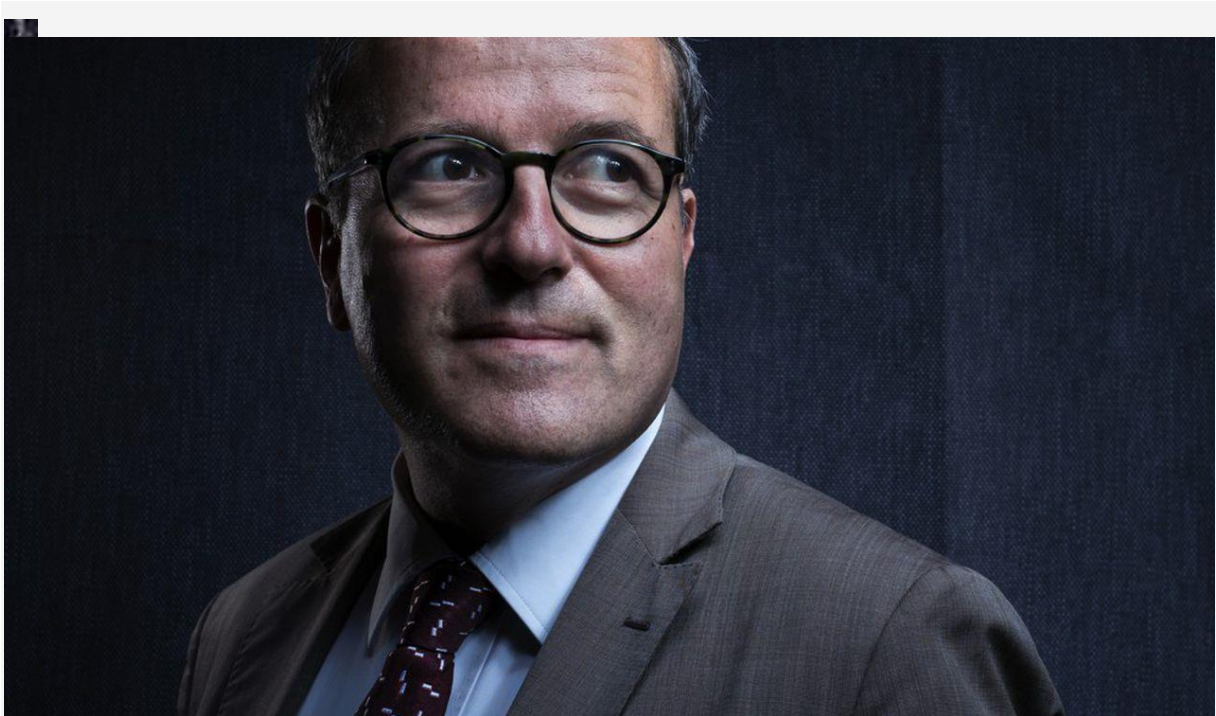


Martin Hirsch : « Il faut libérer l'hôpital de ses carcans »

Selon Martin Hirsch, le directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, les vertus retrouvées pendant le pic épidémique de coronavirus doivent servir de boussole à la réforme. Il estime entre 15 et 20 % la hausse nécessaire des rémunérations pour une remise à niveau, mais plaide pour une approche salariale différenciée et une régulation fondée sur le contrat. « On peut mettre de la souplesse sans casser les statuts », assure-t-il.



Par Etienne Lefebvre et Solveig Godeluck

Est-ce que la situation concernant la crise du coronavirus se normalise sur le plan sanitaire ?

Nombre d'appels au Samu, sorties de SOS Médecins, taux de positivité des tests virologiques, passages aux urgences : tous nos indicateurs restent au vert. Il y a 250 patients en réanimation à l'AP-HP, à comparer aux 1.000 il y a six semaines. Ca baisse chaque jour de 4 ou 5 %.

Mais les cas positifs trouvés avec les programmes Covisan ou les opérations menées avec l'ARS, comme vendredi à Clichy sous-Bois, prouvent que le virus circule encore. Soyons donc prudents avant de parler de « normalisation ».

Les conflits internes reviennent aussi, après un temps d'union sacrée contre le virus...

Pendant la crise, tout le monde a tiré dans le même sens, c'était presque naturel car une contrainte l'emportait sur toutes les autres. Cette mono-activité a eu un effet incitatif spectaculaire, un peu comme un aimant qui polarise d'un seul coup un tas de limaille.

A présent, il y a quelques résurgences de tensions, mais la nouveauté c'est que tout le monde en a conscience et veut les combattre, plus que les exacerber. Il faut foncer pour en corriger les causes. Si on n'agit pas vite et fort, on retrouvera les anciens travers de l'hôpital.

