



Propositions du Collectif Inter-Hôpitaux concernant la santé et l'hôpital public

L'hôpital public repose sur les équipes de soins travaillant au sein des services. La qualité des soins suppose des équipes comprenant des **professionnels formés** et **suffisamment nombreux**, agissant de façon coordonnée avec les professionnels intervenant en amont et en aval dans le parcours de soin des patients.

- Les équipes de soins doivent mettre en œuvre **un projet de service** ayant été **adopté par l'équipe** et **validé par la communauté soignante** de l'hôpital.

- Il faut que les établissements fixent des **quotas de personnels nécessaires dans chaque unité de soin** pour assurer la sécurité et la qualité, en accord avec les responsables médicaux et paramédicaux des services.

- Pour respecter les quotas, **les absences doivent être systématiquement remplacées**. Il faut donc **recruter 120% des effectifs cibles** d'un service pour compenser arrêts de travail, congés maternité, formations.

- L'infirmier doit être intégré dans l'équipe de soin d'un service, **la polyvalence doit être sur la base du volontariat**. Les soignants doivent avoir des **horaires de travail réguliers**. Il faut revenir aux organisations de base en 8h journalières, autoriser des schémas horaires souples quand encadrement et soignants sont d'accord (en 10h, en 12h).

Les rémunérations des soignants hospitaliers, médecins comme non médecins, rapportées au salaire médian du pays doivent être au moins égales à la moyenne des pays de l'OCDE et revalorisés à hauteur de celles des pays voisins pour éviter la fuite des soignants.

- Des **compléments de salaire** doivent compenser les inégalités du coût de la vie, et en particulier du logement, **selon les territoires**.

- La rémunération de la **permanence des soins** pour les personnels soignants (gardes, astreintes, consultations en soirée et le week-end) doit être **revalorisée**.

Un plan de formation et d'attractivité doit permettre de recruter dans les années à venir 100 000 infirmiers.

- Il faut **augmenter le nombre d'instituts de formation**, le nombre de formateurs et le nombre de places dans ces instituts.

- **L'encadrement des étudiants lors de leurs stages hospitaliers doit être valorisé et pris en compte dans l'évaluation de la charge de travail.**

- Il faut une **progression de qualification et de salaire** au cours de la carrière des PNM avec une réelle valorisation des compétences.

- **Il faut étendre l'accès au statut d'infirmières de pratique avancée (IPA) dans toutes les disciplines** sur la base des acquis d'expérience et de formation avec trois domaines de compétences : de technicité, de suivi et d'éducation, et de coordination. A ce statut doit correspondre une **juste revalorisation salariale**. Il convient de **financer la création des nouveaux postes** nécessaires à ces nouvelles activités.

L'organisation interne de l'hôpital doit être décidée avec l'accord des équipes de soins dans une gouvernance partagée.

- **Tous les acteurs de l'hôpital (soignants et usagers) doivent être associés aux décisions.** Pas de projet sans **information et dialogue** contradictoire avec ceux qu'il concerne. Pas de mise en œuvre du projet sans retour sur le terrain après quelques mois.

- **Les représentants des patients doivent participer aux décisions** concernant l'organisation de l'hôpital. Les patients ont un rôle particulier à jouer pour évaluer l'accueil et la qualité des soins. Le résultat de ces évaluations doit être rendu public et facilement accessible.

La permanence des soins et les consultations sans rendez-vous doivent être organisées dans chaque territoire de santé par contrats entre les médecins traitants et les établissements de santé.

- **La participation à la permanence des soins doit redevenir une obligation pour les médecins traitants.**

- Le projet de santé des établissements doit s'inscrire dans un **projet territorial de santé** partagé entre tous les acteurs agissant en complémentarité et non en concurrence.

- Il ne doit **pas y avoir de concurrence salariale entre les établissements** participant au service public dans un même territoire.

Les soins de premier recours en ville et l'hospitalisation doivent être pris en charge à 100% par la Sécurité sociale grâce à la suppression du ticket modérateur de 20% à l'hôpital et de 30% en ville. Les sommes correspondantes doivent être transférées des mutuelles vers la Sécurité sociale.

Il faut réorganiser les postes administratifs pour diminuer les strates et remettre des non soignants (secrétaires, logisticiens...) en support des soignants pour diminuer leurs tâches administratives.

- **Les postes administratifs qui ne sont pas au service du soin ou de la recherche doivent être supprimés.**

La tarification à l'activité (T2A) doit être limitée aux activités standardisées ou programmées uniformes.

- Ces tarifs doivent refléter le coût moyen de chacune de ces activités.

- Le financement des autres activités doit se faire par une **dotation cogérée par les soignants et les gestionnaires**. Cette dotation annuelle doit évoluer en fonction de critères simples d'activité (file active, nombre de nouveaux patients, degré de gravité, niveau de précarité).

L'ONDAM (le budget de la santé) voté par l'Assemblée Nationale ne doit plus être un budget fermé mais doit redevenir un objectif.

- Arrêt de la réserve systématique et de la pratique actuelle du rabout avec une diminution automatique du montant des financements quand l'activité augmente.

