

SÉGUR LOCAL DE LA SANTÉ



**MARIE TAMARELLE-
VERHAEGHE**

DÉPUTÉE DE L'EURE

Jun 2020



ÉDITO

Le Ségur de la santé est né d'une ambition : tirer collectivement les enseignements de l'épreuve traversée face à la Covid-19. En complément de ce qui a déjà été entrepris avec la stratégie nationale de santé, le plan « Ma Santé 2022 », le plan priorité prévention ou le plan hôpital, le Ségur doit permettre de bâtir un système plus moderne, plus résilient, plus souple et plus à l'écoute des professionnels, des usagers et des territoires.

C'est pourquoi, en complément du comité national en charge des consultations, et de la consultation en ligne à destination des professionnels de santé du sanitaire et du médico-social, j'ai souhaité organiser un « Ségur local », à l'échelle de notre département et de notre circonscription.

À partir de trois tables-rondes et de visites « de terrain » auprès des directions d'établissements mais aussi de l'ensemble des soignants et personnels, je souhaite pouvoir porter les propositions de notre territoire auprès du Gouvernement ainsi qu'à l'Assemblée nationale.

Les tables-rondes ont permis d'obtenir un écho équilibré de différents personnels et professionnels de santé et médico-sociaux du public et du privé aboutissant sur des propositions faisant consensus.

Notre circonscription et notre département, notamment de par la démographie médicale faiblissante et l'état de certains établissements de santé, doivent faire face à de nombreux défis de santé. C'est le cas par exemple pour l'hôpital de Bernay, dont l'accélération de l'investissement devra faire partie des priorités du nouveau directeur général de l'ARS.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE-RONDE N°1 : ÉVOLUTION DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS

page 4

TABLE-RONDE N°2 : INVESTIR DANS L'HÔPITAL

page 5

TABLE-RONDE N°3 : GOUVERNANCE DE L'HÔPITAL ET ORGANISATION TERRITORIALE DE SANTÉ

page 7

VISITE DE TERRAIN N°1 : LE CENTRE HÔPITALIER DE BERNAY

page 9

VISITE DE TERRAIN N°2 : LE CENTRE HÔPITALIER DE PONT-AUDEMER

page 11

AUTRES RENCONTRES : LES INFIRMIÈRES DE BLOC OPÉRATOIRE (IBODE)

page 13

TABLE-RONDE N°1 : ÉVOLUTION DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS

Participants

- Mme Olivia GAZEAU, CFDT Santé sociaux de l'Eure
- Mme Manon CHOLET, responsable ressources humaines au CH de Bernay
- Mme Martine BILLARD, présidente de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes Normandie

Questions

- 1° La fin des 35 heures ?
- 2° Quelle revalorisation salariale ? Sur quelle base ? Brut vs. net ?
- 3° Comment faire évoluer les carrières ?
- 4° Comment fidéliser les professionnels du public ?
- 5° Quelles stratégies d'attractivité ?

Attentes et constats

- Une des attentes les plus fortes concerne le besoin de **réorganisation du travail et le besoin de personnel**. Les 35 heures sont globalement considérées comme un « leurre ». Le besoin est sur le nombre de personnel. Il y a des établissements médico-sociaux où il n'y a pas assez d'aides-soignants, conduisant à déléguer les missions aux ASH. De nombreux professionnels changent d'établissement ou de fonction en raison des charges de travail trop importantes.
- Sur ces professions, il manque aussi une reconnaissance en termes de rémunération. En début de carrière, un kiné toucherait 1.500 euros net à l'hôpital.
- **L'important recours aux intérimaires** pose de gros problèmes de concurrence et de négociation à la hausse. Ils sont beaucoup mieux rémunérés que les titulaires. Les écarts les plus importants sont dans les fonctions supports.
- Dans la dynamique d'évolution des carrières, **certaines petites structures**, spécifiquement les Ehpad, **sont trop petites pour proposer de réels plans de formation**.

