



Adresse aux médecins de l'APHP

La « Nouvelle AP-HP »

Une fuite en avant vers les modèles du privé ?

Décryptage

La Direction de l'APHP a fait avaliser en juin 2018 par son Conseil de Surveillance un plan de transformation dit « Nouvelle AP-HP » ; derrière les affirmations très politiquement correctes de maintien du service public hospitalier s'y profilent des éléments dangereux qui méritent un regard critique.

Les références en italique sont issues du document « Nouvelle APHP » et des réflexions des séminaires « Oikeoisis » (nom pompeux de l'adaptation) qui l'ont précisé.

« L'AP-HP [nous dit-on dans ce document], a besoin de transformations profondes, pour redresser sa situation financière sans remettre en cause la qualité de prise en charge des patients, [mais aussi pour] se positionner dans une compétition européenne en matière d'enseignement et de recherche, [améliorer] son attractivité pour les professionnels de santé par une simplification de son fonctionnement quotidien, en favorisant le travail en équipe autour du patient, [et surtout pour motiver] les équipes autour d'un projet ambitieux pour le premier CHU européen qui est pour longtemps l'un des piliers du service public hospitalier »..

Désagréable mélange des genres : sous le vernis du service public de santé, de la proximité, pointe sans conteste le discours de l'efficience, de l'hôpital-entreprise, que l'on retrouvera largement détaillé dans les paragraphes suivants.

I. Relever les défis

« L'AP-HP doit au cours des prochaines années relever cinq défis majeurs, malgré un contexte économique contraint, qui passe par une amélioration de nos performances, notamment économiques, et une préservation de notre capacité d'investissement et qui conduira à des efforts importants pendant les prochaines années, sans que cela soit au détriment de nos missions, de la qualité des soins et de la qualité des conditions de travail. »

Tout est annoncé : pas de modification de la politique générale de l'APHP, pas de contestation des objectifs gouvernementaux qui pérennisent un ONDAM insuffisant à assurer les missions du service public hospitalier, pas de critique du mode de financement (T2A conduisant à une sélection du recrutement et des séjours en fonction de leur rentabilité) ; il s'agit d'adaptation et d'efficience, aucunement de rénovation et les éléments de langage lénifiants ne peuvent cacher que les patients et les personnels paieront ces « efforts importants ».

On pourrait s'amuser du souci de « qualité des conditions de travail » quand on connaît les ravages de la « nouvelle organisation du travail » mise en place en 2016 pour les personnels non médicaux (grande équipe généralisée, mutualisation des postes au niveau service ou pôle, limitation des pools de remplacement, changements incessants de plannings, en bref une destruction de la notion d'équipe), ...



1.

« Face aux évolutions démographiques et institutionnelles de la région Ile-de-France, s'affirmer comme le CHU d'Ile-de-France, pouvant couvrir l'ensemble de la région ; comme cela ne se fera pas par la construction de nouveaux hôpitaux au sein de APHP – au-delà de ce qui est déjà acté – ni par le déplacement d'hôpitaux, cela implique des liens plus étroits et plus structurés avec les GHT et les établissements hors AP-HP. »

Aucune garantie en ce qui concerne le maintien de structures périphériques ou jugées moins rentables, comme les soins de longue durée ou l'HAD, dont l'inclusion, à terme, dans les GHT, pourrait « soulager » l'APHP ; aucune participation annoncée non plus pour la couverture des zones de désert médical ou universitaire, ce qui serait la mission première d'un « CHU d'Ile de France ».

2.

« Face à la montée des maladies chroniques, aux tendances démographiques des professions de santé, aux aspirations des professionnels et des patients, s'inscrire bien plus qu'aujourd'hui dans un « système de santé intégré », avec des liens plus étroits et réellement avec la ville, des formes nouvelles de coopération de tous les acteurs de santé, une vision « ville hôpital » pour la prise en charge des patients, leur parcours, leur suivi, leur implication dans la recherche (maisons de santé universitaires). Les outils numériques prendront une place centrale dans cette ambition. »

On ne peut qu'être d'accord avec ces déclarations d'intentions ; encore faut-il que les moyens mis en œuvre permettent d'y donner suite. Actuellement, la logique de « réduction capacitaire » systématique de APHP, basée sur trois axes (augmentation du taux d'occupation, réduction de la DMS et bascule ambulatoire) conduit à une réduction drastique de l'aval d'hospitalisation, sans aucun gain financier du fait du mode de financement de l'ambulatoire ; cette politique ne peut que conduire à dégrader encore ces fameux liens avec la ville.