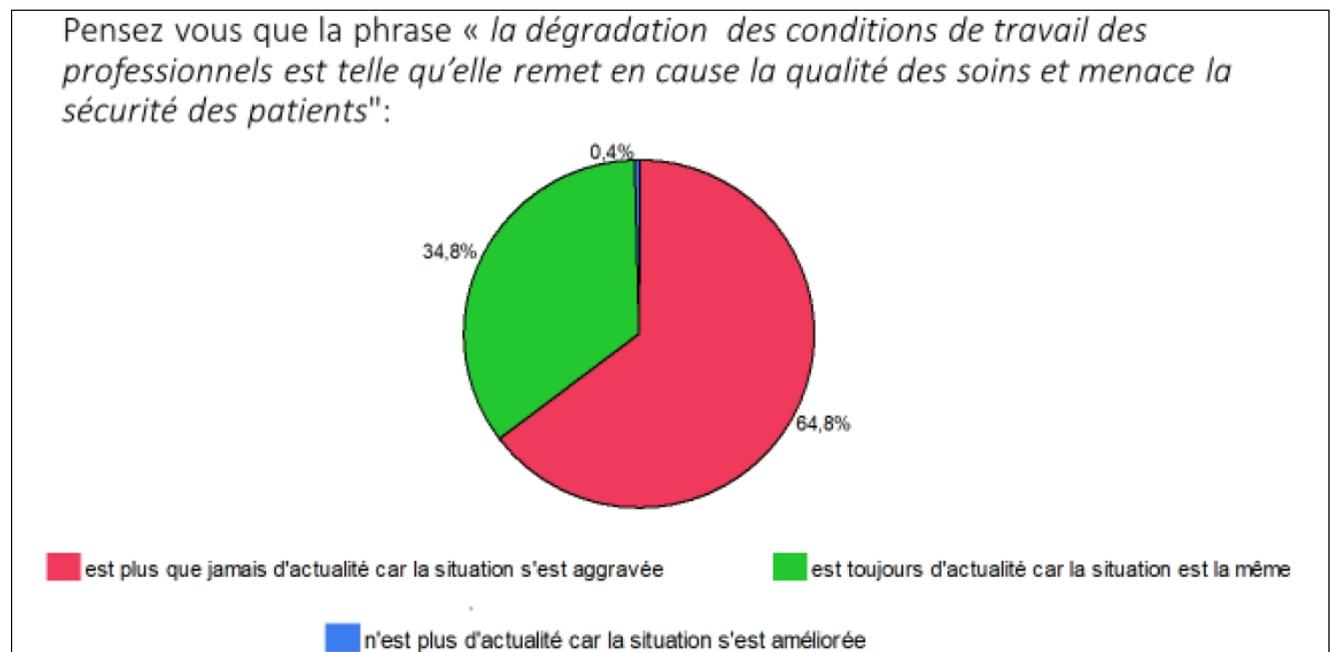
- La régulation a posteriori suppose le développement d'une véritable politique pour l'amélioration de la pertinence des soins selon le principe du « **juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité** ». Cette politique doit être décidée en concertation avec les professionnels et les usagers sur la base des recommandations médicales et des données massives de santé fournies par les hôpitaux, la médecine de ville et la Sécurité sociale.

- Une évaluation transparente des actes, des traitements et des prises en charge remboursés par la Sécurité Sociale, doit être portée à la connaissance des professionnels et des usagers.

Il y a deux ans, l'hôpital ne connaissait pas le covid, mais connaissait déjà la crise. Mille chefs de service et de structures démissionnaient de leurs fonctions administratives en janvier 2020, pour révéler à la population ce qui se passait à l'intérieur de l'hôpital public. Pour que ces responsables osent sortir de leur devoir de réserve, osent se confronter à l'autorité gestionnaire toute puissante, c'est que la situation était devenue intenable. Le constat était déjà accablant. La pression financière de la tarification « aux séjours », l'obsession absurde de l'équilibre recettes/dépenses, dans un système au budget fermé et insuffisant, avaient conduit à une perte de sens des métiers du soin, et à une détérioration jamais vue des conditions de travail. Le désespoir était grand. L'attente était immense. Les équipes se sont pourtant jetées à corps perdu dans la vague covid, puis se sont accrochées à l'espoir du Ségur. Le résultat, vous le connaissez. Il est à la hauteur de la déception : des milliers de postes vacants, de lits et de blocs opératoires fermés.

