**Compte-rendu de la rencontre entre la FHF Nouvelle-Aquitaine et le Directeur Général de l’ARS**

**22 septembre 2021**

1. **COVID : mise en œuvre de l’obligation vaccinale et la mobilisation de renforts pour l’Outre-Mer**

**S’agissant de la mise en œuvre de l’obligation vaccinale**, la FHF Nouvelle-Aquitaine (NA) a dressé une synthèse des remontées des établissements sanitaires et médico-sociaux :

* La majorité des professionnels ont répondu à l’obligation vaccinale mais les établissements ont été contraints de suspendre certains agents après des entretiens parfois très pénibles, de recourir à des contrôles d’arrêts-maladie et ils déplorent également plusieurs démissions, disponibilités ;
* La continuité de certains services a été impactée, en particulier dans certains services (en psychiatrie, aux urgences, en pédiatrie…) et établissements de plus petite taille où l’absence d’un professionnel est susceptible d’engendrer une rupture de soins ;
* Certains établissements ont dû également répondre à des procédures juridiques et recours (courriers d’avocats dans les départements 47 et 24, référés-liberté dans les départements 64 et 65) engagées par des agents ou leurs représentants quant à la mise en œuvre de l’obligation vaccinale ;
* Malgré certaines invalidations d’arrêts maladie par des médecins agréés, ces suspensions et arrêts sont venus accroître les fortes problématiques RH auxquelles sont confrontés l’ensemble des établissements : difficultés de recrutement y compris pour ceux qui sont traditionnellement attractifs, hausse de l’absentéisme à des niveaux inédits, climat social dégradé suite aux sur sollicitations liées à la crise épidémique COVID (prise en charge des patients COVID, dépistage, vaccination, renforts OM…) et aux impacts en termes de qualité de vie au travail (multiples rappels).

Malgré l’effort global, la FHF NA alerte sur le niveau actuel de tension et sur la crise d’attractivité de la filière soignante publique (problème d’attractivité des écoles de formation) à laquelle il convient de répondre avec des dispositifs réfléchis en filière de soins qui pourront concerner la rémunération (sur-majoration d’heures supplémentaires ou la qualité de vie au travail).

* **Pour ce qui concerne la mise en œuvre de l’obligation vaccinale**
  + **A la demande de la FHF NA, l’ARS clarifie la position quant à la possibilité de suspendre un agent en arrêt maladie s’il ne répond pas à l’obligation vaccinale. La DGOS a récemment confirmé que ces agents en arrêt-maladie ne devaient pas être suspendus et invitent les établissements à diligenter des contrôles des arrêts qui apparaissent d’ « opportunité » ;**
  + **A cet égard, l’ARS rappelle qu’il convient que l’ensemble des établissements réponde à l’enquête nationale SOLEN sur le taux de respect de l’obligation vaccinale (actuellement, 30% uniquement des établissements ont renseigné cette enquête) ;**
  + **L’ARS informe, enfin, qu’elle va débuter les contrôles des professionnels libéraux, le 23 septembre, sur un rythme bi-mensuel à l’appui des listings adressés par l’Assurance-Maladie. Les sanctions seront proportionnelles à la durée de la non-conformité à l’obligation vaccinale ;**
* **Pour ce qui concerne les problématiques RH non médicales, l’ARS prend acte des difficultés et identifie, à court terme, plusieurs perspectives :**
  + **Le potentiel de personnels qui pourra être libéré à l’occasion des désarmements des grands centres de vaccination ;**
  + **Les professionnels mobilisables par l’intermédiaire de pôle emploi et au travers des démarches lancées par l’ARS en vue d’identifier des viviers de professionnels notamment sur les secteurs médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées) ;**
  + **Les solutions de garde d’enfants qui pourront être mises en place avec l’aide du rectorat pour répondre aux problématiques liées aux fermetures de classe.**

**S’agissant de la mobilisation de renforts pour l’Outre-Mer**, la FHF NA a rappelé la concomitance entre les demandes de renfort et la mise en œuvre de l’obligation vaccinale. L’envoi de professionnels en renfort des autres régions vient complexifier davantage les problématiques RH rencontrées par les établissements. Chaque contribution peut impacter le fonctionnement des services d’autant que les demandes de renfort ciblent les personnels de soins critiques eux-mêmes en difficulté.