Pour la CGT, un système de santé intégré doit s'appuyer sur une continuité permanente des soins entre un hôpital public solide assurant en particulier les missions « régaliennes » (enseignement, recherche, santé publique) et des structures de soins de proximité, qui ne doivent pas être un simple regroupement de professionnels, comme le sont les maisons de santé actuelles.

Il est nécessaire de réinventer un mode d'exercice mixte qui devrait être dégagé du paiement à l'acte, seul moyen d'intégrer durablement les missions de prévention, d'éducation et de coordination.

La psychiatrie, historiquement organisée autour de cette continuité, doit conserver ce mode d'exercice sectoriel particulier.

3.

« Face aux évolutions technologiques et thérapeutiques, avoir une capacité d'investissement et d'adaptation rapide : adaptation de nos organisations médicales ; adaptation de nos volumes capacitaires ; adaptation de nos modes de relations avec les patients (télé médecine, téléconsultation, suivi à distance, accès à l'information, etc.) ; adaptations de nos équipements et de notre système d'information ; digitalisation ; adaptation de notre modèle économique pour pouvoir gagner en réactivité et supporter le coût de l'innovation. Tout cela doit cependant s'effectuer en préservant l'irremplaçable dimension humaine de l'exercice de nos missions. »

La capacité d'investissement est une des rares lignes budgétaires dont APHP a conservé le niveau, certes minimal et insuffisant (rappelons que le taux de vétusté du matériel lourd dépasse 70%) ; on peine à imaginer que cela puisse perdurer sans effort conséquent de l'ARS, dont l'implication nécessaire n'est même pas citée dans ce document, ni sans réforme du système de tarification.



II. Une nouvelle organisation juridique

Le mastodonte AP-HP, *représentant à elle seule 10 % de l'ensemble des lits d'hospitalisation et plus d'un tiers de la recherche clinique en France*, ne peut évidemment, sous sa forme actuelle, intégrer les objectifs précités ; Cette « nouvelle AP-HP » est donc prétexte à proposer des modifications substantielles de l'organisation de l'APHP, en particulier de sa structure juridique et, plus discrètement, des modifications des différents statuts des personnels.

La direction propose « *une nouvelle organisation juridique de l'AP-HP donnant plus d'autonomie, permettant davantage de souplesse, ouverte sur les partenariats, mais maintenant l'unicité de l'AP-HP et ses capacités de mutualisation* »

Derrière ce langage abscons, on doit entendre, précise le document, une autonomisation des Groupes Hospitaliers, avec une certaine délégation de gestion, après réduction de leur nombre par un recentrage autour des activités universitaires.

« Cette évolution connaîtra une première étape par la création d'AP-HP.5 et AP-HP.6, qui se sont portés volontaires pour cette nouvelle organisation. Elle serait cohérente avec une démarche similaire pour les autres GH et les autres périmètres universitaires ». Le siège de l'AP-HP conserverait donc la seule « *définition de la stratégie médicale globale et de la « solidarité » entre les établissements de l'AP-HP* ».

« Cette évolution ne doit pas conduire à ne plus soutenir, parce qu'ils seraient en difficulté financière, des établissements qui ont un rôle à jouer dans l'offre de soins, mais à maintenir une forme efficace de solidarité ».

On hésite entre le grotesque et le pathétique pour qualifier cette promesse, quand on sait que le mode actuel de répartition des efforts entre les GH pénalise au contraire lourdement les groupes les plus endettés ou les moins « performants » économiquement, les poussant à réduire encore plus leurs effectifs et leurs moyens, dépassant souvent la limite du supportable.

D'ailleurs, « cette évolution n'exonère pas l'AP-HP des efforts d'efficience. Elle doit les rendre plus supportables, en donnant plus de souplesse. Cette évolution ne doit pas faire ralentir les évolutions structurelles majeures des sites : elle doit au contraire, si possible les accélérer lorsqu'elles conjuguent meilleure performance médicale et meilleure performance économique ».