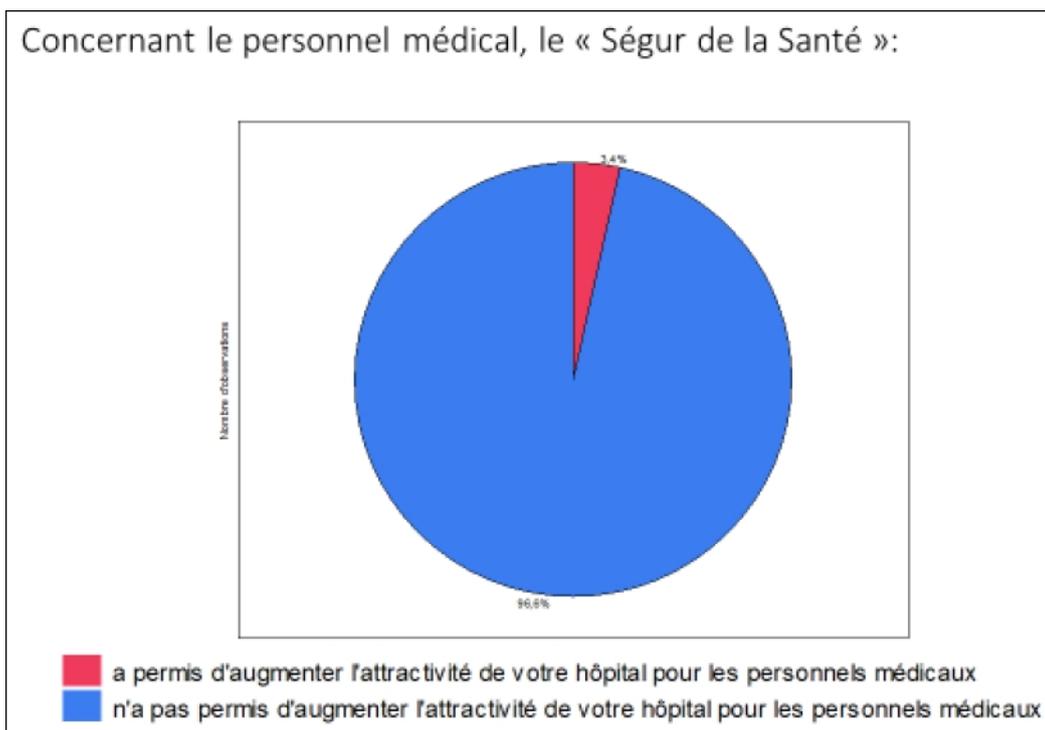
Nous avons voulu savoir quelle était la perception de ces collègues démissionnaires deux ans plus tard. Ils sont de tout le territoire français. Ils travaillent dans des centres hospitaliers généraux (30%) ou dans des CHU (70%). Ils sont de toutes spécialités, médicales ou chirurgicales.

487 ont répondu à notre questionnaire. Les résultats chiffrés sont édifiants.



Est toujours d'actualité car la situation est la même : 35%

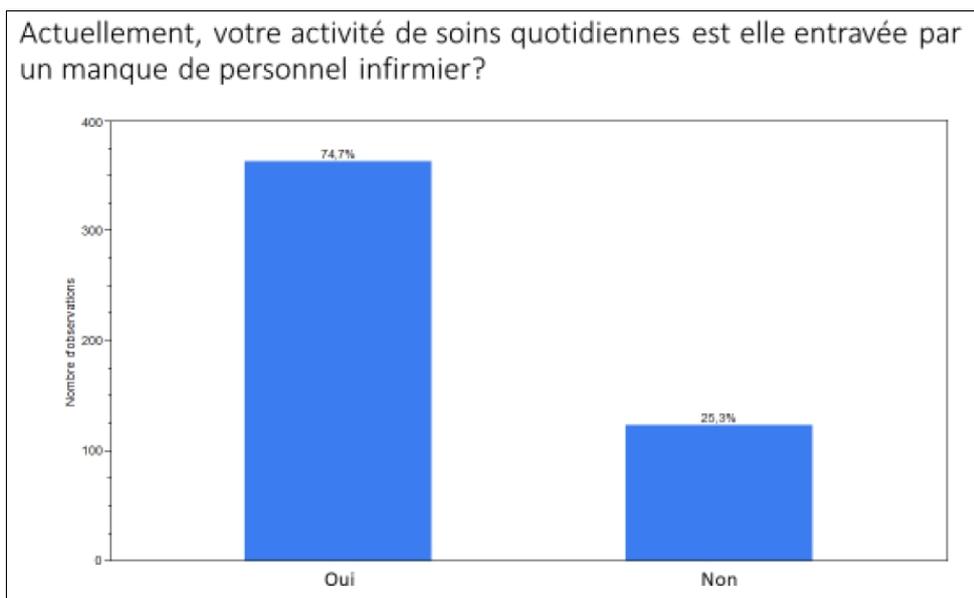
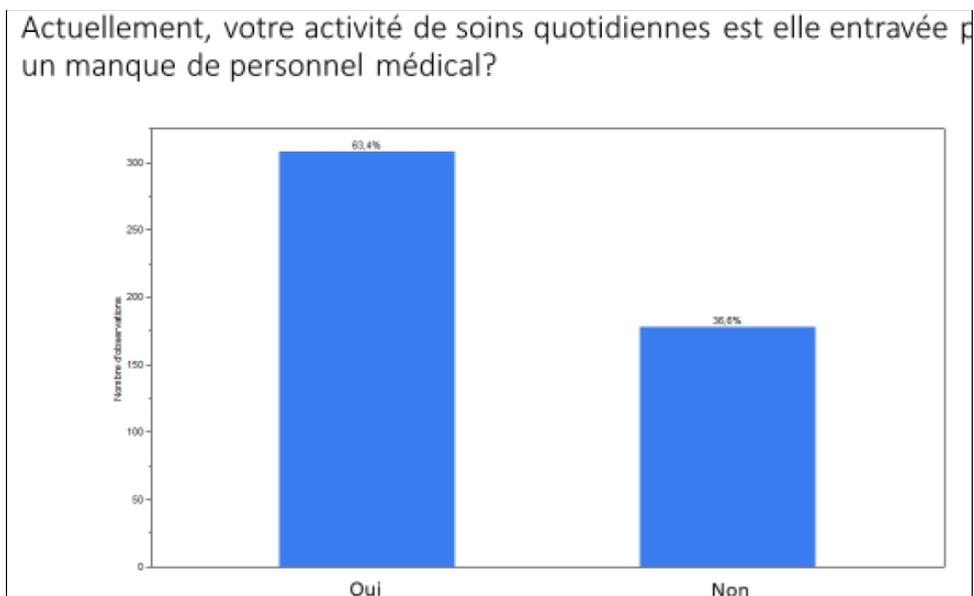
Est plus que jamais d'actualité car la situation s'est aggravée : 65%



