

Hôpital public : burn-out à tous les étages



alternatives-economiques.fr/hopital-public-burn-out-a-etages/00083199

Anne Fairise 16/02/2018



« Madame la Ministre, les agents ne veulent plus parce qu'ils ne peuvent plus ! Ils ont peur de commettre l'irréparable. Les glissements de tâches sont institutionnalisés ». Faute d'avoir réussi à faire entendre la dégradation de leurs conditions de travail depuis 2013, la CFDT de l'hôpital de Périgueux (Périgord) a écrit cet automne à Agnès Buzyn, nouvelle locataire de l'avenue Duquesne. Ces deux pages serrées reflètent le même ras-le-bol qui s'exprime, partout en France, dans les blocages, les grèves et sur les réseaux sociaux à travers le hastag #BalanceTonHosto.

Le même ras-le-bol s'exprime, partout en France, dans les blocages, les grèves et sur les réseaux sociaux à travers le hastag #BalanceTonHosto

« Les effectifs journaliers ne correspondent pas aux besoins des services. Sans moyens en cohérence avec l'activité, les équipes continueront de souffrir », lâchent Corinne Gourvat et Catherine Autier, responsables CFDT. A l'hôpital de Périgueux, l'absentéisme de 8% chez le personnel soignant (soit 200 personnes absentes sur 2 400 tous les jours) désorganise constamment les équipes. Rappel incessant des agents chez eux « même la nuit », planning réécrit constamment, congés annulés, heures supplémentaires qui s'accumulent, mobilités imposées. Chaque jour, il alimente le même cycle de travail infernal et cette terrible impression de devoir faire « toujours plus avec moins », de ne parer qu'au plus pressé au détriment des malades. Sources d'épuisement et démotivation. Comme chez cette auxiliaire puéricultrice affectée, de nuit, auprès de nourrissons en néonatalogie, sans la formation demandée. Et aujourd'hui arrêtée.

Grève de la faim

« On met les agents en difficulté, Cela alimente l'absentéisme. C'est un cercle sans fin », soufflent Corinne Gourvat et Catherine Autier, qui réclament juste que l'effectif minimum soit respecté, ne serait-ce que par le remplacement des agents en longue maladie (plus de deux mois) ou en congé maternité. Mais la direction du centre hospitalier, en déficit, diffère ces remplacements. « Elle est soumise à une injonction de l'Agence régionale de santé (ARS) d'économiser 3-4% annuelle sur la masse salariale », poursuivent les syndicalistes.

A 100 kilomètres de là, dans la Haute-Vienne, les agents du CHU de Limoges, lui aussi en déficit, qui réclamaient les mêmes solutions minimales face au même mal (8% d'absentéisme) ont eu gain de cause. Mais au prix d'une grève de la faim, une semaine durant en mars 2017, de quatre agents CGT et SUD. Une première dans le milieu hospitalier. Le volume de remplacements obtenus (146) en dit long. « Mais la majorité des remplacements se font, au mois le mois », déplore Florence Metge, déléguée CGT.

La masse salariale, principale variable d'ajustement

Certes, parmi les 830 centres hospitaliers publics dans l'Hexagone, la situation diffère d'un établissement à l'autre, certains manquent un peu de personnels, d'autres en ont terriblement besoin. Des services tournent en surchauffe, d'autres au ralenti. Reste que la masse salariale (l'hôpital public compte plus de 1 million d'agents dont près de 117 000 médecins), qui représente 70% en moyenne des dépenses des établissements, a été leur principale variable d'ajustement, depuis qu'ils se sont mis à partir de 2004 à l'heure de l'entreprise.

Zoom Les effets pervers de la tarification à l'activité

Mise en place à partir de 2004, la tarification à l'activité (T2A) a révolutionné le financement des hôpitaux publics. Auparavant, ils recevaient depuis 1983 une « dotation globale de fonctionnement » annuelle, sans lien avec leur activité. Avec la T2A, il s'agit pour l'assurance maladie de payer au « juste coût » les activités effectuées à l'hôpital, en incitant les établissements à gagner en performance et en productivité. Leurs ressources dépendent désormais du volume estimé de leurs activités en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, le prix de chaque activité étant fixé nationalement chaque année par le ministère de la Santé.

Le problème, c'est que l'enveloppe attribuée à l'hôpital public, définie tous les ans par les objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie, les Ondam, est décidée avant même de connaître la réalité de l'activité des hôpitaux, exactement comme l'était le budget global. Les montants n'étant pas extensibles, le tarif attribué à chaque acte tend donc à baisser au fur et à mesure de l'augmentation de l'activité de l'hôpital et des diminutions de l'enveloppe de l'Ondam, sans que cette réduction puisse être anticipée par les hôpitaux. Ainsi, la seule façon pour un établissement de garantir un niveau de financement équivalent à celui des années précédentes est d'augmenter son volume d'activité. Et c'est là tout le paradoxe du système : la T2A, contrairement à ses objectifs initiaux, entretient une logique inflationniste et aveugle. D'autant que depuis 2010, l'Ondam hospitalier est inférieur à l'évolution « naturelle » des dépenses de santé, due au vieillissement de la

population et à la progression des pathologies chroniques. Les hôpitaux se trouvent donc contraints à de substantielles économies, ont tendance à privilégier les activités les mieux payées et à s'engager dans de constantes restructurations pour baisser leurs « charges ».