La logique est bien, comme on s'en doutait, d'acquiescer suffisamment de souplesse institutionnelle (entendons de mutualisation des moyens, et d'affranchissement des règles imposées par les statuts) pour donner un peu d'air aux plus « performants ». Combien de temps, dans ces conditions, durera la coquille vide AP-HP ?

En contrepartie, la direction se doit de donner quelques gages au corps médical, pour garantir son intégration dans le processus ; c'est ainsi que les pôles, structures de gestion dont la vocation affirmée par la loi HPST était de remplacer les services, structures de soins, deviendraient des « *départements médico-universitaires* », dont la fonction clinique serait réaffirmée ; mais leur fonctionnement demeurerait de type mandarinal, même s'il associe une gouvernance « *médicale et paramédicale* » ; pas question de faire élire les chefs de service ou de DMU par les personnels !

Un cadeau, donc, pour la frange la plus conservatrice du corps médical de l'AP-HP, celle qui, dans les CME, valide la politique de la direction !



Cette évolution ne doit pas se traduire par moins de mobilités entre établissements ; au contraire, elle peut s'accompagner de mesures favorisant davantage de mobilités, plus faciles à organiser sur le plan juridique. Elle doit également se traduire par une plus grande souplesse dans les recrutements : ainsi, une organisation plus décentralisée doit permettre un rythme de recrutements de praticiens hospitaliers en temps réel, plutôt qu'au rythme annuel d'une révision globale des effectifs médicaux.

C'est le paragraphe de tous les dangers : porte ouverte à la création de statuts spécifiques à chaque GH, tant pour le personnel médical contre la promesse de recrutements plus rapides (avec à la clé la disparition du statut unique protecteur de praticien hospitalier) que paramédical (avec la disparition à terme du statut unique de la fonction publique hospitalière).

Enfin, « Cette évolution doit permettre davantage d'alliances, de partenariats avec d'autres acteurs, devant mieux organiser l'offre de soins, les parcours patients, le lien entre la ville et l'hôpital. Elle doit permettre de renforcer ces alliances, de rendre moins étanches les limites et les frontières de l'AP-HP ».

Petite phrase anodine, qui ouvre clairement la porte à toutes les initiatives, du partenariat public-privé à l'ouverture de structures purement privées dans nos hôpitaux. C'est d'ailleurs le souhait d'une frange du corps médical qui y voit un intérêt personnel évident, bien loin de celui des patients. C'est tout le contraire d'une prééminence du service public hospitalier, pour lequel nous nous battons. Combien de temps, dans ces conditions, durera l'AP-HP ?

III. Un nouveau contrat entre l'Etat et l'AP-HP

Cette partie relève d'une approche particulière et archaïque de la place de l'AP-HP dans l'offre de soins. En effet, à aucun moment, ce texte ne cite le mot ARS, ni celui de PRS (Projet régional de santé). Le PRS constitue la feuille de route qui structure l'offre de soins dans la région Ile-de-France pour les dix ans à venir et l'ARS est l'outil administratif de sa mise en œuvre ainsi que de la gestion au quotidien du système de santé.

Vouloir placer l'AP-HP en dehors de ce cadre et imposer un contrat directement avec l'Etat pose un problème majeur qui est celui de l'articulation des projets de l'AP-HP avec les autres établissements hospitaliers publics de la région, mais aussi les ESPIC (privé non lucratif) et les établissements privés lucratifs. Si dans Paris intra-muros l'AP-HP se vit en situation de monopole, ce n'est pas le cas dans les départements de la petite couronne.

1.

« Affichage d'un contrat de transformation AP-HP/Etat : Un message implicite de l'Etat est nécessaire pour affirmer... un accord sur les transformations conduites... et un soutien à une évolution juridique de l'AP-HP. »

Martin Hirsch cherche ici le soutien de l'Etat pour modifier la structure juridique de l'AP-HP. Sachant pertinemment que cette question est très sensible, il ne souhaite pas en assumer la responsabilité. Quel courage !

2.