Le Ségur de la santé n'a pas permis d'augmenter l'attractivité de l'hôpital pour les médecins : 97%



Le Ségur de la santé n'a pas permis d'augmenter l'attractivité de l'hôpital pour le personnel non médical : 95%



Actuellement l'activité de soins quotidienne est entravée par un manque de personnel médical (pour 63%) et un manque de personnel infirmier (pour 75%)

L'activité des blocs opératoires est entravée par un manque de personnel dans 25% des cas.

Le questionnaire permettait aussi aux médecins de faire des commentaires. Je vous en lis quelques-uns.

« Désespéré par la situation de l'hôpital encore plus après l'épreuve du Covid, j'ai décidé de faire valoir par anticipation mes droits à la retraite »

« J'ai répondu à cette enquête car je conteste un Ségur qui n'en a que le nom, illustrant la politique de communication actuelle alors que l'H s'écroule sur le terrain. Aucun problème de fond n'a été réglé. »

« ARRETEZ LE DESASTRE ! »

« Dès la fin de la crise covid, retour des pressions administratives »

« Management dictatorial de la direction et de l'encadrement. Epuisement des équipes »

« Sans réaction, la mort de l'hôpital public est programmée... »

« C'est dur !!! »

« Absence totale de respect et d'écoute des directions administratives »

« Plus le temps...plus d'énergie pour protester... »

« En burn-out depuis 2 ans suite à la dégradation des conditions de travail »

« Je suis désabusée ; je n'arrive plus à croire que les choses peuvent changer; j'envisage fortement de me désengager de l'hôpital »

« A chaque fois que nous avons pensé touché le fond, nous nous sommes rendus compte que ce n'était pas le cas. Quand cela cessera-t-il enfin? »

« On continue à bien faire notre métier mais c'est un travail d'équilibre qui est de plus en plus difficile »

« L'hôpital public est proche de l'effondrement »

« Après le covid nous retournons aux reflexes financiers d'avant. Faire plus à moyens constants. Tout ce qui n'est pas codé est sans intérêt ».

« Je trouve juste le courage de faire face au quotidien, j'essaie de soutenir les collègues, et de maintenir du lien et de la solidarité entre nous, surtout auprès des plus jeunes »

« On en marre »

« On n'a plus envie de se battre »

Attractivité :

Bonjour, je suis Anne Solet Infirmière DE depuis 2000, j'exerce en soins intensifs d'hématologie depuis 14 ans.

A ce jour, la situation pour nous les soignants est très anxiogène car on sait à quelle heure notre journée débute mais jamais à quelle heure elle se terminera ni s'il ne faudra pas en plus faire des heures supplémentaires car il n'y a pas de relève.... Des tâches administratives, du brancardage, du ménage ou même agent de sécurité pour gérer les conflits avec les familles....

A notre arrivée dans l'établissement, nous découvrons notre lieu d'affectation qui n'est pas toujours un service dans lequel nous maîtrisons les thérapeutiques et ses surveillances, ce qui met en danger les patients et nous met en situation inconfortable.

Les déplacements sont très souvent le fait d'arrêt maladie, maternité, et accidents de travail.

La stratégie actuelle est de pallier les déficits de personnels en payant une fortune des intérimaires non formés au détriment du personnel actuel peu valorisé.

Le CIH propose :

- que la polyvalence des infirmières ne se fasse que sur la base du volontariat.

- de respecter des horaires de travail réguliers

- que des ratios de soignants par patient soient définis par les équipes médicales et non médicales de chaque unité en fonction des spécificités de leur activité de soins

- des embauches suffisantes permettant de pallier tous types d'arrêts tout en maintenant qualité et sécurité des soins. Il convient donc de recruter 120% des effectifs cibles.

Formation :

Bonjour, je me présente Olivier Costa, aide-soignant depuis 2012 à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, actuellement en poste de secrétaire hospitalier aux Urgences Cérébro-Vasculaires.

Je vais aborder avec vous le sujet de la formation et de l'attractivité.

Pour commencer je vais vous parler de la situation comme nous la ressentons.... !!

L'accès à la formation en école d'infirmier est devenu trop difficile et peu attractive :

Pour ceux qui réussissent le concours d'entrée, il faut ensuite faire une demande de financement par l'hôpital, et là, il y a très peu de dossiers acceptés. Impossible de faire 3 ans d'études sans financement. Cette incertitude décourage les candidats qui finissent par abandonner le projet tout simplement alors que nous manquons d'infirmiers.

Nous recevons de temps en temps des bulletins d'info nous proposant 10 postes dans tel ou tel métier pour des milliers de candidats ce qui est vraiment peu encourageant.

Donc des soignants stagnent à leur poste alors qu'ils ont acquis les qualités et la motivation pour entrer en école de soins infirmiers et c'est triste de voir ça!