Propositions et pistes de réflexion

- Dans la réflexion sur la rémunération, il ne faut pas seulement s'inquiéter des soignants mais aussi **intégrer les fonctions supports et les fonctions techniques**.
- Apporter des **contrôles sur l'encadrement de la rémunération des intérimaires**.
- La priorité, parmi les intervenants, semble davantage aller vers une augmentation du nombre de personnels qu'une augmentation de la rémunération. Cependant, la rémunération pourrait être adaptée en fonction du nombre de patients à charge.
- Pour avoir une **évaluation annuelle plus objective des agents**, il faudrait pouvoir mieux former les évaluateurs. Il faut également obtenir une clarification sur l'utilité de cette évaluation annuelle.
- Réfléchir à un outillage de **promotions qui ne soient pas seulement dépendantes de l'ancienneté**, mais prennent également en compte la manière de servir. Il faudrait de manière générale faciliter les promotions, réfléchir au dégel du point d'indice et à la revalorisation de la valeur du point.

TABLE-RONDE N°2 : INVESTIR DANS L'HÔPITAL

Participants

- **M. Cyril LE CLERC**, chargé de mission FEHAP Normandie
- **Mme Nathalie HORN**, Directrice déléguée du CH de Bernay
- **M. Jérôme TRIQUET**, Directeur du CHAG de Pacy-sur-Eure
- **Mme Fabienne FRÉRET**, Secrétaire départementale la CFDT santé sociaux Eure.

Questions

1° Comment permettre à l'hôpital d'investir ?

2° Quelles sont les priorités d'investissement à court et long termes ?

Attentes et constats

- Une attente forte des intervenants pour que le Ségur, tant sur l'investissement que le financement, ne soit pas hospitalo-centré. Il doit s'intéresser au secteur privé mais aussi au secteur du médico-social.
- Nécessité d'intégrer dans les capacités d'investissement à la fois l'usager et les facteurs externes tel que l'évolution de la démographie gériatrique à venir.
- Les investissements « lourds » souffrent de la longueur de leur mise en place. Exemple d'un projet décidé en 2006 dont le permis de construire n'a été signé qu'en 2020.
- Sur le médico-social, les réponses existent et sont largement développées dans les rapports déjà publiés (Libault, El Khomri) et il y a une forte attente sur la mise en application des recommandations.
- La question de l'effacement de la dette ne semble pas être une solution suffisante ou adaptée : des établissements ne sont pas ou peu endettés mais ont quand-même de grosses difficultés financières.

Propositions et pistes de réflexion

Sur les priorités d'investissement :

- Investir d'abord et massivement dans la **prévention**, car cet investissement devrait, à terme, avoir un impact majeur sur les capacités de financement
- Aller en priorité vers les **investissements du quotidien** : améliorer le bien être au travail pour le bien être des patients. Cela nécessite notamment de davantage prendre en compte les demandes des personnels et de renforcer considérablement la santé au travail.
- Investir le **médico-social**, plus particulièrement le domicile, et le parc immobilier privé pour les personnes en perte d'autonomie.
- **Les investissements de court terme doivent être articulés avec ceux de long terme** : par exemple, l'achat de matériel doit être conditionné à l'existence de locaux de stockage, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.
- A court/moyen terme, investir dans les **systèmes d'information** : pour un intervenant, il faudrait doubler le budget SI. Il semble aussi falloir sécuriser les données.

Comment permettre à l'hôpital d'investir :

- Un intervenant souligne que le modèle privé solidaire permet des règles de gouvernance plus simples et plus réactives. Il suggère également que les règles fiscales et sociales soient alignées entre tous les acteurs exerçant une mission de service public.
- Diversifier les sources de financement afin de développer des ressources complémentaires.
- Au niveau plus global, il faut revoir le financement de l'Ondam « ville », estimant que c'est l'hôpital qui le supporte à la fin.

