¹⁾ Rapport Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2013 et 2014

Les propositions de l'UNSA – Imaginer des modes de financement basés sur les besoins

Pour l'UNSA, en l'état, la question principale n'est pas de savoir s'il faut maintenir un ONDAM hospitalier en tant que tel, ou trouver un nouvel outil pour construire les budgets hospitaliers et/ou suivre les dépenses hospitalières.

Pour l'UNSA, il faut mettre en place un système permettant d'en finir avec le sous financement chronique de l'hôpital public.

Pour assurer l'ensemble des missions de service public qui lui sont confiées, nous estimons que les dotations doivent être construites sur la base du réel et non à partir d'une enveloppe budgétaire contrainte.

Le financement du fonctionnement

Pour l'UNSA, il est tout à fait possible d'imaginer un premier niveau de financement destiné à assurer l'ensemble des charges de fonctionnement de chaque établissement.

Celui-ci permettrait de prendre en compte les besoins réels que nécessite un fonctionnement dit « normal » (personnels y compris pondération pour les remplacements, matériel et équipement, locaux, etc.).

Ce financement pourrait faire l'objet d'une réévaluation en fin d'exercice en fonction de l'activité constatée et des moyens réellement « consommés ».

Afin de permettre une certaine réactivité, cette réévaluation pourrait intervenir annuellement en cas de hausse de l'activité, et de façon pluriannuelle en cas de baisse. Cette seconde proposition permettrait ainsi de neutraliser ou de lisser les effets d'une année atypique par exemple.

Enfin pour éviter aux hôpitaux publics de creuser leur déficit ou d'avoir à emprunter sur les marchés, il serait par ailleurs souhaitable que des dispositions permettent un réajustement en cours d'exercice en cas de forte hausse d'activité (situation exceptionnelle, ou pandémie par exemple).

Pour l'UNSA, ce premier niveau de financement corrigerait un des défauts actuels de l'ONDAM en levant les incertitudes qu'il fait peser sur les niveaux recettes annuelles réellement versées aux établissements. Il participerait par conséquent à une meilleure gestion des organisations (gestion des personnels, programmation des soins, etc.), puisque les moyens annuels seraient « sanctuarisés » en début d'exercice

La T2A

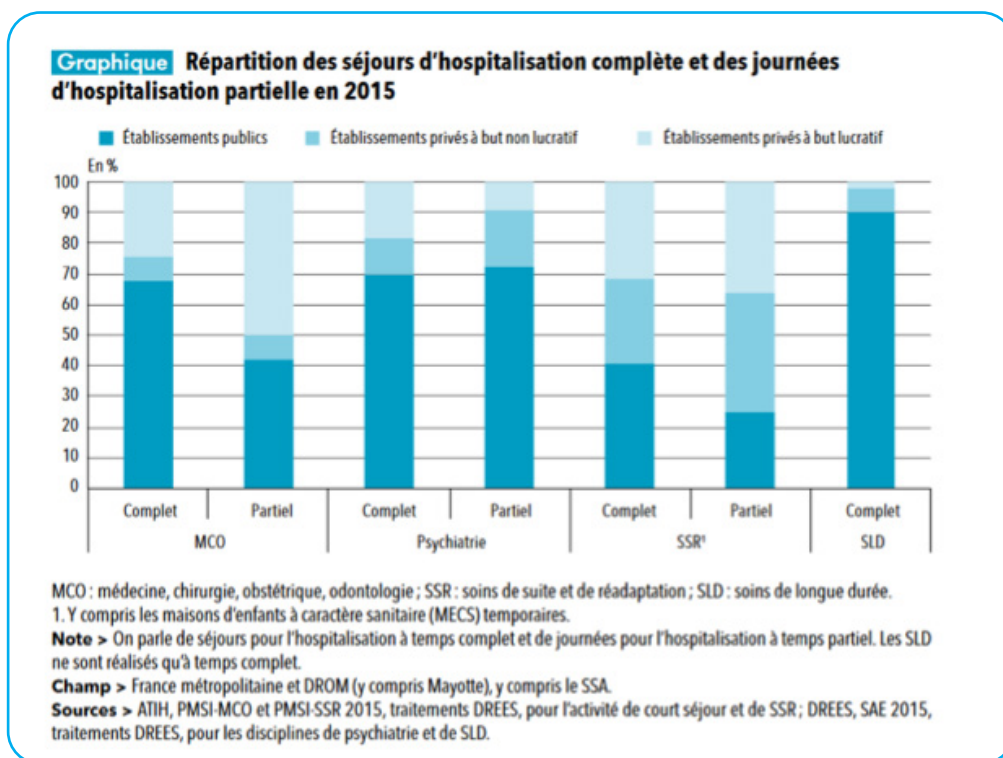
Système complexe dont la philosophie première était de financer les établissements au regard de leur activité réelle, le financement à l'activité (T2A) a montré ses limites et conduit à des phénomènes « pervers » et parfois inflationnistes.

Inflationnistes car plus il y a d'activité, plus y a de recettes. Ce mécanisme a pu engendrer la prescription de soins non pertinents, l'augmentation du nombre de chirurgies et séjours liés

(activités plus rémunératrices) et/ou pour certains établissements, à un choix délibéré de se concentrer sur les spécialités et activités particulièrement rentables.

