

SÉCURITÉ DE LA SANTÉ

LA CONTRIBUTION DE L'UNSA

Synthèse des propositions



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, 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 pour les personnels mais également pour la population. C'est dans cette optique que s'inscrit la contribution de l'UNSA et de sa fédération UNSA Santé Sociaux.

Au-delà des propositions qui suivent pour chacun des 4 piliers, les défis qui s'annoncent ne doivent pas faire oublier que la France privilégie beaucoup trop le curatif au détriment du préventif.

Il s'agira donc dans un avenir proche de construire ce changement de paradigme et de faire évoluer les mentalités des professionnels, mais également de la population. Ce changement doit induire une révision de l'approche pédagogique dispensée aux futurs professionnels, de la formation pour les personnels en place, mais également de redéfinir les modes de communication auprès de la population. Enfin et surtout, il s'agira d'y consacrer des 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.

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, et les personnels devront retrouver rapidement des conditions de travail à la hauteur de leur investissement. Ces conditions sont 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.



SÉCUR DE LA SANTÉ

Les propositions de l'UNSA



Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Revaloriser ceux qui soignent

Mesures immédiates

- Augmentation salariale de 300 euros nets mensuels par agent pour l'ensemble des personnels de la FPH
- 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.
- Revalorisation de la monétisation des jours épargnés CET
- Paiement des heures supplémentaires ou récupération au choix de l'agent
- Recrutement immédiat de professionnels supplémentaires pour les EHPAD et mise en place d'un plan de formation pluridisciplinaire

Mesures dans le cadre d'un accord avec réalisation dès 2021

- Simplification et refonte des grilles salariales en alignant les niveaux de rémunérations pour l'ensemble des professionnels de la FPH sur les meilleurs niveaux européens
- Bénéficier d'une carrière linéaire pour l'ensemble des grades sans augmentation de la durée de carrière
- Simplifier et revaloriser le régime indemnitaire. Intégrer la prime spécifique des aides-soignantes,
- la prime paramédicale et l'indemnité de sujétion spéciale dans le traitement indiciaire
- Passage des aides-soignantes en catégoriel B Nes dans le sanitaire, le social et le médico-social

- Exercice d'un nouveau droit d'option (passage en cat A) pour les infirmiers restés en B Nes
- Entreprendre et terminer la réingénierie des métiers de diététiciens, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, cadres paramédicaux. Acheter celles en cours (AS-AP ; IBODE ; IPDE).

Transformer les métiers - Agir sur l'organisation hospitalière

Mesures dans le cadre d'un accord à mettre en œuvre dès 2021

- Définir des ratios opposables de personnel soignant, permettant les remplacements des absences de tout type (raisons de santé, formation, ASA ; ...)
- Application dans le secteur médico-social des ratios recommandés dans les différents rapports pour aboutir au ratio de 1 soignant pour 1 résident
- Remettre le service, avec son projet medico-soignant, au cœur de l'organisation hospitalière
- 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
- Réinstaurer une bonification de 12 mois pour l'avancement d'échelon en fonction de l'évaluation professionnelle de l'agent
- Réaffirmer la place du dialogue social national dont la déclinaison au niveau local doit se faire au plus proche du terrain, à l'échelle de l'établissement
- Conserver à titre dérogatoire les CHSCT dans la FPH jusqu'à inversion des courbes d'accidentologie et de survenue des maladies professionnelles
- Faire le bilan des premiers déploiements d'Infirmiers(ières) de pratique avancée. S'il est positif, former des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée dans la Fonction Publique Hospitalière notamment en médecine du travail et pour d'autres métiers paramédicaux (MERM, ...).