Le budget des hôpitaux est en effet lié à la nature et au volume d'actes réalisés. La tarification à l'activité (T2A) les a engagés dans une course à la productivité, mais conduit aussi à un déficit budgétaire régulier, et donc à de constantes restructurations pour baisser les coûts, sur la masse salariale, les achats, l'organisation des soins. Avec un déficit prévu de 1,5 milliard d'euros en 2018, ils sont étranglés financièrement. Pour autant, le plan hôpital présenté par le gouvernement le 13 février dernier n'apporte aucun remède immédiat.

Zoom Plan hôpital : pas de réforme de la tarification avant 2020

Ceux qui attendaient du plan de « transformation du système de santé », présenté par le Premier ministre le 13 février, des financements supplémentaires pour les hôpitaux ont été déçus. Aucune mesure choc : Edouard Philippe n'a annoncé que des concertations et le lancement de « *cinq chantiers structurants* » (numérique, qualité et la pertinence, financement et les rémunérations, ressources humaines, organisation territoriale) pour tracer avant la fin du printemps « *les grandes lignes* » d'une réforme qui s'étalera jusqu'à la fin du quinquennat.

La question du financement figure en bonne place. Conformément à la proposition du candidat Macron, l'objectif est de limiter la part de la tarification à l'activité (T2A) à 50% du budget des hôpitaux. Une task-force, créée auprès d'Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, proposera « *d'ici la fin de l'année 2019* » de nouveaux financements sur les attentes et intérêts des patients, la prise en charge des maladies chroniques, la construction d'un vrai parcours de santé, la prévention et la qualité.

Pour les personnels hospitaliers, le gouvernement veut élaborer un nouveau « *contrat social* » (assouplissement des statuts, reconnaissance du mérite dans la rémunération...). Un Observatoire de la qualité de vie au travail des personnels hospitaliers sera créé.

Rien d'immédiat, donc, pour les hôpitaux publics contraints par l'évolution de l'ONDAM d'économiser 1,6 milliards d'euros en 2018, alors que leurs comptes 2017 sont déficitaires de 1,5 milliards d'euros du fait d'une faible activité. La situation ne va pas s'arranger. Car Edouard Philippe a annoncé une baisse des tarifs nationaux de remboursement de soins en 2018.

Organisations ajustées

Ce qui n'est pas de bon augure pour les personnels non-médicaux (89% des effectifs), ces infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, brancardiers, personnels techniques, sans lesquels les hôpitaux ne pourraient tourner 24/24, 365 jours par an. Ils ont déjà été particulièrement touchés. Alors que le volume de soins dispensés dans les hôpitaux publics a augmenté de 15% depuis 2009, leurs effectifs n'ont progressé que de 3-4%, selon Edouard Couty, médiateur national sur les conditions de travail des professionnels de santé.

La journée de travail en 12 heures optimise la gestion des effectifs mais augmente chez ceux-ci les troubles musculo-squelettiques (TMS), ou cardiaques

Pendant que la charge de travail explosait, les conditions d'emploi étaient passées au rabot. Non-remplacement des départs en retraite, puis des congés maternité et « longue durée », recrutement privilégié de contractuels coûtant moins chers sur les postes de fonctionnaires. « *Si l'activité baisse, on peut s'en séparer. C'est conforme à la logique de la T2A qui exige d'adapter la ressource à l'activité* », confie un DRH. Dans la palette d'outils, il y a aussi le choix privilégié d'organisations hyper-ajustées. Telle la journée de travail en 12 heures, qui optimise la gestion des effectifs mais augmente chez ceux-ci les troubles musculo-squelettiques (TMS), ou cardiaques....

Souffrance éthique

Contraints à une course à la quantité d'actes, sans la qualité qu'ils souhaiteraient leur donner, les professionnels se retrouvent ébranlés dans les fondamentaux de leur professionnalisme. C'est moins de temps pour laver le bloc ou pour la toilette du patient, moins d'échanges en équipe ou avec les malades. Ce sont des incitations faites aux médecins pour qu'ils codent bien les actes réalisés, comprendre qu'ils choisissent le codage rentable pour l'établissement, c'est à dire le mieux remboursé par la Sécurité sociale. De quoi générer, au final, ce sentiment que la finalité des actes soignants est pervertie.