De fait les établissements privés à but lucratif ont « délaissé » la prévention et la longue prise en charge (psychiatrie, maladies chroniques, suivi des personnes âgées) car beaucoup moins rentables, voire pas du tout.

C'est donc l'hôpital, qui ne peut se spécialiser dans les activités rémunératrices et délaissier les autres sans risquer de faillir à sa mission de service public, qui doit en grande partie assumer ces activités.



L'objectif du gouvernement, à l'horizon 2022, est de limiter à 50 % la part de T2A dans le financement de l'hôpital et de rémunérer des parcours de soins au forfait (exemple : prise en charge post cancer, dialyse, etc.).

Pour l'UNSA, la T2A a créé une « concurrence déloyale » entre le public et le privé à but lucratif. Et pour en corriger les effets, il faut là encore repenser la rémunération de l'activité hospitalière et organiser une meilleure répartition des soins entre les établissements publics et privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif.

Pour financer l'activité, plusieurs solutions sont envisageables :

- La 1^{ère}, et la plus évidente, serait de rémunérer et/ou revaloriser les activités aujourd'hui délaissées par le privé lucratif faute de rentabilité (psychiatrie, maladies chroniques, suivi des personnes âgées, accueil des populations hautement vulnérables, etc.).

- La 2^{nde} consisterait à rendre obligatoire l'accès à ces soins aux tarifs réglementés secteur 1 dans les établissements privés à but lucratif. Cette mesure présenterait y compris l'avantage de participer à réduire les difficultés d'accès aux soins dans les zones en tension et sous dotées en professionnels de santé.

Enfin, pour favoriser la coopération hôpital/médecine de ville, et donc améliorer et surtout faciliter le parcours des patients, il faut penser et construire des parcours de soins plus globaux en y intégrant systématiquement l'accompagnement des patients et les conditions de leur suivi régulier. Pour l'UNSA, si dans les années à venir, ce mode de financement s'avérait juste, il pourrait à terme, remplacer la tarification à l'activité.

Pour ce faire, il faut que chaque acte puisse être valorisé à sa juste rémunération afin d'éviter, là encore, un délaissement ou une prise en charge de moindre qualité.

Un financement des MIGAC et activités forfaitisées à la hauteur de leur coût réel

Pour l'UNSA, les autres financements destinés à faire fonctionner l'hôpital (missions d'intérêt général, de recherche et d'enseignement et d'innovation, greffe, gestion du SAMU, etc.) doivent là encore être établis en fonction des besoins et non à partir d'une enveloppe contrainte.

Ces prestations, comme les autres activités, doivent être revalorisées (si nécessaire annuellement) en adéquation avec des indicateurs pertinents (ex : inflation, etc.).

Financer la qualité et la pertinence des soins

Le système de soins français est globalement assez complet, mais complexe. Délais, patients en déshérence, renoncement aux soins, redondance de certains examens ou soins en sont quelques conséquences.

Pour l'UNSA, il est donc primordial que le patient soit au cœur du système de santé. Ce leitmotiv, bien souvent mis en avant mais finalement peu palpable par les patients eux-mêmes, est pourtant primordial.

Et c'est par des mesures concrètes qui devront rapidement être mises en place qu'il sera possible d'améliorer et optimiser les parcours de soins.

Pour l'UNSA, pour que la qualité ne reste pas qu'un concept, il faut que sa rémunération vienne bonifier la rémunération des actes ou des forfaits de parcours. Mais pour financer la qualité et la pertinence des soins, encore faut-il pouvoir les mesurer.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) pourrait être un des leviers d'amélioration des parcours de soins. Ainsi pour l'UNSA, sa fonction de carnet de santé numérique doit permettre d'assurer une meilleure réponse et une meilleure cohérence dans la dispensation des soins. Une bonne exploitation des données médicales enregistrées pourrait aboutir par exemple à gagner du temps pour diagnostiquer ou encore mettre en place des parcours de soins adaptés à chaque patient.

Son exploitation à des fins de qualité, serait y compris source de maîtrise des dépenses publiques puisque favorisant une prise en charge plus réactive et plus efficiente.

Pour ce faire, l'UNSA souhaite que l'ouverture du Dossier Médical Partagé (DMP) soit systématisée pour chaque assuré, le choix du patient et sa maîtrise sur ses données médicales seraient conservés. Cette mesure doit ainsi permettre aux professionnels de santé d'assurer une meilleure prise en charge et une meilleure coordination grâce à la présence d'un historique médical complet et documenté du patient. Pour répondre à ces enjeux, il est indispensable que le monde médical se saisisse réellement de cet outil afin qu'il devienne un levier efficace et efficient, au service du patient comme du professionnel de santé.

À ce titre l'UNSA, réclame une obligation de renseignement du DMP par l'ensemble des professionnels de santé et une préservation du secret médical pour toute autre utilisation.