SÉCUR DE LA SANTÉ

Les propositions de l'UNSA



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

Imaginer des modes de financement basés sur les besoins

- Financer le fonctionnement sur la base de besoins réels : aujourd'hui le financement de l'hôpital (notamment) est encadré par l'ONDAM. Or cette enveloppe budgétaire contrainte est avant tout un outil de maîtrise des dépenses publiques en matière de santé et ne prend donc pas en compte les besoins réels. Cette logique comptable contraint l'hôpital à faire toujours plus d'économies et participe fortement à sa dégradation. Il faut donc partir des besoins réels pour fixer les budgets nécessaires et notamment en termes de fonctionnement (personnel, locaux, etc.).
- La Tarification à l'activité (T2A) ne peut rester le seul mode de rémunération de l'activité hospitalière : ce système de financement a engendré des dérives inacceptables et notamment celle de la course à la rentabilité. Certains acteurs (notamment le privé lucratif) ont ainsi totalement abandonné les activités non rentables pour les laisser à la charge de l'hôpital public et/ou du privé non lucratif. Ce phénomène a des conséquences sur l'accès aux soins mais également sur le niveau de financement des établissements. L'ensemble des activités (ex : éducation à la santé, prévention, prise en charge des publics complexes, etc.) doit être pris en compte et rémunéré à sa juste valeur.
- Un financement des MIGAC et activités forfaitisées à hauteur de leur coût réel : afin d'assurer le bon fonctionnement de l'hôpital, là encore les financements doivent être à la hauteur des besoins réels et pouvoir bénéficier des revalorisations nécessaires.
- Mieux financer la qualité et la pertinence des soins : sortir du tout T2A implique de diversifier les modes de financement. De plus, la qualité et la pertinence des soins doivent permettre une

meilleure gestion des dépenses de santé, mais également de meilleurs parcours de soins pour les patients. Leur rémunération apparaît donc comme essentielle. Non limitatif à l'hôpital, ce mode de financement doit pousser les professionnels de santé à une obligation de résultats plus ancrée dans leurs pratiques qu'elle ne l'est actuellement.

- Financer l'investissement pour un avenir innovant et de qualité : les déficits chroniques de l'hôpital public poussent à réaliser des économies sur l'investissement. Cette politique est dangereuse pour l'avenir de la santé et pour la France (retard en matière d'innovation, équipements vieillissants, dépendance envers d'autres pays, etc.).
- Reprise totale de la dette des hôpitaux : La reprise de dette annoncée fin 2019 (portée par la CADES) ne représente qu'un tiers de la dette totale (10 Md€ sur 33Mds €). Cette dette, issue d'un sous-financement chronique de l'hôpital, doit être reprise par l'État car issue de décisions politiques. Cette reprise aurait le mérite de remettre à flot les établissements et de repartir, dans le cadre des réformes à venir, sur des bases saines.

SÉCURITÉ DE LA SANTÉ

Les propositions de l'UNSA



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

Le service, au centre de l'organisation hospitalière

- Le service doit redevenir le lieu où le projet médico-soignant trouve sa cohérence.
- Le service doit assurer la gestion courante des ressources humaines. Ces dernières doivent être en adéquation avec les besoins réels.
- Le recours à un management de proximité, accessible et centré sur l'organisation de l'unité de soins doit devenir une norme incontournable.
- Mise en place d'un ratio opposable de personnels intégrant les besoins de remplacement (absences pour raisons de santé - formation - ASA de tout type,) dans les services avec une obligation de s'y tenir. Concernant les fonctions managériales, application du ratio 1/20.
- Mise en place d'une délégation de gestion pour le chef de service et le cadre supérieur, notamment en matière de dépenses courantes, de gestion des ressources humaines, et d'organisation des soins.

Managements - Organisation

- Mise en place d'une politique managériale où les missions et les responsabilités des encadrants doivent être définies et lisibles pour tous.
- Augmentation du nombre de postes de cadres de santé et de cadres supérieurs en santé notamment pour offrir des perspectives d'évolution des carrières.
- Retour des conseils de services afin de favoriser le dialogue social de proximité nécessitant une réelle définition de leur structuration et de leurs responsabilités.