- Sur le coût des transports sanitaires, il est suggéré de les revoir également puisque les coûts augmentent mais ils ne correspondent pas nécessairement aux besoins des patients (ex : dialyse, psychiatrie).
- Même si le GHT a permis un certain nombre de progrès (notamment dans le partage de bonnes pratiques), il faut exporer les limites quant à la mutualisation des achats.
- **Sur le médico-social**, il est suggéré de réfléchir à la question des **tarifs et du RAC (reste à charge)** : afin de ne pas avoir un RAC trop important, les Ehpad ont des tarifs plus bas que dans le privé, ce qui ne leur permet pas de répondre aux besoins réels des personnes.
- Pour un intervenant, l'effacement de dette doit être assorti d'un engagement de réorganisation : l'effacement de dette doit être engagé en pensant à la cohérence des budgets.
- **Revoir les partenariats public-privé** : ceux-ci engendreraient des coûts exorbitants : les conventions de PPP, faisant plusieurs milliers de pages (donc non gérables par les établissements) peuvent être intéressants lorsque l'on a de grosses difficultés financières mais le paiement, à la fin, peut s'avérer bien plus lourd pour l'établissement.

Autres propositions hors table-ronde :

- S'interroger sur la **simplification de la commande publique et l'ouverture des marchés aux TPE-PME de nos territoires** : la massification dans les achats hospitaliers risque d'évincer les TPE-PME des circuits d'achat locaux de l'achat hospitalier. La proximité est pourtant un gage de performance, de qualité de service et de sécurité d'approvisionnement.
- **S'interroger sur la place des cabinets de consultants à l'hôpital** : leur place, comme cela a été souligné par la Cour des comptes, risque d'affaiblir les compétences internes des établissements et donc leur légitimité.

TABLE-RONDE N°3 : GOUVERNANCE DE L'HÔPITAL ET ORGANISATION TERRITORIALE DE SANTÉ

Participants

- **M. Cyril LE CLERC**, chargé de mission FEHAP Normandie
- **M. Jérôme TRIQUET**, Directeur du CHAG de Pacy-sur-Eure
- **Mme Fabienne FRÉRET**, Secrétaire départementale la CFDT santé sociaux Eure.
- **Dr. Ibrahim MAKKE**, président de la CME au CH Bernay
- **Mme Dubois**, UFC-Que-Choisir, représentante CRSA
- **Mme PLUSQUELLEC**, UNAFAM
- **M. Yvon GRAIC**, Président de France Assos Santé Normandie

Questions

- 1° Faut-il remédicaliser la gouvernance des hôpitaux ?
- 2° Quelle place pour chacun au sein de la gouvernance ?
- 3° Faut-il revoir les missions des ARS ?
- 4° Quelle organisation entre le public et le privé ? Entre l'hôpital et la ville ?

Attentes et constats

- Logique de l'assemblage ARS-direction des hôpitaux : les réunions sont calquées sur le calendrier budgétaire et il constitue une part prépondérante des discussions. Il est souligné l'importance d'une relation direction-personnel de santé-usagers afin que les orientations soient pleinement partagées.
- Il n'y a pas d'automatisme de relations entre les usagers et la direction de l'hôpital : les commissions des usagers sont méconnues. Dans les conseils de surveillance, elles peuvent servir d'alibi. En même temps, la création de nouvelles strates peut faire perdre en efficacité.
- Il est souligné la différence de gestion entre les établissements, soumis à l'Ondam, et le secteur libéral qui n'a pas les mêmes contraintes budgétaires et avec lequel il peut donc être difficile de travailler et d'organiser l'offre de soins.
- Des difficultés réelles des ARS sont partagées sur la gestion de la crise, notamment en termes de réactivité et d'autonomie vis-à-vis du ministère de la santé. Néanmoins, les intervenants s'accordent sur l'importance de disposer d'une strate décisionnelle de proximité.
- Les GHT, ayant pour mission initiale de mutualiser les compétences et de réduire les coûts, ne semblent pas totalement avoir atteint leur objectif. Dans la politique d'achat, il y a eu des commandes nationales alors qu'on promeut les circuits courts. Pour les usagers, les différentes strates, dont le GHT, font perdre en proximité et donc en lisibilité.