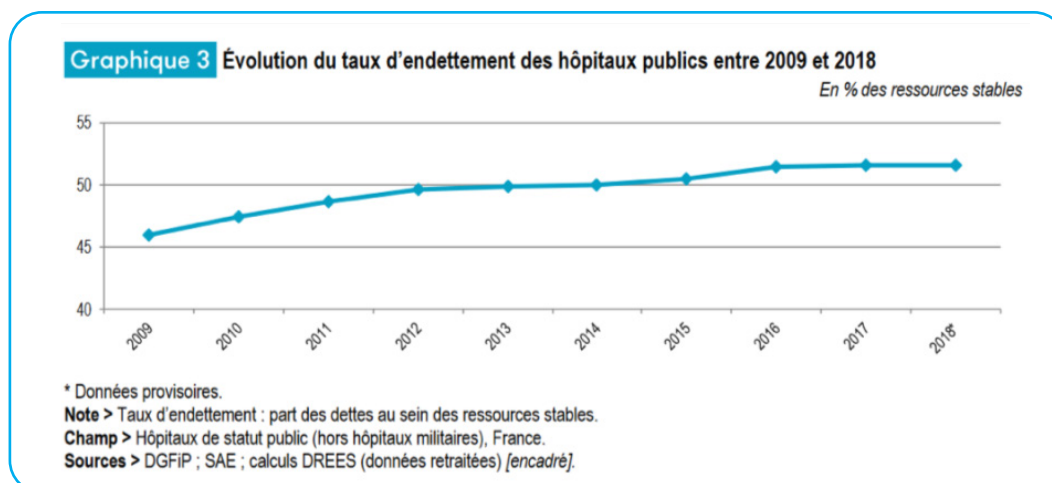
Cette obligation devra sans nul doute s'accompagner d'une convergence (ou harmonisation) des systèmes d'information des professionnels de santé pour les rendre compatibles avec les exigences que nous portons.

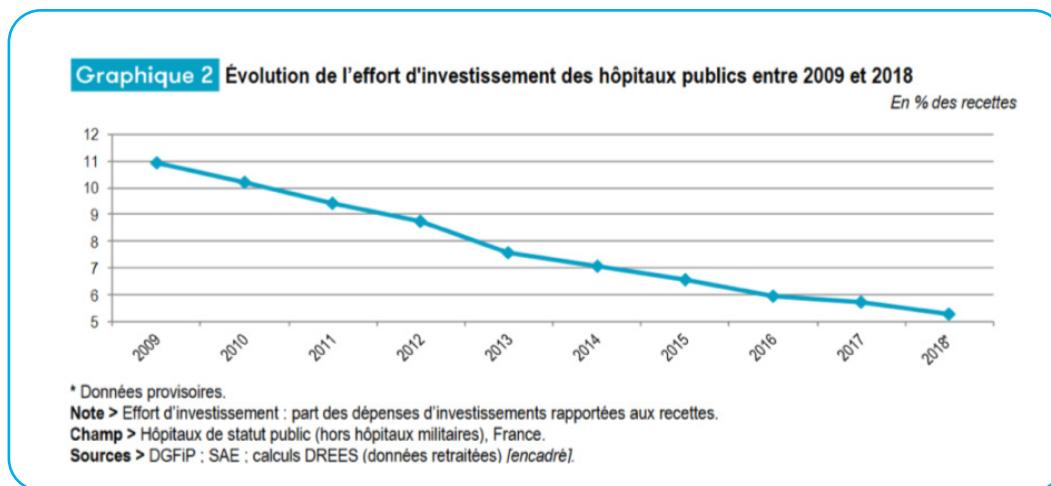
Pour l'UNSA, la qualité des soins et des parcours doit également pouvoir se juger d'après l'expérience du patient. Cette revendication permettrait notamment de lui donner la parole (parfois difficile à faire entendre lors du parcours de soins). Pour que cette mesure soit efficiente, il faut qu'elle soit simple et donc accessible au plus grand nombre. Pour l'UNSA, les résultats mesurés devront servir, non pas à sanctionner, mais à améliorer la prise en charge des patients ce qui implique de fournir des garanties fortes au patient sur l'utilisation des données.

Enfin, pour que la qualité et sa mesure ne se traduisent pas par une augmentation de productivité et donc une dégradation des conditions de travail, il faut là encore qu'elles soient prises en compte dans les organisations en amont, et qu'elles fassent l'objet d'un calibrage des moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

Financer l'investissement pour un avenir innovant et de qualité

La dette des hôpitaux, combinée à des déficits chroniques freine la capacité d'investissement de l'hôpital public.





En superposant ces 2 graphiques, on peut aisément constater l'effet de ciseaux et les conséquences du sous-financement des hôpitaux publics sur la capacité de ces derniers à investir à compter de 2009.

Olivier Véran, désormais ministre des Solidarités et de la Santé, faisait le même constat dans un rapport portant sur « L'évolution des modes de financement des établissements de santé ». Il y indiquait : « *Il existe un risque réel et préoccupant à court et moyen terme d'une dégradation des équipements hospitaliers et en conséquence d'une atteinte à la sécurité et à la qualité des soins.* »

Pour l'UNSA, là encore la situation actuelle nécessite de partir des besoins réels pour redonner à l'hôpital public sa capacité à investir.

Pour cela, l'UNSA appelle à ce que les emprunts futurs soient responsables et puissent bénéficier de la garantie de l'État. En effet à ce jour, ce dernier bénéficie d'une bonne réputation auprès des agences de notation et garantirait donc la solvabilisation et le bénéfice des meilleurs taux d'intérêts (à ce jour l'État emprunte à un taux très favorable puisque négatif).

Mais au-delà de ces propositions, pour que l'hôpital reparte sur des bases saines, il faut avant tout mettre un terme aux 30 milliards de dette de l'hôpital public : « Remettre à plat pour mieux remettre à flot ».