Le métier d'infirmiers et d'aide soignants fait rêver beaucoup de nos jeunes : il faut leur donner l'envie de rejoindre l'hôpital public et IL NE FAUT PAS LES DECEVOIR pendant leur formation.

Les infirmières en charge des étudiants demandent plus de temps pour accompagner, former et transmettre leur savoir-faire et leur expérience pratique. Par exemple : utiliser un pousse seringue, régler des machines complexes de surveillances, comment réagir face à une situation complexe (et on en rencontre tous les jours).

Les propositions du CIH sont :

- d'augmenter le nombre d'instituts de formation en soins infirmiers, le nombre de formateurs et le nombre de places dans ces instituts.

- que l'encadrement des étudiants lors de leurs stages hospitaliers soit valorisé et pris en compte dans l'évaluation de la charge de travail. Il faut que les infirmières formatrices aient une reconnaissance pour ce travail et qu'il soit pris en compte pour l'évaluation du ratio de soignants nécessaires

La formation des étudiants ne doit plus être une tâche supplémentaire ajoutée à leurs longues journées.... La formation est un vrai objectif de l'hôpital public

- enfin, il faut étendre l'accès au statut d'infirmières de pratique avancée (IPA) dans toutes les disciplines sur la base des acquis d'expérience et de formation. A ce statut, doit correspondre une juste revalorisation salariale. Il convient de financer la création des nouveaux postes nécessaires à ces nouvelles activités.

Gouvernance :

Mon nom est Laurence Gembara, je suis praticien hospitalier, psychiatre des hôpitaux au CHU de Clermont-Ferrand, mais j'ai également exercé durant 21 ans dans un hôpital périphérique.

Aujourd'hui, partout en France, des unités de soins ferment faute de soignants, faute de médecins : dans l'hôpital où j'exerce, une unité de 20 lits a fermé, il y a quelques mois, au départ de son médecin ; aucun volontaire pour prendre sa suite parmi les jeunes psychiatres récemment diplômés. Il y a peu d'années encore, on aurait dû faire un choix parmi plusieurs candidatures.

Les effectifs soignants sont tombés au plus bas : la moindre absence tourne au casse-tête pour le cadre de santé, qui doit « boucher les trous » du planning en réquisitionnant les soignants des unités voisines, devenus malgré eux polyvalents : nous avons vu récemment une infirmière chevronnée en psychiatrie de la personne âgée devoir remplacer au pied levé, et seule infirmière en poste, dans le service accueillant les patients toxicomanes. De tels exemples sont légion, et dans toutes les disciplines : quand le soignant ainsi

parachuté essaie de faire valoir qu'il n'a aucune expérience dans la spécialité, il s'entend répondre « mais vous êtes infirmier(e) ! ».

Pour qui connaît le terrain du soin, cette affirmation revient à nier la réalité de l'expérience acquise par les soignants, expérience qui, au-delà du diplôme, est faite du compagnonnage stable avec les plus expérimentés. Aujourd'hui, dans de nombreux services, il n'y a plus d'infirmiers expérimentés, ils ont quitté l'hôpital et parfois changé de métier. Ne restent que de jeunes recrues, sans appui, tétanisées par leur inexpérience, fragilisées par un baptême du feu vécu souvent sans accompagnement et de ce fait, déjà décidées à s'en aller.

L'équipe soignante n'est plus ni stable, ni structurée, ni solidaire : dans bien des services, l'équipe soignante n'est plus un collectif de travail, mais une somme de prestataires du soin, tentant chacun d'accomplir sa tâche en évitant le pire, et en comptant le moins possible sur ses collègues.

Isolement, peur de l'erreur, perte de l'estime de soi, deshumanisation, burn out, fuite.

Regardons les choses en face : qu'ils soient infirmiers, aides-soignants ou médecins, les jeunes diplômés se projettent aujourd'hui **partout ailleurs** mais pas à l'hôpital public.

On a pu espérer un temps que le Ségur de la Santé, prenant acte du malaise des soignants, médecins ou non médecins, parviendrait à endiguer cette hémorragie. Le constat d'aujourd'hui est sans appel : il montre que le Ségur, à cet égard, est un échec.

L'expérience de terrain du collectif inter hôpitaux lui permet de formuler quelques propositions susceptibles d'enrayer la défection des soignants :

En premier lieu, la revalorisation salariale : au moins égale à la moyenne de l'OCDE, et à hauteur de celles des pays voisins pour éviter la fuite des soignants ; des compléments de salaire, pour compenser les inégalités du coût de la vie, particulièrement du logement, en fonction du territoire.

Deuxième proposition : la reconquête de la confiance des soignants dans l'institution hospitalière. Elle passe par la réhabilitation de l'équipe soignante à l'échelle du service hospitalier : l'hôpital public repose sur les équipes de soins travaillant au sein des services. Le projet de service doit être adopté par l'équipe et validé par la communauté soignante de l'hôpital. La qualité des soins exige des équipes comprenant des professionnels formés et suffisamment nombreux, travaillant avec les professionnels de l'amont et de l'aval du parcours de soins du patient. Pour que cette équipe redevienne collectif de travail, l'établissement doit respecter les quotas décidés, et garantir au soignant son intégration stable dans l'équipe.

Les tâches administratives, de courses, de codage, de reporting, doivent être confiées à des personnels de support, pour que la totalité du temps des soignants soit consacrée effectivement aux soins et aussi à l'encadrement des futurs diplômés.