Un plan d'ici à la mi-juillet, c'est assez vite ?

Les signaux donnés par le Président et le gouvernement sont forts. Et l'intention d'aller vite est claire, exprimée en semaines pas en mois ou années, qui, comme le Président l'a dit à la Pitié, ne se traduira pas dans un luxe de détails dans des décrets et circulaires, difficiles à adapter à des situations différentes d'un hôpital ou d'un territoire à l'autre.

Mais comment faire pour accélérer le changement ?

On a fait la preuve pendant la crise qu'on savait débarrasser l'hôpital de ses pesanteurs bureaucratiques. Un exemple, la commande publique. Vous savez ce qui redonne le sourire à une infirmière de réanimation, en plein coronavirus ? C'est quand, au lieu d'attendre un an pour avoir le modèle de pousse-seringue qu'elle n'avait pas demandé, elle obtient celui qu'elle voulait en une semaine - et généralement moins cher que le modèle qu'on aurait obtenu par nos procédures classiques.

Sous prétexte de qualité et de sécurité des soins, l'hôpital français est devenu l'un des plus normés du monde depuis vingt ans. Il faut changer cela, et donc faire confiance aux établissements. On croit souvent que la loi hôpital de 2009 a remis les clefs aux directeurs, mais dans les faits, ils ont moins de latitude qu'avant, car le carcan administratif s'est accru. Le DG de l'AP-HP aujourd'hui a moins de pouvoir que ses prédécesseurs il y a trente ans !

Les médecins doivent-ils reprendre le pouvoir ?

Voilà une autre particularité française : le clivage entretenu entre pouvoirs administratif et médical, avec deux lignes hiérarchiques, et une légitimité procédant, d'une part, d'une nomination (directeur), d'autre part, d'une élection (président de la commission médicale d'établissement). Les autres pays ont compris qu'il valait mieux avoir une équipe à la tête des hôpitaux, plutôt qu'une confrontation permanente. Et c'est à cette équipe qu'il faut redonner le pouvoir : adapter les rémunérations, les

heures supplémentaires, le choix des équipements, l'organisation des services. Aujourd'hui, chacun veut une parcelle du 1 % de liberté qui est octroyé. Cette équipe doit aussi pouvoir se choisir.

J'ai suggéré que le directoire de l'Assistance publique, à majorité médicale, puisse proposer la nomination du directeur général, sur la base d'un projet et d'une audition, qu'il soit médecin ou grand commis de l'Etat. Ou proposer trois noms au gouvernement. Et ainsi de suite pour les postes à responsabilité dans l'hôpital, créant cohésion et cohérence. Si cette solution est retenue, je serais le premier à proposer qu'on l'applique sans attendre.

Plus de leviers, ça veut dire quoi concrètement ?

Quand Emmanuel Macron s'est rendu à La Pitié-Salpêtrière, les soignants ont exprimé à la fois un sentiment fort d'appartenance à la fonction publique et un besoin de sortir des castes et des normes. Un professeur de médecine a expliqué que pour améliorer sa retraite, il devait faire des missions de consultant, et une cadre infirmière a raconté que les paramédicaux prenaient parfois un deuxième emploi illégal pour joindre les deux bouts.

Voilà à quoi aboutit la rigidification des statuts : une immense frustration et un dévoiement des règles. Seuls les plus débrouillards s'en sortent, l'injustice règne et on incite les gens à sortir du cadre qui devait les protéger : conflits d'intérêts ou secteur privé pour les médecins ; double emploi ou départ de l'hôpital pour les paramédicaux. Après avoir été salubre, le statut tue le sens ; c'est un diagnostic chuchoté par nombre de professionnels dans le secret de l'alcôve hospitalière, mais que peu osent formuler à haute voix.

Olivier Véran a dit qu'il ne voulait pas remettre en question le statut de la fonction publique hospitalière...

On peut parfaitement mettre de la souplesse sans casser les statuts. Il n'est pas écrit dans la Constitution que l'existence d'une fonction publique hospitalière implique une égalité de rémunération entre toutes les disciplines médicales. On pourrait instaurer des garanties « socle », plus une part de rémunération différenciée, pour reconnaître la technicité, le risque, la pénibilité.

Avant, la différenciation salariale était un tabou ; aujourd'hui, c'est une demande assumée, y compris dans cette maison. Un praticien hospitalier en CHU fait de l'enseignement ou de la recherche, sans reconnaissance de ces missions. Nos hôpitaux en Seine-Saint-Denis ont du mal à recruter car il n'y a pas d'incitation : il faut donner des marges de manoeuvre aux chefs d'établissement. Le seul levier aujourd'hui, ce sont des primes d'entrée de carrière. Des établissements vont jusqu'à inventer des heures supplémentaires ou des astreintes fictives pour attirer ou garder leurs soignants.