En novembre 2019, le gouvernement a annoncé reprendre 1/3 de cette somme sur 3 ans. Ces 10 milliards d'euros ont en réalité été transférés vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et seront donc payés par les assurés sociaux.

Pour l'UNSA, l'apurement des 20 milliards restants ne pourrait se faire sur le dos des assurés. Résultant d'un sous-financement chronique issu de choix politiques des gouvernements successifs, l'État doit prendre sa part de responsabilité en reprenant la dette à son compte.

Conclusion

Repenser l'hôpital, c'est dans un 1^{er} temps repenser son rôle, ses missions, son organisation mais aussi ses moyens et donc son financement.

Sans base de départ saine, ce pan important de notre système de santé ne saurait relever les défis à venir.

La crise sanitaire que nous venons de traverser doit nous permettre de tirer les bons enseignements.

Pour l'UNSA, le premier d'entre eux est que l'hôpital, maillon essentiel du système de santé, ne peut plus fonctionner comme durant la décennie qui vient de s'écouler.

Exigence et préoccupation forte de la population, l'hôpital ne peut être vu comme une entreprise basée sur des logiques d'économies et de rentabilité puisque par nature, les dépenses de santé ont une tendance à la croissance.

Il n'est donc plus possible de demander à l'hôpital de faire des économies à marche forcée sur les moyens, en usant ses personnels et en traitant ses usagers avec « les moyens du bord ».

La santé est un droit, l'hôpital en est un des principaux acteurs (notamment pour les plus démunis), à ce titre il doit bénéficier des ressources nécessaires pour remplir correctement ses missions de service public.

Partir des besoins réels pour construire demain.

Pilier 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

La Loi HPST, en renforçant le rôle et la place des pôles dans l'organisation hospitalière, a méconnu quelques principes fondamentaux du management. L'insatisfaction était déjà largement exprimée dans les concertations préalables à la rédaction de la loi de santé de 2016 mais malheureusement, elle n'a pas été prise en compte.

Le service, au centre de l'organisation hospitalière

Notre premier souhait est de remettre le service au centre de l'organisation hospitalière. C'est le lieu où le projet médico-soignant trouve sa cohérence. C'est à ce niveau que la gestion courante des ressources humaines peut trouver son adéquation avec les besoins. C'est enfin à ce niveau que le patient pourra retrouver sa place centrale dans le fonctionnement hospitalier.

S'il faut reconnaître et valoriser la fonction de chef de service, il sera tout aussi indispensable de reconnaître et de valoriser l'encadrement soignant.

Piloté par un cadre supérieur de santé, le groupe des cadres de santé du service doit être organisé. Les missions et les responsabilités de chacun doivent être précisées et transparentes. La logique d'un management de proximité, accessible et centré sur l'organisation de l'unité de soins est une norme indispensable à l'éclosion d'une dynamique de projet favorable à la qualité de prise en charge du patient.

La dimension de l'équipe soignante est une question importante. Dans de nombreux établissements on a vu des efforts d'économies réduire à la portion congrue l'encadrement soignant. Celui-ci a perdu son rôle de manager de proximité, car il s'est vu confier la gestion de multiples unités et projets transversaux du pôle, tout en étant contraint de consacrer un temps très important à la gestion de l'absentéisme du fait de la réduction des moyens humains.

Dans ces conditions, et même sans aborder la question salariale, le métier de cadre soignant n'est clairement plus attractif. De nombreuses fonctions managériales ont été ainsi transférées vers des infirmières « référentes » parfois contre leur volonté et surtout sans formation ni reconnaissance d'aucune forme pour ce rôle.

Dans ce contexte, nous souhaitons que les fonctions managériales soient redéfinies et qu'au niveau du service réhabilité la taille des équipes soit dimensionnée à environ 20 agents pour un manager de proximité (ce dimensionnement est déjà supérieur aux recommandations que l'on trouve dans d'autres secteurs de l'économie).

Pour en finir avec la structure de gouvernance du service, le binôme chef de service - cadre supérieur de santé devra bénéficier d'une délégation de gestion sur certains points :

- Dépenses courantes
- Gestion des ressources humaines
- Organisation des soins.

Ces exemples sont susceptibles d'être étendus ou modifiés, car ils relèvent de la concertation et de l'autonomie de gestion des établissements de santé.

Si la loi HPST précisait la faculté pour le chef de pôle de choisir ses collaborateurs, cette disposition ne doit pas être transposée pour le chef de service tant elle déséquilibre les rapports au sein du binôme. Il est évident que de bonnes relations au sein du binôme sont indispensables au bon fonctionnement du service, mais une trop grande subordination d'un membre envers l'autre serait dommageable.

Il est nécessaire de préciser les conditions d'accès au grade de cadre supérieur, néanmoins son affectation relève de la décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Entre le chef de service et le cadre supérieur de santé, les liens sont fonctionnels, le supérieur hiérarchique direct du cadre est le directeur des soins.

Une politique managériale claire doit être élaborée dans chaque établissement. Elle doit aborder les principes et valeurs managériales en cours dans l'établissement afin que chaque agent puisse appréhender la place, le rôle et les limites décisionnelles de chaque échelon de la structure hiérarchique de l'établissement. Elle devra également préciser les comportements attendus de chacune et chacun ainsi que les droits et possibilités de recours dont dispose un agent qui s'estimerait victime d'un abus de pouvoir de son supérieur.

