

RETOUR D'EXPERIENCE REGIONAL – GESTION DE CRISE COVID En GRAND EST

CONTRIBUTION CFDT

Préambule :

Dans son action quotidienne, la CFDT entend tout à la fois faire valoir l'intérêt des salariés et des agents qu'elle représente et participer à la mise en œuvre de l'intérêt général. C'est dans cette double exigence que se situent nos objectifs revendicatifs sur les questions de santé. Un de ceux-ci est de permettre à tous l'accès à des soins de qualité et à une prise en charge de haut niveau. La période que nous venons de vivre a montré combien notre système de santé et plus largement de protection sociale est un bien collectif précieux. Elle en a aussi montré les failles et les limites. Pour l'avenir, la construction d'un meilleur accès à des soins de qualité suppose un investissement accru de la collectivité nationale dans le système de santé. Cet accès passe aussi par une organisation efficiente, centrée d'abord autour des besoins de la personne. Il nécessite une coopération plus forte entre la médecine de ville, l'hospitalier et le médico-social, et une répartition géographique équitable des moyens. Quelles que soient les issues de cette séquence, des mutations seront nécessaires pour être à la hauteur des défis à venir, avec parmi ceux-ci le vieillissement de la population et l'attractivité des métiers. Pour ne pas s'effectuer au détriment des professionnels du secteur, les mutations nécessitent anticipation, repérage et accompagnement sur les questions de compétences et d'effectifs, d'où notre revendication d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur un territoire. Elles nécessitent aussi une implication forte des usagers et de leurs représentants. Enfin, il faut selon nous un dialogue social de haut niveau avec des partenaires se reconnaissant mutuellement une légitimité d'acteurs, dans les établissements et au niveau territorial.

Contexte général :

La crise pandémique amène les services de l'ARS à une révision du PRS 2018-2028. Ce sont 2 millions de séjours qui n'ont pas été réalisés entre mi-mars et fin juin dans les établissements MCO. Il n'y a pas eu de rattrapage dans les mois qui ont suivi ou un faible frémissement en ambulatoire pendant l'été. Nous notons des variations géographiques liées à la progression du front épidémique ou aux situations organisationnelles locales. En oncologie, ce sont près de 6000 décès qui sont à prévoir dans les années à venir. Au-delà de ces chiffres, l'état des lieux remonté par nos militants, les professionnels, les usagers et leurs représentants nous conduit à organiser notre contribution autour de 6 thématiques, 1 conclusion et des propositions qui en découlent :

1) Dialogue social et processus de concertation dans les établissements et au niveau territorial avec les DT ARS :

Sur l'ensemble du territoire de la région Grand Est, le dialogue social s'est vu mis à mal malgré la préconisation de la DGOS de mettre en place un comité de suivi « COVID » avec la participation des représentants du personnel. Pourtant en la période, il était nécessaire de réunir tous les acteurs d'un même établissement pour effectuer un point régulier. La même absence de partage d'informations est à regretter concernant les représentants des usagers, notamment dans les EHPAD.

Dans une minorité d'établissements, la gestion de crise a intégré cette nécessité d'échanges et de dialogue. La CFDT a pu constater qu'alors l'information a pu être montante et descendante auprès des professionnels par l'intermédiaire de l'encadrement et des représentants du personnel. Les professionnels ont eu des réponses concordantes à leurs interrogations et le climat social s'en est trouvé plus apaisé. Ces exemples positifs viennent d'établissements où le dialogue social préexistait avant la crise.

Concernant les échanges avec les DT ARS, force est de constater qu'il n'y en a pas eu avec les organisations CFDT. Là où a été instauré un lien avec les organisations syndicales, ce fut dans quelques départements à l'initiative du Préfet. Au niveau régional, des échanges très réguliers ont eu lieu avec la DIRECCTE. Concernant les échanges avec la direction Générale de l'ARS Grand Est, là encore les choses n'ont pas été satisfaisantes. Les changements successifs de Directeur Général n'ont vraisemblablement pas aidé. Une rencontre avec la Directrice Régionale a eu lieu en août 2020 pour un point de situation. Auparavant, un courrier de mars 2020 adressé au Directeur de l'ARS comme à chaque Président de Conseil Départemental et alertant sur la situation des secteurs sociaux et médico-sociaux sur les territoires pendant la crise Covid-19 est resté sans réponse.

2) Organisation et gestion du matériel :

Pendant la première vague de la crise pandémique, la pénurie de matériel de protection a conduit l'ARS à des choix de distribution consistant à privilégier exclusivement les services de soins, à ne pas équiper les professionnels et les usagers des EHPAD, du secteur du maintien à domicile, voir à leur retirer le matériel dont ils disposaient. Ces choix ont été vécus très difficilement par les professionnels et les résidents concernés.