Enfin, replacer le service hospitalier et son équipe pluridisciplinaire comme unité de base de l'hôpital nous rend parfois suspects de nostalgie pour l'époque du mandarinat. Eviter cet écueil exige en effet de repenser la gouvernance hospitalière : l'organisation interne de l'hôpital doit être élaborée dans une gouvernance partagée. Tous les acteurs de l'hôpital (soignants, usagers, gestionnaires, fonctions de support) doivent contribuer aux décisions.

Pas de projet sans information et dialogue contradictoire des personnels et usagers concernés.

Pas de mise en œuvre du projet sans retour sur le terrain après quelques mois.

Les patients ont un rôle central à jouer dans l'évaluation de l'accueil et de la qualité des soins, évaluation qui doit être rendue publique et facilement accessible.

Rendre l'hôpital public attractif pour les soignants, qu'ils soient infirmier, aide-soignant ou médecin, c'est leur rendre avant tout la capacité à penser les soins au sein d'un collectif de travail structuré, formé, stable, sécurisant, avec l'appui des gestionnaires et les retours des usagers.

Cette restauration de l'hôpital est aujourd'hui une urgence vitale : elle est subordonnée au retour de la confiance des personnels. Et donc à l'engagement formel des décideurs de leur garantir des conditions d'exercice en rapport avec leurs valeurs professionnelles.

Le couple ONDAM et T2A, étau de l'hôpital public

Dr Anca Nica, neurologue, CHU de Rennes

Je suis neurologue, depuis 2003 au CHU de Rennes, d'abord en formation et depuis 2007 en tant que praticien hospitalier.

Dans l'unité où je travaille la tarification à l'activité (T2A) s'applique en apparence de manière assez naturelle. Les actes et les séjours sont assez uniformes. Ils peuvent être codés et remplir les rapports d'activité du service.

La T2A prétend attribuer un tarif à chacune de ces activités, supposé correspondre aux moyens humains et techniques mis en œuvre. Mais certains de ces tarifs n'ont pas changé depuis 2005 : par exemple, pour les enregistrements EEG vidéo longue durée que nous faisons. En 17 ans les moyens techniques, l'analyse du signal enregistré et les exigences de sécurité ont largement augmenté, et le tarif est donc totalement déconnecté du coût réel.

Notre activité la plus spécialisée, c'est celle d'un centre tertiaire de chirurgie de l'épilepsie. Elle s'adresse aux patients qui ne sont pas suffisamment soulagés par le traitement médical.

C'est une activité hautement technique, qui nécessite du matériel de pointe et une équipe spécialisée. On a des infirmières et des techniciens formés à l'EEG-vidéo, des neurologues et des neurophysiologistes cliniciens formés à l'épilepsie, des neurochirurgiens formés à la neurochirurgie fonctionnelle, des anesthésistes, des neuropsychologues, psychiatres, psychologues, orthophonistes, des ingénieurs et des chercheurs en neurosciences. Notre

travail doit être parfaitement coordonné pour offrir la meilleure prise en charge à chaque patient, et chaque patient est différent. Il n'y a qu'une douzaine de centres de ce type en France, tous publics ou non lucratifs. Pourquoi est-ce le cas? Parce qu'un codage existe, mais, là encore, il est très loin du coût réel.

Le travail en équipe à l'hôpital d'ailleurs est une de ses forces, si ce n'est son fondement-même. C'est ce qui permet à chacun de se dépasser, mais quand le point de rupture est atteint, c'est aussi toute l'équipe qui s'écroule.

Il existe bien des **actes et activités standardisées**, c'est le cas des maladies aiguës simples et des certains gestes programmés comme une dialyse ou une chirurgie de cataracte. Pour ces actes, la T2A est un outil adapté **si le tarif est réaliste**.

Mais la T2A devient totalement **inadaptée** pour rendre compte des activités qui ne rentrent pas facilement dans des cases, comme la prise en charge des **poly-pathologies chroniques et des cas complexes**. La complexité peut venir de la sévérité de la maladie neurologique, de la synergie entre plusieurs maladies, des comorbidités, du contexte social, ou tout cela à la fois.

Les patients atteints de maladies neurologiques chroniques comme la sclérose en plaque ou les maladies neurodégénératives, sont très différents les uns des autres par leur maladie d'abord mais aussi par leurs besoins, par leurs particularités psychologiques et sociales. Ils n'ont **pas d'autre recours que l'hôpital public**, que ce soit pour un suivi programmé ou une urgence, même sans rapport avec la maladie chronique.

A l'heure d'une **médecine personnalisée**, des actes ou des séjours aussi normés sont une aberration. En 2005, 700 groupes de séjours supposés homogènes ont été imaginés, ce qui est déjà beaucoup. Mais les groupes étaient toujours trop hétérogènes et on a fini à en créer progressivement 2500, un nombre énorme et qui paraît arbitraire et toujours insuffisant pour plus de 10 000 pathologies qu'on prend en charge et qui se déclinent ensuite individuellement.

Les soins palliatifs sont également soumis à la T2A. Comment peut-on attribuer un tarif fixe à la prise en charge de la douleur physique et psychologique du patient et de ses proches ? C'est une absurdité.