Par ailleurs, il est nécessaire pour revitaliser l'attrait pour le métier de cadre, de rendre une certaine profondeur à cette carrière. Ainsi en accroissant le nombre de postes de cadres supérieurs de santé, des perspectives d'évolution s'ouvrent.

Le service se doit également d'ouvrir une place au dialogue interne. Faute de structuration et de missions clairement identifiées, ces conseils de service qui avaient existé dans les années 1990 s'étaient éteints (à quelques exceptions près). Les chefs de pôle ne se sont jamais emparés de la mission d'animer le dialogue social pourtant confiée par la loi de modernisation de notre système de santé (2016). Ainsi les conseils de service doivent retrouver une vie, une structuration et des responsabilités. Ils pourraient par exemple proposer l'utilisation de l'intéressement collectif, mais aussi diverses pistes de travail dans le domaine de la QVT par exemple.

Si les services reprennent toute leur place dans l'organisation hospitalière, les pôles peuvent demeurer une structure intermédiaire relevant de la libre association dans le cadre d'un projet médico-soignant. Le fonctionnement et l'organisation interne du Pôle feront l'objet d'une contractualisation soumise aux instances hospitalières.

Concernant la gouvernance, la CME et la CSIRMT doivent pouvoir pleinement exercer leur rôle de conseil et de recommandation dans les domaines concernant l'organisation et la qualité des soins. En aucun cas ces assemblées ne peuvent se prévaloir d'être représentatives des personnels, en premier lieu parce que leur composition ne suit pas les règles de la démocratie, et parce que les personnels administratifs et techniques n'y sont pas représentés.

Pour l'UNSA Santé et Sociaux Public et Privé, la participation au directoire n'est pas une priorité. Nous souhaitons que cette instance conserve une taille réduite, une capacité opérationnelle et une agilité décisionnelle. L'expérience de la crise sanitaire confirme, à notre avis, la pertinence de cette structure.

En revanche, il est important que son fonctionnement et les décisions qui y sont prises soient largement diffusés.

Par ailleurs, nous souhaitons que le rôle du CTE soit largement amélioré. Actuellement lieu de débats plus ou moins stériles, il est souvent une chambre d'enregistrement. En effet, les décisions et projets présentés sont adoptés quel que soit l'avis exprimé par les représentants des personnels.

Pour l'UNSA Santé et Sociaux Public et Privé il convient de renforcer considérablement la portée de l'avis unanimement négatif. Celui-ci doit être suspensif du projet, qu'il y ait obligation de négocier avant toute nouvelle présentation devant l'instance.

Dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, preuve est faite d'une accidentologie très marquée. La prévention des risques professionnels doit être au cœur des préoccupations de tous.

Des ressources humaines doivent se consacrer à cette prévention au plus près des lieux de travail.

Une instance de pilotage de cette politique de prévention des risques professionnels doit exister, fonctionner de manière participative et disposer de moyens de contrôle, d'action et être une force de proposition écoutée.

Les CHS-CT de la FPH ont fait leurs preuves, une nouvelle fois pendant la crise sanitaire, la structure qui les remplacera doit disposer de prérogatives et de moyens similaires.

Lieu d'ancrage de l'établissement de santé, médico-social ou social dans le contexte territorial, le conseil d'administration comme le conseil de surveillance gagneraient à être plus investis par les élus locaux. Peut-être la crise sanitaire entraînera-t-elle une évolution en ce sens !

La place des représentants du personnel non médical mérite également d'y être renforcée et élargie.

Quant aux GHT, ils doivent être recentrés sur leur rôle premier de coordination de l'offre de soin, sur le territoire et donc s'adapter finement au contexte économique, social et géographique local. À cette fin ils doivent pouvoir s'ouvrir aux établissements privés et au secteur libéral, si le contexte local s'y prête.

Le GHT doit permettre toute forme d'association entre services de soins (fédérations, pôles inter établissements etc...) et également permettre des économies d'échelle (services logistiques).

Toute forme d'association doit se construire avec et non contre les acteurs de l'hôpital public et nécessite de prendre le temps de la construction. À cette fin, pour l'UNSA Santé et Sociaux Public et Privé, les projets d'association et/ou de fusion au sein des GHT doivent recueillir un avis positif des instances (CTE, CME, CSIRMT, CS ou CA) avant d'être mis en œuvre.

De manière générale, sur toutes les strates des établissements de la FPH, les charges administratives et de reporting doivent singulièrement être allégées et automatisées. L'informatisation des dossiers de soins a paradoxalement éloigné les soignants de leurs patients, créant de fait un hôpital virtuel, quelque peu différent du vécu des patients lors de leur séjour.

L'UNSA Santé et Sociaux Public et Privé est favorable à l'élaboration d'un système d'information hospitalier national commun, communiquant et assurant la compatibilité et l'interopérabilité avec les systèmes existants, et permettant de les remplacer à terme.

L'ampleur d'un tel projet impose un pilotage national et un investissement lourd. Il s'agit d'un défi pour le secteur de l'industrie numérique et de l'intelligence artificielle susceptibles de transformer le quotidien des personnels hospitaliers et surtout qui doit viser à simplifier leur exercice quotidien. Il devra bien entendu se développer en dehors de l'ingérence des GAFAM, dont les objectifs lucratifs sont incompatibles avec la santé publique.

Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

La crise sanitaire Covid-19 a démontré que d'autres organisations de notre système de soins sont possibles. Elle a également établi que face à l'impensable, les barrières, obstacles, réticences des uns et des autres pouvaient être balayés en seulement quelques jours.

Durant cette période, le champ des possibles s'est ouvert, il doit maintenant servir de base pour organiser le système de santé de demain. Ce système qui devra enfin mettre l'humain au centre des préoccupations plutôt que les économies et les corporatismes.

Ainsi, il faut désormais et rapidement pouvoir garantir au patient une égalité d'accès à des soins de qualité, et ce, quel que soit son lieu de résidence. Pour le personnel, la priorité doit être donnée à un retour à des conditions de travail dignes et respectueuses afin de permettre un système de soins sécurisé et sécurisant.

Le patient au cœur du système

Déshérence, renonciation aux soins, difficultés d'accès aux professionnels de santé, etc.

Depuis plusieurs années, les études tendent à démontrer que les populations les plus éduquées et globalement en bonne santé sont celles qui profitent le mieux du système de santé (maîtrise des parcours de soins, accès aux RDV, etc.). En revanche, dès que les conditions sociales ou de santé se dégradent et que les parcours se complexifient, il devient plus fréquent que des patients renoncent à se soigner.

Si le renoncement aux soins est principalement identifié comme la résultante d'un manque de moyens financiers, il s'avère que d'autres facteurs sont également en cause.

Rendez-vous médical accordé dans des délais trop longs, impossibilité de trouver un médecin en dehors des horaires « de bureau », refus de prendre de nouveaux patients, discrimination à la couverture santé, etc. sont autant de facteurs qui participent à différer, voire renoncer à se soigner.

Accompagner tout au long du parcours de soin

Pour l'UNSA, la bonne prise en charge d'un patient est celle qui lui permet d'obtenir un diagnostic et le traitement éventuel associé, dans un délai raisonnable et sans avoir l'impression d'être « lâché seul » dans un système où la capacité d'offre de soins est bien souvent tendue.

Dans la réalité, l'état du système de soins en France aujourd'hui ne répond pas correctement au besoin de prise en charge rapide des urgences non vitales ou à une prise en charge rapide dans la réalisation de certains examens ou soins.

Or, pour l'UNSA, la nécessité d'agir rapidement est gage d'une amélioration notable des parcours de soins, d'une maîtrise des coûts et bien souvent d'une amélioration de la qualité de vie des patients.

Pour aboutir à cela, plusieurs leviers peuvent être actionnés :

- Les obligations d'information au patient posées par la loi du 4 mars 2002 doivent être respectées. Cet aspect essentiel du parcours de soins doit être évalué et devrait être un critère pris en compte dans le financement par la qualité.
- Sauf cas exceptionnel, le traitement (ou parcours de soins) doit relever d'un choix « partagé » par le malade et le(s) professionnel(s) de santé.
- Pour améliorer l'efficacité des parcours de soins et limiter les phénomènes de renoncement aux soins, l'assuré doit être accompagné dans ses démarches (aide à la prise de rendez-vous dans des délais admissibles, mise en relation avec un auxiliaire médical, etc.). Il faut également que ce parcours de soins soit possible dans chaque territoire de santé et sans dépassement d'honoraires.
- Afin de lutter contre la désinsertion professionnelle des salariés souffrant de pathologies longues et/ou chroniques, il est nécessaire d'améliorer le partage d'informations entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil.

Accélérer les coopérations entre l'hôpital et les autres acteurs de santé

Pour l'UNSA, l'amélioration des parcours de soins doit passer par un travail visant à améliorer les relations entre les différents acteurs de santé (hôpital, social, médico-social, libéral, privé, etc.). Cette réorganisation des soins doit avoir une double vertu, desserrer la contrainte d'activité qui pèse sur l'hôpital, et améliorer la qualité de vie des patients grâce à des parcours plus adaptés.

Pour permettre une meilleure répartition des soins et l'égalité d'accès à des soins de qualité quels que soient le lieu de résidence ou de classe sociale, la crise sanitaire que nous traversons doit être l'occasion de tirer les enseignements des organisations qui ont fonctionné.

Accélérer la coordination, la coopération et les partenariats entre la médecine de ville, l'hôpital et les établissements publics et les établissements privés.

Les difficultés d'accès aux soins (zones sous dotées en professionnels de santé, difficultés d'accès à des consultations en dehors des horaires « normaux », prise de RDV à longue échéance, etc.) peuvent générer 2 phénomènes : le renoncement et/ou le recours aux services d'urgence. Pour y remédier, le système de soins doit se réformer en profondeur et rapidement. Aujourd'hui, il n'est plus tenable que les services d'urgence soient saturés en raison de soins non programmés et non vitaux (notamment) mais qui nécessitent cependant une prise en charge rapide, ou encore en raison d'un manque de professionnels de santé disponibles sur un territoire, ou encore par l'absence de lits d'hospitalisation.

Le désengorgement des hôpitaux passe donc par une meilleure organisation et une meilleure répartition des soins sur l'ensemble des acteurs (y compris le social et le médico-social).

Pour l'UNSA, n'aborder les problèmes de l'hôpital qu'en restant centré sur lui et lui seul, c'est-à-dire sans prendre en compte le reste de l'écosystème qui compose notre système de santé (ville, domicile, privé, etc.), serait une erreur dont les causes produiraient les mêmes effets que ceux observés depuis plus d'une décennie. Il faut donc organiser la permanence des soins à tous les niveaux de recours.