- Contractualisation du fonctionnement et de l'organisation interne du Pôle. Cette contractualisation devra être soumise aux instances représentatives du personnel
- Recentrage des GHT sur leur rôle de coordination de l'offre de soins sur les territoires avec une possibilité d'ouverture au secteur libéral et aux établissements privés.

Rôle des instances

- La CME et la CSIRMT doivent pouvoir pleinement exercer leur rôle de conseil et de recommandation en matière d'organisation et de qualité des soins. Cependant, elles ne peuvent en aucun cas se prévaloir d'une quelconque représentativité des personnels.
- Le fonctionnement du Directoire, et les décisions qui y sont prises doivent être largement diffusés.
- Amélioration du rôle des CTE en renforçant considérablement la portée de l'avis unanimement négatif qui doit entraîner l'obligation d'ouverture de négociations avant toute nouvelle présentation.
- Avis positif préalable des instances avant mise en œuvre des projets d'association et/ou de fusion au sein des GHT.

Prévention des risques professionnels

- La prévention des risques professionnels doit revenir au cœur des préoccupations en y dédiant des ressources humaines spécifiques au plus près des lieux de travail.
- Mise en place d'une instance de pilotage de la politique de prévention des risques professionnels disposant de moyens de contrôle et d'action.
- Maintien des pouvoirs et des prérogatives des CHS-CT et conserver à titre dérogatoire les CHSCT dans la FPH notamment jusqu'à inversion des courbes d'accidentologie et de survenue des maladies professionnelles.

Système d'information hospitalier

- Mise en place d'un système d'information hospitalier national commun assurant la compatibilité et l'interopérabilité avec l'ensemble des autres systèmes et ce en dehors de toute ingérence des GAFAM.

SÉGUR DE LA SANTÉ

Les propositions de l'UNSA



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

Le patient au cœur du système

Accompagner tout au long du parcours de soins

- Strict respect de la loi du 4 mars 2002 et notamment de la totale information du patient.
- Choix du traitement « partagé » entre le patient et le(s) professionnel(s) de santé.
- Accompagnement et prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins.
- Coordination du médecin traitant, conseil et du travail afin de limiter la désinsertion professionnelle.

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

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

- Déployer au plus vite les Services d'accès aux soins (SAS) pour assurer l'accès au soin pour les urgences non vitales, décharger le SAMU (y compris dans la régulation téléphonique) et les services d'urgences des hôpitaux.
- Développer une meilleure coopération entre l'ensemble des acteurs en répartissant les soins en fonction du niveau de recours et de compétences de chacun des acteurs.
- Développer une meilleure coopération dans les territoires.
- Assurer la permanence des soins urgents non vitaux 7j/7 et 24h/24 par une intervention de la médecine de ville.

L'Assurance Maladie au service de ses assurés

- Mise en place par l'Assurance Maladie d'une plateforme téléphonique dédiée à l'orientation en ville des demandes non urgentes afin de répondre aux besoins des patients qui n'ont pas accès à un médecin traitant ou des difficultés d'accès à un spécialiste.

La place du numérique

- Aller plus loin dans le développement de la téléconsultation et de la téléexpertise afin d'en faire des outils visant à améliorer l'accès aux soins mais également de faire progresser qualitativement l'offre de soins et les parcours de soins.
- Obligation de renseignement du Dossier Médical Partagé par l'ensemble des professionnels de santé afin de permettre à chaque assuré de disposer de ses données médicales, mais également dans certains cas d'améliorer la prise en charge du patient et d'accélérer la pose d'un diagnostic.

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

- Intégrer les arbitrages relatifs au rapport « Charges et produits de la CNAM » et leurs justifications dans une annexe spécifique du PLFSS.

Retrouvez la contribution complète détaillée sur
<https://www.unsa.org/Contribution-de-l-UNSA-au-Segur-de-la-Sante.html>

NOUS SUIVRE



@UNSA_Officiel
www.unsa.org