« Affirmer le rôle de la recherche : les incertitudes sur le rôle de la recherche d'un CHU de la taille de l'AP-HP ont un impact important sur la motivation des acteurs dans un établissement qui représente, avec 10 % des lits, près de 40% de l'ensemble de la recherche clinique française. »

Cette affirmation est en contradiction avec le point 1. Ce qui fait la force de l'AP-HP dans le domaine de la recherche c'est sa taille et les moyens qu'elle peut – ou qu'elle devrait – mobiliser dans ce cadre. Par contre, ce qui pose problème est l'évolution des instituts de recherche adossés à des fondations qui doivent collecter des fonds auprès de donateurs privés, bénéficiant ainsi du crédit impôt-



recherche et utilisant ainsi les moyens de la recherche publique, tout en pouvant orienter ses axes prioritaires. Cette évolution en termes d'indépendance de la recherche est très dangereuse.

3.

« Fluidification de l'aval (SSR) : Il serait bien d'objectiver avec les tutelles ce déficit et pouvoir l'intégrer dans le Programme régional de santé (avec éventuellement des transformations au sein de l'AP-HP soit à partir du MCO, soit à partir du SLD). »

Il s'agit ici du summum de la duplicité. Une des forces de l'AP-HP était de regrouper dans une même structure l'ensemble du panel de l'offre de soins : du service hyperspécialisé, jusqu'aux lits d'USLD et d'EHPAD. Or depuis plusieurs années, les différents directeurs(rices) — souvent aidés par une partie du monde médical jugeant ces activités non « intéressantes » — n'ont eu de cesse de fermer des lits et des hôpitaux accueillant des services de rééducation et de gériatrie. Alors qu'il est nécessaire, tant pour un bon fonctionnement de nos services que pour le bien des patients, d'assurer une fluidité de la prise en charge entre les soins aigus et la réadaptation ou les soins de longue durée, où est la logique de se « débarrasser » de ces activités pour les confier le plus souvent au secteur privé lucratif.

4.

« Objectivation externe des surcharges pressenties et réellement ressenties par rapport aux autres : l'AP-HP considère, à tort ou à raison, qu'elle supporte un certain nombre de charges spécifiques... ; les tutelles considèrent, à tort ou à raison, que l'AP-HP est surdotée sur certaines missions ; une instruction, de manière indépendante, permettrait de pouvoir mettre à plat ces éléments et d'en tirer les conséquences. »

Ce point est intéressant car sans le dire explicitement, il s'agit clairement d'une critique du mode de financement actuel des hôpitaux, notamment de la T2A. Il est clair que l'AP-HP du fait de sa double mission de CHU et d'hôpital de proximité pour la population de Paris et d'une partie de la petite couronne, nécessite un mode de financement adapté. L'augmentation brutale du déficit, chiffré à 200 millions pour 2017 est là pour montrer que la solution ne peut être les fameux « objectifs d'efficience », petit bijou de la novlangue libérale pour parler de suppression de postes !

Il faut effectivement supprimer la T2A et instaurer un financement aux missions dans le cadre de plans pluriannuels, permettant ainsi aux établissements de recouvrer une certaine stabilité financière qui fasse que les discussions dans les instances se concentrent de nouveau sur l'évolution de l'offre de soins et non pas sur les économies qui n'ont pas été faites et sur celles qu'il faudra faire l'année prochaine.

5.

« Aide à l'investissement numérique pour permettre son accélération : ... Sans faire de « favoritisme », il devrait être possible de prévoir sur les trois ans qui viennent une enveloppe « numérique » pour l'AP-HP correspondant aux projets qui conduisent à une forte efficience, dans le cadre d'un engagement sur le rendu d'emplois correspondant. »

Bien entendu, mais avec quel objectif ? Pas uniquement le versant financier mais aussi dans le domaine médical ! L'outil numérique doit apporter un plus dans la prise en charge médicale des patients et ne peut s'y substituer, ce qui ne peut donc se faire sur la base d'un rendu d'emplois.

6.

Aide à l'investissement sur les grosses opérations (pour accélérer les restructurations) : ... l'AP-HP propose qu'outre le nouveau Lariboisière et l'hôpital Nord, deux opérations particulièrement structurantes fassent l'objet du soutien de l'Etat : la reconstruction de Raymond Poincaré sur Ambroise Paré et la restructuration des hôpitaux de Seine-Saint-Denis (Avicenne/Jean Verdier). »

Là aussi la novlangue règne : restructurations signifie fermetures d'hôpitaux.