Propositions et pistes de réflexion

Sur l'hôpital :

- **Dans la composition de la gouvernance** expression d'une volonté que la CME soit moins consultative et plus décisionnelle, que les personnels médicaux, paramédicaux et usagers trouvent une voix plus forte au sein des directions d'hôpitaux et des GHT. Il faudrait que les consultations soient renforcées pour sortir du cadre budgétaire stricte.
- **Quant au fonctionnement**, plusieurs intervenants plaident pour plus de souplesse et de réactivité dans la gouvernance.

- Une piste de travail consisterait à remodeler le rôle des conseils de surveillance, qui ont une utilité limitée aujourd'hui. Ils pourraient redevenir de vrais conseils d'administration.
- Les intervenants représentant les usagers souhaiteraient une campagne nationale sur les représentants des usagers dans les structures et établissements afin que chacun en ait une vraie connaissance.
- Un assouplissement réglementaire devrait être envisagé pour permettre une meilleure coopération public-privé, qui a été efficace pendant la crise.
- Il faut s'interroger sur la possibilité d'un statut partagé entre professionnels de la fonction publique et le privé.
- Travailler à une harmonisation des règles incombant à l'hôpital et à la ville. Un intervenant appelle de ses vœux à plus de contraintes pour le libéral, tant sur le volet financier qu'organisationnel. Exemple : lors des vacances d'été, les usagers se ruent vers l'hôpital puisque les cabinets libéraux sont fermés.

Sur les ARS et l'organisation territoriale :

- Il faut pouvoir explorer comment donner davantage de souplesse aux établissements, comme cela a pu être fait pendant la crise.
- Il faut également pouvoir légitimer les ARS en en faisant un « bras armé » technique au service de décisions politiques prises localement.
- Simplifier l'organisation territoriale lorsque cela est possible, notamment afin que les Français puissent comprendre le système de santé : le comprendre c'est aussi pouvoir le re-légitimer.

Autres propositions hors table-ronde :

- Ne pas se concentrer uniquement sur la direction de l'hôpital et ses structures de gestion mais s'intéresser aussi aux échelons en infra : le chef de service et le projet médical de service notamment.
- S'interroger sur la forme-même du management : sans remettre en cause le directeur d'hôpital, aller vers une légitimation par les pairs des actions conduites à l'hôpital : cela permettrait une implication plus forte, une adhésion aux objectifs, une culture partagée et un engagement sur des valeurs et objectifs.
- Travailler à des outils en faveur de la re-légitimation politique des ARS : en rendant intelligible l'organisation territoriale pour les usagers, en accentuant la concertation avec l'ensemble des élus, en rendant visible la décision politique asseyant le « bras armé » technique ou en les rendant plus autonomes.
- Aussi, au niveau des ARS, alors qu'une simplification des missions doit être opérée suite à la loi Ma Santé 2022, leur rôle en matière de santé publique pourrait être renforcée (davantage que celui de gestion sanitaire).