Concernant la deuxième vague de la crise, nous n'étions plus dans une situation de pénurie de matériel. Nous aurions pu imaginer une meilleure gestion du matériel, les établissements et professionnels majoritairement sur la région Grand Est, se sont encore retrouvés face à des choix venant soit des directions, soit des DT ARS, choix d'autant moins acceptables qu'ils étaient peu partagés, peu expliqués. La CFDT souligne la montée des risques psychosociaux mettant les professionnels encore plus à mal dans la période.

3) Focus dans les EHPAD :

La première crise pandémique a été fulgurante pour les résidents et les professionnels. Pour autant, les mesures prises n'ont pas été assez réactives pour la protection des usagers et des professionnels, ce qui nous a amené de nombreux clusters dans les établissements. Ce manque de réactivité que nous pouvions comprendre lors de la première période n'aurait pas dû se reproduire à la deuxième vague : nous retrouvons le manque de certains matériels mais surtout des injonctions paradoxales qui n'ont fait qu'accroître la souffrance des professionnels, des usagers et des familles. Selon les témoignages de familles, nous avons pu noter des négligences dans la prise en charge des résidents affectés par le Covid. La prise en charge des résidents a été très disparate selon les territoires. Des résidents sous oxygène (à 9 litres parfois) sans hospitalisation alors que certains, affectés du Covid, pour les mêmes symptômes ont été transférés dans les établissements sanitaires. Comment peut-on expliquer ces inégalités aux familles ? Là encore le manque de transparence laisse planer le doute. A-t-on assisté à un tri de patients pour éviter l'engorgement des hôpitaux ou à des décisions prises pour donner suite à une analyse bénéfique/risque ?

Cette crise laisse beaucoup de souffrances dans les établissements. Cette souffrance ne pourra pas être uniquement prise en charge par une plateforme téléphonique. Il y aurait vraisemblablement besoin d'une offre de soutien médico-psychologique mieux connue et graduée, allant du numéro vert et des conseils de prévention, jusqu'à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire dont un psychologue du travail, pour répondre aux souffrances des professionnels. Il y a déjà eu des propositions en ce sens sur les territoires. Elles n'ont à ce jour pas abouti.

4) Protection des patients et des professionnels :

A notre grande surprise, alors que la plateforme « Tracing » de la CPAM agit pour détecter les clusters et pour éviter toute propagation du virus, une directive du Ministère de la Santé exclut les professionnels de santé de ce dispositif. Comment peut-on mettre les citoyens en confinement alors que les professionnels de santé doivent venir travailler étant « cas contact » ou « positif asymptomatique » ? Cette directive met en danger les professionnels, leur famille mais aussi les patients et les résidents non infectés par le virus. Des notes de services sont apparues dans les établissements pour appliquer cette directive, et mettre en avant la nécessité de service. Pour la CFDT, il faut mettre fin à cette directive et faire toute la lumière sur la responsabilité de celle-ci dans le développement de clusters dans les établissements.

Concernant les patients décédés suite à l'infection du Covid, les familles ont été et sont en grande souffrance pour avoir vécu une coupure dans les rites du deuil. Nous trouvons aussi des paradoxes dans les propos de l'OMS et de la HCSP concernant ces patients décédés :

- Selon l'OMS, le corps défunt n'est plus contagieux
- Selon le HCSP, le corps du défunt est moins contagieux du fait que les voies respiratoires ne sont plus, et qu'il n'y a pas de manipulation des organes.

5) Attractivité des métiers :

Le manque de personnels ne peut se régler par la seule augmentation des quotas dans les IFSI et IFAS. Il y a nécessité à travailler à l'attractivité des métiers. Le Ségur de la santé est une première étape qui doit être étendue à l'ensemble des professionnels du sanitaire du médico-social et du social pour une revalorisation salariale des carrières. Des actions d'amélioration des conditions de travail doivent à nouveau être proposées et coconstruites avec les représentants du personnel. Reconnaître les salariés passe aussi par la reconnaissance de leur capacité à agir sur leur travail, dans l'intérêt même de la structure qui les emploie. Les salariés doivent pouvoir s'exprimer sur leur travail et contribuer à définir les conditions dans lesquelles il doit s'organiser pour atteindre les objectifs fixés. Enfin, il est nécessaire que les établissements mettent en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences qui ne s'arrête pas simplement à des fiches d'entretien professionnel, ni à une cartographie pour certaines formations. Il est nécessaire de développer une politique RH au sein des établissements et un accompagnement des étudiants dans leur cursus. Les conditions dans lesquelles ceux-ci ont été amenés à venir travailler dans les établissements en étant inclus dans les effectifs a renvoyé une image dégradée du secteur. Les étudiants ont pallié un manque d'effectif certain dans les établissements et beaucoup ont témoigné de leur mise en difficulté dans leur parcours.