Au-delà de l'erreur de la construction de l'hôpital Nord plutôt que de rénover Bichat et Beaujon sur site, les exemples cités sont explicites : Raymond Poincaré et de Jean Verdier. Sous couvert de soi-disant « restructurations », il s'agit bien de la fermeture d'établissements avec des projets substitutifs qui se traduisent par une réduction drastique de l'offre de soins dans un domaine, le handicap, où les besoins sont mal couverts et augmentent, ainsi que dans une zone géographique, la Seine-Saint-Denis, où l'hôpital public a bien du mal à développer une offre de soins répondant à une population jeune, pauvre et en augmentation.

7.

« Mise en place accélérée et à grande échelle des protocoles de coopération avec prime de coopération. »

La CGT, comme la plupart des syndicats des personnels, est favorable à l'évolution des compétences des professionnels paramédicaux, mais pas dans les conditions proposées.

En effet depuis l'universitarisation des formations, la revendication est de réellement mettre en place des diplômes de niveau licence, master et doctorat, tant en formation initiale que continue, avec des grilles de rémunération correspondantes.

Or il n'est proposé ici qu'une prime de 2000 euros annuels. Quel mépris pour des personnels qui se forment trop souvent sur leur temps libre du fait de la faiblesse des crédits de formation continue, qui par ailleurs diminuent d'année en année !

8.

« Contrat sur quelques disciplines pour tarification ambulatoire versus fermeture de lits : la réduction capacitaire de l'AP-HP passe par la possibilité de faire basculer en ambulatoire des activités médicales alors que le modèle de tarification freine cette évolution. »

L'énoncé est explicite, l'ambulatoire n'a pas pour objectif une amélioration de la prise en charge des patients mais bien de fermer des lits !

Or quelle est la réalité ? Si en chirurgie et dans certaines pathologies très ciblées, l'ambulatoire peut être intéressant, il n'en est pas de même pour les patients de plus de 50 ans polyopathologiques qui nécessitent, lors d'une décompensation, une hospitalisation dans un lit de médecine.

Or trop souvent la structuration de nos établissements avec des services par spécialités font qu'ils n'y trouvent pas leur place. Or ces patients représentent aujourd'hui 60 % des dépenses de la sécurité sociale.

Il serait donc intéressant que notre système des soins, tant ambulatoire qu'hospitalier, s'adapte pour répondre à ces nouveaux besoins qui ne feront que croître, au retard du vieillissement de la population.

9.

« Favoriser la valorisation des données de l'AP-HP : L'AP-HP a mis en place un entrepôt de données et différents outils permettant de les valoriser ; elle a également conçu un projet autour des données et des maladies chroniques (chroni-city) ; un soutien institutionnel fort à ce projet permettrait à l'AP-HP de convaincre des investisseurs de s'y impliquer »

Oui, mais pas pour les vendre à Google ! En effet, même si l'AP-HP a mis en place un comité scientifique et éthique pour surveiller son entrepôt de données, celui-ci ne doit pas être un paravent. L'appel à des "investisseurs" pour "valoriser" les données de l'AP-HP peut être entendu comme une potentialisation de la recherche, mais peut surtout donner lieu à une quantité de dérives: porte ouverte aux organismes de recherche privés, utilisation des données dans des buts moins avouables (assurances, etc.), le tout sous couvert de rentabilisation dans un contexte où la Direction saute sur tout euro disponible.



Comme vous pouvez le constater, il est urgent que les médecins se mobilisent avec les personnels pour s'opposer à cette feuille de route de Martin Hirsch qui va tuer l'AP-HP si nous laissons faire.

Notre nombre est notre force !

Ne subissons pas les diktats du quarteron qui détient aujourd'hui le pouvoir au niveau de la technos-structure médico-administrative qui dirige l'AP-HP.

Le collectif médecins de l'USAP-CGT reviendra vers vous rapidement pour organiser le débat et discuter des formes de mobilisation possibles. Mais vous pouvez dès à présent prendre contact avec nous.

Bulletin de contact :

Nom

Prénom

Etablissement

Service

Spécialité

Adresse de messagerie

Téléphone

à adresser à christophe.prudhomme@aphp.fr ou christian.guy-coichard@aphp.fr