VISITE DE TERRAIN N°1 : LE CENTRE HÔPITALIER DE BERNAY

Participants

- Madame Sophie Hubert, préparatrice en pharmacie hospitalière
- Madame Océane Dezier, infirmière en médecine (avec spécialité puéricultrice)
- Madame Sabrina Pelamatti, infirmière aux urgences
- Madame Caroline Vanhooete, aide soignante en cardiologie / SSR
- Madame Pélagie Fourquemin, cadre de santé
- Madame Fabienne Boisaubert, cadre de pôle
- Madame Carole Pamart, aide soignante EHPAD et SSR
- Madame Nathalie Horn, directrice déléguée du CH
- Docteur Ibrahim Makké, gynécologue et président de la CME
- Madame Carole Rifflet, cadre du pôle gériatrique

Contexte

Le centre hospitalier de Bernay est en pleine restructuration suite à une non-certification de l'ARS en 2016. Il s'agit d'adapter l'offre de soin pour répondre au mieux aux besoins de la population du territoire, qui présente une démographie vieillissante, et d'assainir une situation financière qui ne permet pas de lourds investissements, malgré un bâti en souffrance.

Attentes et constats

- **Le personnel du CH fait preuve d'une grande solidarité**, notamment en temps de crise. La mise en place de la cellule COVID a été très rapide avec de nombreux volontaires.
- Les professionnels témoignent de leur investissement et de leur goût pour leur profession.
- Pour autant, la faible rémunération des différentes professions, les évolutions de carrière insuffisantes et les mauvaises conditions de travail dues à l'état actuel des locaux rendent l'exercice de leur profession difficile : difficultés de recrutement, nombreux arrêts maladie (> à la moyenne), turn-over important...
- Le manque d'attractivité engendre un **déficit de médecins, d'infirmières, d'aides-soignantes** et de personnel en général, et un **manque de fidélisation**.
- Pour palier aux difficultés de recrutement, le personnel doit travailler dans des conditions détériorées : remplacements, augmentation du temps de travail sans reconnaissance financière...
- L'absence de certains spécialistes fait perdre de l'attractivité au CH et les habitants du territoire préfèrent parfois se rendre dans des structures plus éloignées.

Propositions et pistes de réflexion

- **Meilleure reconnaissance des professions, par une revalorisation salariale.**
 - Actuellement le diplôme des préparateurs en pharmacie hospitalière n'est pas reconnu comme un niveau d'étude BAC+3.
 - La spécialisation des infirmières peut être un frein à l'embauche. Réflexion sur **l'instauration de quotas dans les services dédiés sur le nombre d'IDE spécialisées**. Sinon recours à des infirmières non-spécialisées pour le même poste.
 - Proposer une **évolution plus rapide** pour les IDE dont le salaire de départ est proche de 1500€

- Reconnaissance financière pour le personnel qui accepte des remplacements – les jours de récupération imposés ne sont pas attractifs
 - Encourager les CH à **limiter les CCD courts** en début de carrière, pour diminuer le manque de visibilité sur l'avenir.
 - **Dès la formation**, fidéliser les étudiants pour répondre au manque de personnel.
-
- **Faciliter les investissements** dans les locaux et **accélérer les démarches de restructuration** pour permettre au personnel de travailler dans des conditions correctes.
 - Permettre aux IDE de changer temporairement de service **pour se former à des nouvelles pratiques et/ou actualiser leurs connaissances et compétences** – l'inclure dans le plan de formation.
 - **Améliorer la visibilité sur les projets futurs des CH** (feuille de route de l'ARS) pour permettre au personnel de mieux anticiper les transformations à venir.

VISITE DE TERRAIN N°2 : LE CENTRE HÔPITALIER DE PONT-AUDEMER

Participants

- Madame Linda **DESCHAMPS**, infirmière en Médecine
- Madame Catherine **ROLLAND**, Agent d'accueil (service accueils, facturation, admissions)
- Madame Christine **LECESNE**, Aide soignante en EHPAD
- Madame Amélie **PLET**, cadre de santé EHPAD
- Monsieur Emmanuel **HEBERT**, Représentant du personnel
- Madame Séverine **CAMUS**, cadre de santé aux urgences
- Monsieur Nicolas **VILAIN**, directeur délégué du CH (en entretien après la table ronde)

Contexte

Le centre hospitalier de la Risle, à Pont-Audemer, a traversé des années difficiles entre 2003 et 2014, avec la fermeture et/ou la transformation de plusieurs services.