Sur ces aspects, il existe là encore plusieurs leviers. Mais cela implique que le collectif au service du malade prenne le pas sur les corporatismes trop présents quand il est question de santé.

Déployer au plus vite les Services d'accès aux soins (SAS)

Promis pour l'été 2020, il faut désormais que le gouvernement tranche la question du numéro d'appel. La crise du Covid-19 l'a démontré, il est aujourd'hui possible de mieux organiser la régulation médicale entre les services d'urgence et la médecine de ville. Son efficacité transitera par la participation de l'ensemble des acteurs (hospitaliers, libéraux) à cette régulation. Cette coopération doit permettre, comme lors de la crise du Covid, de préserver l'accès et les capacités de prise en charge des urgences vitales, les cas graves et/ou complexes par le SAMU-Centre 15 et donc participer au désengorgement des urgences. Pour l'UNSA, le SAS doit rapidement pouvoir répondre aux demandes médicales de la population et à tout moment. Il doit également proposer une orientation adaptée (y compris en termes de délai de prise en charge) et en lien avec l'offre de soins sur le territoire.

Développer une meilleure coopération entre l'ensemble des acteurs

La crise sanitaire a également démontré qu'une plus grande coopération entre les acteurs de santé est possible (ville, hôpital, établissements publics et privés, sociaux et médico-sociaux). Pour ce faire, il nous semble que les « protocoles » ou guides, rédigés par le ministère des Solidarités et de la Santé pendant la crise sanitaire, pourraient servir de base de réflexion à une future organisation de notre système de soins. Il s'agirait de tenir compte de ce qui a fonctionné

et de ce qui n'a pas fonctionné pour que le futur système puisse d'ores et déjà anticiper les imperfections/erreurs/inadaptations constatées par les professionnels durant la crise sanitaire. La future organisation de notre système de santé doit absolument écouter ceux qui éprouvent, vivent et peuvent critiquer les organisations au quotidien, tout en faisant fi des corporatismes. Elle doit également mieux prendre en compte les attentes des patients en associant leurs représentants dans la mise en place des futures organisations de soins.

Développer une meilleure coopération dans les territoires

Si l'organisation du système de soins en France doit absolument évoluer pour répondre aux préoccupations de la population (accès à un médecin traitant, accès aux soins y compris urgents et non vitaux, etc.), pour l'UNSA, il faut dans un premier temps privilégier les circuits existants habituels en fonction des ressources locales (médecine de ville, conventions avec les EHPAD, etc.). Mais au vu des dysfonctionnements actuels, il est nécessaire de combler les lacunes du système. Ainsi, pour l'UNSA, il faut par exemple que dans les territoires où l'hôpital ne pratiquerait pas une spécialité, alors que le privé oui (y compris et surtout à but lucratif), alors ce dernier doit assurer les soins avec l'obligation d'appliquer des tarifs sans reste à charge pour les assurés. Cela implique cependant que le financement versé aux établissements publics pour ce faire, doit être du même niveau que celui qui sera versé à l'établissement privé qui réalisera les soins. Cette contrainte, faite aux opérateurs privés, doit permettre un accès aux soins à tous et donc sans sélection des patients. Afin d'éviter une discrimination entre « ceux qui peuvent payer » et « ceux qui ne le peuvent pas », il s'agira de prévoir les moyens de contrôle d'accès aux soins et à leur qualité.

Assurer la permanence des soins urgents non vitaux 7j/7 24h/24

Les services d'urgence n'en ont pas les moyens (et n'ont d'ailleurs pas vocation à) d'accueillir les urgences non vitales qui peuvent être prises en charge par la ville. Pour l'UNSA, il est primordial que la médecine libérale réponde à ces besoins dans les territoires. Pour ce faire, elle doit s'organiser très rapidement afin d'assurer la permanence des soins toute au long de l'année et ce quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit. Selon les spécificités géographiques, cela doit passer par la remise en place du système de garde obligatoire (et non sur la base du volontariat) ou encore pour la création de « maisons médicales » pouvant offrir, en plus de la consultation d'un généraliste, l'accès aux soins de base comme par exemple la radiologie, la biologie médicale, etc. Pour l'UNSA, ces outils permettraient la prise en charge rapide de la « bobologie » et contribueraient ainsi à désengorger les urgences des hôpitaux. Transitoirement, dans les territoires où la démographie médicale ne permet pas à la médecine libérale de garantir la permanence des soins urgents non vitaux, il faudra donner à l'Hôpital les moyens de pallier ces insuffisances.

L' Assurance Maladie au service de ses assurés

Aujourd'hui, trop d'assurés sociaux n'ont pas accès à un médecin traitant (5,4 millions d'assurés selon l'Assurance Maladie - 2019).

Pour l'UNSA, la plateforme téléphonique mise en place par l'Assurance Maladie, et dédiée à l'orientation en ville des demandes non urgentes en lien avec le Covid-19, doit perdurer hors épidémie.

Elle aurait ainsi pour mission de recenser les professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, etc.) disponibles pour prendre en charge des patients en besoin de consultation, téléconsultation ou télésoin, en les orientant vers le professionnel de santé adéquat.