La prise en charge sur plusieurs plans et au cours du temps, des maladies chroniques comme celle dont je m'occupe, illustre bien la nécessité de

changement : d'abord dans le sens de repenser l'**organisation du système**, non pas exclusivement en terme de soin mais de **santé, intégré et coordonné avec la médecine de ville**. Et aussi, c'est sur ce point que je vais poursuivre, l'impératif de **réformer le mode de financement de l'hôpital public**.

La T2A a été instaurée en 2004 pour financer l'activité de soin de l'hôpital public, c'est maintenant une grande part du financement qui assujetti l'hôpital public. Alors que l'hôpital public ne fait pas de sélection ni de patients ni d'activité.

En 2010, la T2A a encore évolué, d'une technique de financement en un outil de régulation dévastateur, en instaurant la **fluctuation des tarifs**. Elle ne vise plus à fixer le tarif le plus juste selon le coût réel de l'acte. Au contraire, elle adapte le tarif au nombre d'actes, pour faire entrer le volume dans un budget fixé, l'ONDAM, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Quand l'activité augmente, les tarifs baissent mécaniquement. Et en 10 ans, de 2008 à 2018, les tarifs ont baissé de 7% alors que l'activité a augmenté de 15%.

L'ONDAM : de 2010 à 2018 les dépenses de santé ont augmenté de 4,5% par an en moyenne, mais l'ONDAM seulement de 2,3%. C'est l'hôpital public qui a été la variable d'ajustement. Après le gel des salaires, une réserve prudentielle a même été mise en place après 2018, de 400 millions d'euros en moyenne par an, prise sur le budget hospitalier, et qui n'a jamais été reversée aux hôpitaux, servant à combler le dépassement du budget de la médecine de ville. Avec ce double étau, la dette des hôpitaux a triplé sur la même période. Par ce mécanisme, la dette de la branche santé de la Sécurité sociale a presque intégralement été transférée à l'hôpital public.

Dans ce système, on nous incite à produire des actes dits rentables pour l'hôpital, quitte à ce que ce soit l'inverse pour la Sécurité sociale et, in fine, pour la collectivité et parfois même pour les patients. Mais nous ne pouvons sélectionner les activités sur ce critère, ce qui serait d'ailleurs totalement contraire à notre engagement public. Au contraire, les activités complexes et dites peu rentables, nous incombent de fait.

Même au sein de l'hôpital public, la T2A induit une compétition délétère entre établissements. Nous sommes lassés de cette vision comptable du soin et des contradictions générées par ce système pervers de financement. Que faire quand la Sécurité sociale et l'hôpital public ont des intérêts divergents ? Les tâches administratives, dont le codage des patients pour la T2A, rognent le temps passé auprès des malades. On s'est perfectionné dans le codage

optimisé, c'est-à-dire parfois un surcodage habile ; on se sent parfois encouragé à faire un examen en plus pour une meilleure cotation. On a même embauché des codeurs professionnels externes qui relèvent ce qui est rentable d'une année sur l'autre selon les variations tarifaires de l'Etat. On a créé une machine infernale, qui génère une inflation administrative désastreuse et entraîne les soignants dans ce mouvement aboutissant à une terrible perte de sens. Et l'effort d'organisation et d'optimisation a ses limites, que nous avons atteintes.

Certaines activités n'existaient même pas pour la T2A avant la crise Covid. Exemple, la télémedecine. Un médecin peut passer du temps au téléphone avec son patient, pour essayer de régler une situation qui risquerait de l'amener aux urgences. C'est évidemment dans l'intérêt du patient, mais d'un point de vue comptable, ce temps médical n'est pas rentable alors qu'un acte à l'hôpital le serait. Avant le COVID, certains collègues étaient interpellés à ce sujet par la direction de leur hôpital. Mais remboursées à 100%, les téléconsultations sont passées de 5000/semaine avant le COVID à 500 000/semaine pendant le 1^{er} confinement. Pourtant nous n'avons pas passé 100 fois plus de temps au téléphone.

Enfin, le couple infernal T2A-ONDAM freine lourdement l'innovation. Les investissements ont baissé de 2008 à 2018, en passant de 11% à moins de 5% des recettes. Pour le moindre projet de soin, on nous demande un véritable « business plan », et une garantie de rentabilité à court terme, pour l'hôpital.

On va dans le mur, on est dans le mur. Ce système-là s'effondre, les équipes se délitent dans l'épuisement et la perte de sens de nos métiers, ils quittent l'hôpital public et on ne peut que les comprendre. Des services ferment, la lumière des Urgences clignote ou s'est éteint par endroits.

L'hôpital public tel qu'on l'a connu, l'hôpital public basé sur le principe de l'égalité d'accès aux soins de qualité pour tous, s'effondre.

Et pourtant, la destruction de l'hôpital public n'est pas une fatalité mais découle d'un choix politique. A l'heure des élections présidentielles, nous souhaitons plus que tout un **juste soin pour tous, au moindre coût pour la collectivité.**

Au sujet du financement de l'hôpital public, le CIH propose :

- que la **tarification à l'activité (T2A) soit limitée aux activités standardisées, programmées** et les tarifs doivent, alors, refléter le **véritable coût moyen** de

chacune de ces activités. Le financement des autres activités doit se faire par une **dotation annuelle cogérée par les soignants et les gestionnaires**. Cette dotation doit **évoluer** en fonction de critères simples d'activité (file active, nombre de nouveaux patients, degré de gravité, niveau de précarité).