Le malaise hospitalier est à son comble. Comme l'atteste le baromètre RH 2017 de la Fédération hospitalière de France (FHF) : sur les 315 DRH ou directeurs des affaires médicales sondés, 37% affirment que les risques psychosociaux (RPS) sont déjà une réalité dans leur établissement, et 33% parlent d'un « *risque potentiel sérieux* » !

Logique productiviste

Personne ne s'en étonnera. Déjà, en 2013, la mission sur le Pacte de confiance à l'hôpital, initiée par Marisol Touraine, alors ministre de la Santé, a alerté sur la spirale délétère engendrée par la généralisation de la tarification à l'acte décidée par la loi « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) de 2009. Appliquée à la nouvelle organisation hospitalière, donnant les pleins pouvoirs au directeur d'hôpital (et donc à l'administratif sur le médical), le cocktail était jugé explosif. Et très dangereux, l'affrontement entre la logique médicale et l'approche économique, gestionnaire, qui donne la priorité au volume d'activité, au résultat budgétaire.

« La dégradation des conditions de travail à l'hôpital est comparable à celle de France Telecom »

Auditionné à l'époque, Pierre Gibelin, professeur de cardiologie au CHU de Nice (Alpes-Maritimes) estimait déjà « *la dégradation des conditions de travail à l'hôpital comparable à celle de France Telecom* », devenu le symbole de la souffrance au travail, avec 57 suicides de salariés entre 2008 et 2010. Tous les éléments de compréhension du burn-out hospitalier avaient été posés. Une tarification à l'acte ne permettant pas de financer correctement les services coûteux mais peu « rentables » pour l'hôpital (maladies

complexes et chroniques) et, donc, ne finançant pas le juste temps médical ni soignant. Un déséquilibre des pouvoirs entre le médical et l'administratif, dégradant le climat interne. Une absence d'espace de concertation et de dialogue social pour les praticiens hospitaliers. Une défiance déjà des directions des hôpitaux envers les ARS dans une posture d'injonction et de sanction et « *qui imposent des mesures de court terme sans réflexion stratégique de moyen terme, ni perspectives après le retour à l'équilibre financier* »...

Cinq ans après, les limites du supportables sont dépassées. Nouveauté : les personnels médicaux, portés par une nouvelle génération qui n'est plus prête à supporter les excès du mandarinat, se lâchent. Mais il reste à bâtir au sein des hôpitaux le système de prise en charge de leur parole. « *La gestion des RPS des personnels médicaux par l'institution hospitalière est quasi inexistante* », pointe un rapport de l'IGAS de décembre 2016.

Même les directeurs hospitaliers, que la T2A a transformés en *cost-killers*, dénoncent une logique productiviste arrivée à son terme. « *Ils vivent la situation aussi mal que les autres personnels. Ce sont eux qui appliquent les directives et en gèrent toutes les contradictions. Ils n'ont pas la maîtrise ni des coûts ni des tarifs, et donc de leurs ressources, mais sont sommés d'atteindre l'équilibre, coûte que coûte* », résume Anne Meunier du Syncass-CFDT, premier syndicat chez les encadrants.

Refonder le management hospitalier

L'équation est très difficile pour les directeurs d'hôpitaux dans des territoires peu attractifs, qui peinent à développer l'activité. « *A moins de 1 200 accouchements par an, on ne rentabilise pas une maternité* », martèle une directrice d'hôpital, qui n'arrive pas à recruter. Dans son établissement, 20% des postes de médecins sont vacants ; 22% pourvus par de l'intérim coûteux. Ici, le management se réduit à « *une course à la solution pour trouver le personnel manquant* ».

Ca coince entre les directeurs et les Agences régionales de santé qui ont l'œil rivé sur le taux de marge brute, les directeurs et le corps médical qui se sent dépossédé des décisions

Il y a beaucoup à faire dans ce domaine, tant les dérives du système ont tendu les relations entre acteurs. Ca coince entre les directeurs et les ARS qui ont l'œil rivé sur le taux de marge brute, les directeurs et le corps médical qui se sent dépossédé des décisions.... « *Il faut retrouver des références partagées* », note Anne Meunier du Syncass-CFDT, qui a initié une « *charte de l'éthique et de la responsabilité* », désormais porté par le ministère. L'objectif ? Retrouver une vision partagée. En faire le vade-mecum des valeurs et bonnes pratiques du secteur, voire un « *protocole de base de prévention des RPS* ». Il y a grand besoin, tant les acteurs sont traversés de logiques différentes. Au CHU de Limoges, la CGT a voté « contre » l'audit sur la qualité de vie au travail, dont elle attend pourtant beaucoup. « *La DRH y avait écrit, noir sur blanc, que toute solution qui consisterait à augmenter les effectifs ne serait pas retenue* ».