6) Coordination des acteurs de santé public et privé sur les territoires :

Nous avons pu constater une grande hétérogénéité de situation en fonction des territoires sur la question de la coordination des acteurs, que ce soit entre les acteurs de santé des secteurs public et privé ou entre les acteurs de la santé et ceux du retour vers le domicile. Pour exemple, le secteur du maintien à domicile sur certains territoires, a été dans l'obligation de faire du forcing pour être informés des patients infectés Covid. Cela a d'autant compliqué la mise en place des mesures sanitaires de protection des usagers et des professionnels au domicile.

7) Conclusion :

Le manque de professionnels de santé est patent et impacte la qualité de prise en charge des patients/résidents/usagers comme la qualité de l'exercice professionnel. Au regard des départs en retraite prévus, du manque d'attractivité des métiers, mais aussi au regard des mobilités des professionnels de santé prévus dans les cinq ans, un potentiel estimé de 80 000 emplois dans le secteur sanitaire et social serait à pourvoir entre 2012 et 2022. Cette situation est encore accentuée dans plusieurs territoires du Grand-Est par la situation frontalière. La proximité du Luxembourg et de la Suisse proposant de meilleurs salaires, des conditions de travail plus attrayantes, intéresse fortement les soignants. La région Grand-Est compte plus de 164 000 travailleurs frontaliers, dont plus de 4 800 infirmiers, aides-soignants et rééducateurs.

Les établissements régionaux n'arrivent pas à retenir leurs agents. Le métier d'aide-soignant fait face à une période de pénurie significative. La situation est alarmante,

notamment dans les EHPAD, alors que la charte du patient et/ou du résident inspirent des principes d'équité, de dignité, d'égalité de soins. Des principes qui sont encore éloignés de la réalité du terrain. Chez les infirmières, 30 % des personnes nouvellement diplômées abandonnent dans les cinq ans. L'explication se trouve dans le bilan de la profession : burnout, grande souffrance au travail, mauvaises conditions de travail, faible attractivité salariale, non reconnaissance de la pénibilité. La qualité de soins devient souvent incompatible avec les pressions institutionnelles et budgétaires.

La CFDT propose qu'au regard des enseignements de la crise :

- L'ARS sensibilise fortement les directions d'établissements sur la nécessité :
 - D'un dialogue social de qualité allant au-delà du formalisme des instances
 - D'espaces de discussions avec l'ensemble du personnel sur le travail, les marges de manœuvres et les choix des directions,
 - D'une revitalisation des instances de concertations avec les représentants des usagers.
- Que, conformément aux engagements pris par les deux précédents Directeurs de l'ARS Grand-Est, l'agence elle-même instaure des temps d'échanges réguliers entre les directions territoriales et les organisations syndicales représentatives pour, en complément des travaux de la CRSA, un partage d'informations sur le diagnostic territorial et la conduite du changement.
- Qu'un bilan par territoire fasse apparaître les évolutions nécessaires en termes de capacités des établissements mais aussi de compétences attendues pour un meilleur accès aux soins.
- Qu'un volet Gestion Prévisionnel des Emplois et des Compétences soit adossé au PRS revisité et aux projets d'établissements.
- Qu'un travail de fond soit engagé pour une meilleure attractivité des métiers des secteurs sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux.
 - Il nécessite de poursuivre les travaux prévus par le Ségur de la Santé et d'en étendre les revalorisations à l'ensemble des professionnels.
 - Il nécessite également d'engager des travaux d'amélioration des conditions de travail.
 - La revendication de la CFDT de voir se développer des espaces de dialogue sur le travail se justifie pleinement ici.
 - La CFDT propose qu'une attention particulière soit portée à l'arrivée de nouveaux métiers tels les IPA (infirmière Pratiques Avancées) et les assistants médicaux qui doivent dégager 15 à 20% du temps médical. Ces nouveaux métiers doivent contribuer à répondre aux besoins de la population.

- Sur ces différents points, l'impulsion doit venir du niveau national. Mais localement, la CFDT suggère que l'ARS se rapproche du Conseil Régional pour envisager les actions à conduire conjointement pour renforcer l'attractivité des métiers dans les zones en tensions.
- Concernant la préservation de la santé au travail des professionnels, la CFDT propose :
 - Que soit mis fin à la directive excluant les professionnels de santé du dispositif tracing et leur demandant de venir travailler même étant « cas contact » ou « positif asymptomatique ».
 - Que le nombre de professionnels du secteur qui ont été infectés, malades, et décédés à cause du COVID sur le territoire Grand -Est soit communiqué.
 - La mise en place de mesures de prévention adaptées à la situation des personnels et une médecine du travail efficiente dans chaque établissement.
- Qu'une réelle coordination entre le sanitaire, le social et le médico-social au niveau régional soit mise en place et qu'elle soit déclinée sur les territoires.