- que **l'ONDAM** ne soit plus un budget contraint mais qu'il **redevienne un objectif**. La régulation a posteriori suppose le développement d'une véritable politique pour l'amélioration de la **pertinence des soins**. Cette politique doit être décidée en **concertation avec les professionnels et les usagers** sur la base des recommandations médicales et des données de santé fournies par les hôpitaux, la médecine de ville et la Sécurité sociale. Une **évaluation transparente** des actes, des traitements et des prises en charge remboursés par la Sécurité Sociale, doit être portée à la connaissance des professionnels et des usagers.

CONCLUSION

La question prégnante de ce début d'année 2022 est celle de la prise de conscience et de la prise de décision de nos gouvernants pour créer le choc de confiance à destinée des soignants qui n'a pas eu lieu. Nous payons actuellement l'effet retard de la 1ère vague de Mars 2020 qui a vu la mobilisation sans faille de l'hôpital public et la mise à disposition des services financiers logistiques et administratifs indispensables au soutien de l'action de soin. La désillusion qui a suivi est à l'origine de nombreux départs et l'état exsangue de nombreuses équipes de soins n'a pas permis, alors que le sens retrouvé au cours de ces 3 mois aurait pu le permettre, de créer ou de conforter des vocations nouvelles.

A cela rien d'inéluctable mais une urgence absolue : actionner TOUS les leviers pour un retour à l'attractivité des métiers du soin.

Un constat : Malgré des actions répétées depuis Avril 2019 (CIU) et Octobre 2019 (CIH), malgré les promesses du PR devant les caméras le 27 février 2020 à la Salpêtrière puis lors de son discours de Mulhouse de Mars 2020, malgré la lettre au PR émanant de 2800 médecins de l'APHP début décembre 2021 et la rencontre d'une délégation médicale de l'APHP avec des conseillers du Président, RIEN n'a fondamentalement changé.

En effet, le « Ségur de la santé », oscillant entre habilité et contre-vérités, n'a été finalement qu'un simulacre de solutions. D'ailleurs, lors du discours d'installation de cette « grande messe », le premier ministre n'avait pas prononcé les mots « hôpital public ». Las, même les mesures salariales, pourtant jugées insuffisantes, semblent, au dire des directeurs d'hôpitaux, non budgétées ou ce qui revient au même dépendantes de l'activité T2A impossible à atteindre dans les conditions actuelles de ressources humaines.

La crise de recrutement majeure que subit l'hôpital public est-elle due à un « vivier » de soignants insuffisant ou à une crise de confiance vis-à-vis de ceux qui promettent sans agir ?

Le collectif de soignants et d'usagers qui ne veulent pas se résoudre à la destruction en cours de l'hôpital public considèrent :

1. Que la crise de l'hôpital doit occuper une place centrale dans la campagne présidentielle, au même titre que la crise du pouvoir d'achat

2. Que l'ensemble de nos concitoyens doit soutenir en opinion mais aussi en action un combat que nous n'avons pas le droit de perdre

Le retard pris actuellement dans la mise en œuvre de solutions opérationnelles se traduit par des morts évitables, des retards de diagnostic et de traitement, une aggravation de la déshumanisation du soin. Cette réalité est difficile à supporter et à faire connaître mais nous en avons des illustrations tous les jours.

Rappelons-nous que, dans un pays où les inégalités ne cessent de progresser, sauvegarder un accès aux soins de qualité pour tous c'est tout à la fois œuvrer pour le maintien d'une cohésion sociale et assumer un devoir moral intransgressable.

Rejoignez la minute de silence, tous les vendredis, devant votre hôpital public

Partout en France, dans les hôpitaux publics, des milliers de lits sont fermés, des services d'urgences cessent de fonctionner, ponctuellement ou jusqu'à nouvel ordre, des blocs opératoires sont à l'arrêt.

Cela se traduit concrètement pour la population par une dégradation de l'accès aux soins : délais de prise en charge en urgence qui augmentent, reports d'hospitalisations programmées pour bilan avec retard dans le diagnostic et le traitement de maladies graves, reports d'interventions chirurgicales pour cancer, adolescents suicidaires renvoyés à domicile ou hospitalisés en service d'adultes...

Le Collectif Inter-Hôpitaux dénonce cette situation depuis l'automne 2019 et pourtant, le bilan est terrible : alors que l'hôpital public s'effondre, il ne fait pas partie des sujets majeurs de la campagne présidentielle.

Le Collectif Inter-Hôpitaux et ses membres prennent part depuis le début de l'année 2022 aux rassemblements consistant à marquer une minute de silence devant la mort programmée de l'hôpital public.

Cette minute de silence se tiendra devant plus d'une cinquantaine d'hôpitaux généraux et psychiatriques demain vendredi 04 février 2022 et dans les prochaines semaines.

(https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1u1U1ik6s_ne2moCDhik61tYMiURpVzG&ll=45.953884900706576%2C1.2532109534953673&z=8)

Le Collectif Inter-Hôpitaux appelle les personnels hospitaliers à se joindre à cette minute de silence.

Le CIH appelle les usagers de l'hôpital public et plus largement les citoyens préoccupés par l'avenir de l'hôpital public à les rejoindre pour exprimer leur soutien.