Comment éviter une spirale inflationniste dans le cadre d'une telle gestion assouplie ? Le « quoi qu'il en coûte » ne peut pas durer éternellement...

Ce qui est sûr, c'est que l'addition des rigidités - budgétaire et normative - rend le système explosif : on ne peut demander à un univers aussi complexe de se réformer dans un carcan. La souplesse favorise la bonne allocation de moyens. Ensuite, je prends souvent l'exemple des manipulateurs radio : ne pas pouvoir mieux les rémunérer dans le public fait que des actes sont reportés ou renvoyés au privé, et cette perte est bien plus importante pour l'hôpital que l'économie réalisée sur les postes non pourvus et nuit aux soins. Enfin, on évitera la spirale inflationniste en revenant à une régulation fondée sur le contrat : qu'attend-on d'un hôpital, quels engagements sur la qualité des soins, avec quels moyens pour y parvenir ?

Aujourd'hui, les contrats avec l'ARS portent plus sur l'accessoire que l'essentiel. Faisons comme avec l'opération « zéro brancard ». L'AP-HP a estimé les moyens nécessaires pour parvenir à ce qu'aucun patient ne se retrouve sur un brancard aux urgences en attendant une hospitalisation, et si l'on ne tient pas l'objectif, on perd la dotation de l'ARS en tout ou partie. Autre exemple évident : le risque infectieux avec le Covid a montré l'importance cruciale du bio-nettoyage pour la sécurité des soins. Or, celui-ci a été sous-traité. Si on avait un cadre d'emploi plus souple, on pourrait le réinternaliser, sans surcoût et avec de la qualité en plus.

Remettre la question des 35 heures sur la table, est-ce une bonne clé d'entrée ? A l'AP-HP, ce dossier a suscité des tensions très fortes...

D'abord soyons clair, les 35 heures se sont faites au détriment de la rémunération au cours des 15 dernières années. Et malheureusement, à l'AP-HP, quand j'ai négocié sur les amplitudes horaires et l'organisation, il y a cinq ans, je n'ai pas pu proposer de contreparties financières, seulement des engagements conditionnels de maintien de l'emploi.

Si l'on se place dans une situation de revalorisation, ça change tout. Mais la meilleure méthode n'est pas d'obliger ; c'est de permettre des choix dans le cadre hospitalier.

Quelle devrait être l'ampleur des hausses de rémunérations ?

Pour les paramédicaux, les comparaisons de l'OCDE semblent indiquer que l'ordre de grandeur d'une remise à niveau serait probablement de l'ordre de 15 à 20 %. Mais encore une fois, tout ne doit pas être uniforme.

Il faut pouvoir différencier selon les besoins de tel territoire, de telle spécialité, etc. Il faut enfin valoriser beaucoup plus les carrières, car le plus choquant et le plus démotivant, c'est l'absence de progression. Un cadre ne gagne pas plus que ceux qu'il encadre !

Il y a la possibilité de devenir infirmier de pratique avancée...

Mais on le fait au lance-pierre, avec une complexité administrative folle et des différences de rémunération microscopiques ! Des milliers d'infirmiers et infirmières devraient pouvoir accéder aux pratiques avancées, à des délégations de tâches accrues, des responsabilités d'encadrement des jeunes... Et on allégerait la pression sur les médecins.

Des milliers d'aides-soignants devraient aussi pouvoir devenir infirmiers. Aujourd'hui, il faut passer le concours, puis refaire trois années d'études à plein temps, ça coûte plus de 150.000 euros par professionnel à l'employeur qui continue à verser le salaire. Résultat, on met le pied sur le frein. En valorisant vraiment les acquis de l'expérience, on peut gagner un an à 18 mois avec la même qualité.

Tout cela peut-il se faire rapidement ?

Nous avons un très grand besoin d'infirmiers de pratique avancée en gériatrie aujourd'hui, mais cette possibilité n'est pas ouverte. Tout cela peut se débloquer d'ici à la mi-juillet !

La balle est dans le camp du gouvernement...

Pas seulement. La réussite du « Ségur » dépendra tout autant de la capacité des acteurs de l'hôpital à se remettre en question, à sortir des rigidités, à se réinventer. Ça veut dire accepter la différenciation plutôt que l'uniformité, assumer les responsabilités qu'impose plus de liberté, jouer collectif quand il s'agit d'investir, faire les ponts avec la médecine de ville et la prévention. S'il s'agit juste d'attendre un chèque avec les mêmes comportements et cloisonnements, l'effet du remède sera de courte durée.

Solveig Godeluck et Etienne Lefebvre