Pour plus d'efficacité, il s'agira de réfléchir à une éventuelle intégration (ou non) de cette plateforme au SAS (pertinence de multiplier les n° d'appels, faisabilité, etc.).

La place du numérique

Comme pour les organisations de soins, l'épidémie Covid-19 a élargi le champ des possibles en matière d'accès aux soins via les outils numériques.

En préambule, l'UNSA réaffirme que la téléconsultation ne peut constituer la seule réponse aux difficultés causées par le manque de professionnels de santé dans un certain nombre de territoires. Pour l'UNSA, le numérique doit être un outil complémentaire au service de la santé pour tous. Il n'a en aucun cas vocation à se substituer à une « interaction physique » entre le patient et le professionnel de santé.

Pour l'UNSA, la téléconsultation doit pouvoir se développer « hors les murs » de la médecine de ville. Pour ce faire, son déploiement dans les hôpitaux, les EHPAD, les centres médico-sociaux, etc. doit, à terme, se généraliser.

In fine, la téléconsultation devra constituer un outil au service des professionnels de santé et des assurés pour améliorer les parcours de soins, plus qu'un outil visant à palier des manques criants en matière d'offre de soins. L'atteinte de cet objectif pourrait notamment passer par la mise en place de suivi (en partie) dématérialisé pour des pathologies chroniques qui ne nécessiteraient pas de suivi « physique » permanent, etc. Mais pour ce faire, il faut là encore construire en amont le parcours patient optimal et le plus adapté.

La téléconsultation peut également être une réponse au désengorgement des urgences. Pour l'UNSA, sa généralisation le soir et le week-end doit constituer un des outils visant à rendre la permanence des soins efficaces sur tout le territoire.

La télé expertise doit également sortir de sa « clandestinité ». Pour l'UNSA, il semble primordial que les pôles d'excellence puissent venir en appui aux structures de proximité. Là encore, le développement de cette pratique permettrait d'alléger certains parcours patients. Cela

permettrait également d'alléger le poids des dépenses que peuvent engendrer des transferts d'une structures à une autre.

Mais le développement de ces technologies nécessite de forts investissements. Dans un contexte budgétaire contraint, il faut donc revoir les marges de manœuvre que la société (et donc le gouvernement) souhaite donner à la santé en France, que ce soit pour l'hôpital (cf. propositions de financements), pour les établissements sociaux et médico-sociaux ou encore la médecine de ville.

Ces marges de manœuvre financières doivent permettre de financer des équipements performants et donc à la hauteur des évolutions technologiques à venir, mais également de financer la formation régulière des professionnels de santé (y compris pour faire face à l'évolution rapide de ces nouvelles technologies). Pour éviter les écueils des incompatibilités de systèmes d'information entre professionnels de santé par exemple, il apparaît également nécessaire de réfléchir à un déploiement - en nombre - d'outils/solutions métiers/ Si plus restreint afin d'y intégrer plus facilement les évolutions à venir. Pour l'UNSA, il faut y compris aller plus loin en contraignant les éditeurs de logiciels à respecter un strict cahier des charges afin d'assurer l'interopérabilité et la compatibilité entre les systèmes d'information existants. Le non-respect de ces contraintes devrait selon nous entraîner la suspension de tout financement surtout lorsqu'il est public.

S'agissant du DMP (Dossier Médical Partagé), l'UNSA demande à ce que tous les professionnels de santé soient équipés d'une interface permettant de l'alimenter. Notre organisation réclame par ailleurs que le renseignement du DMP par le professionnel de santé, et pour chaque assuré, soit rendu obligatoire sous peine de sanction financière.

Cette revendication se base sur le fait que le DMP doit rapidement devenir un outil d'aide au diagnostic. À ce titre, il doit donc être alimenté mais également consultable par l'ensemble des professionnels de santé.

Plus de place à la démocratie : le rapport charges et produits de l'Assurance Maladie

Au-delà des reproches que notre organisation peut formuler sur la construction du PLFSS et de l'ONDAM (Cf. partie financements), le rôle de l'Assurance Maladie et la voix de ses représentants nous apparaissent comme accessoires pour le gouvernement.

Et pour cause, tous les ans, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie après avis de son Conseil, remet au gouvernement et au Parlement son rapport « Charges et produits » pour l'année à venir. Ce rapport vise à proposer une analyse du système de soins, les améliorations qui pourraient y être apportées mais également des mesures visant à maîtriser les dépenses de santé.

Or, l'organisation actuelle de la remise de ce rapport ne laisse que très peu de place au débat et à une véritable élaboration démocratique.

- Notre 1^{er} niveau de critique porte sur sa construction en amont. En effet, ce rapport est globalement construit par les services de l'Assurance Maladie, et ce, sans réel concours des membres du Conseil de la Caisse.
- Le 2^{ème} niveau de critique est sur le calendrier. En effet, la « time line » qui encadre ce processus ne laisse au final que très peu de place à une prise en compte des remarques des partenaires sociaux par le gouvernement qui se révèlent donc méconnues des parlementaires.

Au vu de la situation, et outre le fait que l'UNSA demande une association des partenaires sociaux à la construction du PLFSS dès le semestre européen, pour notre organisation, le rapport « Charges et produits » de l'Assurance Maladie devrait faire l'objet d'une annexe au PLFSS. Ce document aurait pour but de rendre publiques les décisions qui ont poussé à conserver ou à écarter chaque mesure proposée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