L'entrée du CH au GHT « Estuaire de la Seine », avec notamment le Centre Hospitalier du Havre, en 2016, a offert à l'établissement de nouvelles perspectives, avec, à titre d'exemple, la mise en place de consultations de spécialistes.

Depuis, un plateau technique en imagerie a été développé, avec l'installation d'une IRM et d'un scanner. Un projet de reconstruction est actuellement en cours de discussion, avec une échéance à 10 ans.

Attentes et constats

- Le CH de la Risle est une petite structure, qui accueille environ 450 salariés. Cela permet **une ambiance de travail « familiale »** où chacun connaît et reconnaît les compétences de l'autre.
- Le turn-over est assez faible.
- La crise sanitaire a touché l'établissement, avec la présence d'un cluster et 40 personnes parmi le personnel positives au Covid, plusieurs patients décédés dans les services.
- La mise en place des unités Covid a été très rapide, avec une forte solidarité du personnel. **La crise a renforcé la cohésion des équipes.**
- Les perspectives d'évolutions au sein de l'hôpital sont reconnues : chaque année, le personnel peut solliciter une évolution de carrière ASH - AS - IDE – cadre, mais ces évolutions sont limitées par la taille de l'établissement.
- **La VAE est accessible mais peu plébiscitée**, en raison de la lourdeur administrative des dossiers, et de la formation plus restreinte comparée à celle d'un IFAS par exemple.
- L'établissement arrive à fidéliser son personnel, une IDE pourra être titularisée au bout d'un an, 6 ans pour une AS.
- **Le GHT présente une offre plus diversifiée au territoire**, avec les consultations de spécialistes.
- **La rémunération n'est pas en phase avec le niveau de responsabilité** des professionnels, et les conditions de travail : travail de nuit, le week-end... les compensations ne sont pas à la hauteur de l'engagement du personnel soignant ET des fonctions supports.
- Le personnel regrette que les consignes de l'ARS durant la crise n'aient pas été plus fluides et synthétiques

Propositions et pistes de réflexion

- Revalorisation des salaires, pour **rendre les métiers plus attractifs et faciliter les recrutements**, éviter les fuites vers les professions libérales (cas des IDE) et à la hauteur des montées en responsabilité

- **Anticiper les investissements dans le bâti pour rendre l'hôpital plus accueillant et plus humain** (cas de l'EHPAD notamment).
- Travailler sur les grilles salariales de la fonction publique hospitalière.
- Revoir la façon de communiquer avec l'ARS pour gagner en fluidité et en efficacité

AUTRES RENCONTRES : LES INFIRMIÈRES DE BLOC OPÉRATOIRE (IBODE)

Participants

- Mme Manuela BRODIN : Association des Infirmier(e)s de Bloc Opératoire de Normandie (ASIBONOR)
- Mme Pascale BOUILLARD : ASIBONOR

Attentes et constats

- **La spécialité d'infirmier(e) de bloc opératoire est mal reconnue.** La formation se déroule sur une période de 18 mois au cours de la carrière, afin d'acquérir des gestes spécifiques, mais la reconnaissance salariale n'est pas au rendez-vous.
- **Des infirmier(e)s non-spécialisées** obtiennent souvent des dérogations pour prendre la place des IBODES malgré les risques engendrés.

Propositions et pistes de réflexion

- **Revoir la grille salariale des IBODES** pour revaloriser le métier, et le rendre plus attractif.
- Permettre un meilleur accès aux formations.
- **Revoir l'ingénierie du diplôme** afin de permettre la validation des acquis et limiter les temps de formation aux compétences à acquérir.

**MARIE
TAMARELLE-
VERHAEGHE**
DÉPUTÉE DE L'EURE

16 place Louis Gillain, 27500 Pont-Audemer
marie.tamarelle@assemblee-nationale.fr
02.27.36.77.26