Dans ce cadre et dans l’hypothèse de nouvelles demandes de renfort, la FHF NA a renouvelé le souhait d’une équité dans la pondération des objectifs-cible au regard des renforts déjà fournis par le public dans les premières rotations (18 privés/libéraux sur 146 volontaires, soit 12% de l’effort) et la demande, en conséquence, d’une mobilisation prioritaire du secteur privé (établissements et libéraux) pour un « effet rattrapage ».

**Suite à la sollicitation de la FHF NA, l’ARS indique avoir sollicité davantage le secteur privé dans la mobilisation des renforts pour l’OM**

* **Lors la dernière rotation vers les Antilles, le secteur privé a participé à hauteur de 34% des renforts pour l’OM (25% pour les établissements privés et 9% pour les libéraux) dont les demandes ciblaient les personnels formés à la prise en charge aigue (soins critiques) et aux soins de réadaptation.**

**Elle s’engage à réintervenir auprès des établissements privés et invite la FHF NA a faire remonter toute éventuelle problématique d’activité publique/privée liée aux renforts envoyés en Outre-Mer ;**

* **L’ARS adressera un tableau de bord de suivi des renforts Outre-Mer ;**

**Par ailleurs, suite aux dysfonctionnements signalés par la FHF NA, l’ARS confirme avoir mis en place une nouvelle organisation du dispositif de coordination des renforts afin de mobiliser les seuls personnels volontaires identifiés par les établissements en lien avec les référents par GHT.**

**La prochaine rotation est fixée au 1er octobre prochain. Le nombre de volontaires reste à préciser. Cependant, au regard de la diminution du taux d’incidence, les rotations devraient continuer à fortement diminuer.**

1. **Régulation de l’intérim médical**

La FHF NA alerte le Directeur général de l’ARS sur les craintes et les difficultés qui vont se poser avec la mise en place de la régulation de l’intérim via l’encadrement de la rémunération des praticiens intérimaires à compter du 27 octobre prochain en application de l'article L. 6146-4 du code de la santé publique :

Elle signale, d’ores et déjà, les risques de rupture de la continuité/permanence médicale dans certains établissements et territoires, en particulier dans des activités sensibles comme les urgences, les maternités, la réanimation… au regard de cette régulation et en perspective également de la suppression de la possibilité de recourir à de nouveaux contrats de cliniciens à compter du 1er janvier 2022. Les établissements constatent la diminution du nombre d’intérimaires candidats pour assurer des remplacements en fin d’année après l’entrée en vigueur de la régulation.

Afin d’appréhender au mieux cette situation, une enquête intérim co-construite par la FHF NA et l’ARS va être adressée aux chefs d’établissement et Directeur des Affaires médicales visant à identifier les territoires et spécialités en difficulté dans le souci d’assurer, dans un second temps, l’organisation de la continuité de l’offre par l’intermédiaire d’une entraide ou d’une réorganisation temporaire de l’offre au niveau des territoires.

En conséquence, la FHF NA demande à l’ARS d’organiser, via ses délégation départementales, des réunions territoriales sur le sujet de la mise en place de la régulation de l’intérim médical afin d’organiser l’offre de soins.

**Le Directeur général de l’ARS confirme la réception d’une instruction précisant que les comptables ont pour consigne de bloquer, dans leur intégralité, les rémunérations des contrats d’intérim médical dépassant le plafond réglementaire ou ne respectant pas les conditions fixées par la réglementation. En revanche, il propose de soumettre à la coordination des Directions générales d’ARS la mise en œuvre d’un période « tampon » durant laquelle les Directeurs généraux d’ARS ne défèreront pas les contrats irréguliers devant le tribunal administratif. Dans l’attente, il encourage les établissements à ouvrir le dialogue avec les intérimaires afin de leur proposer des embauches.**

1. **Travaux relatifs à la révision intermédiaire du Schéma Régional de Santé (SRS)**

Conformément au calendrier présenté en CSOS le 4 juin dernier, la révision du Schéma Régional de Santé (SRS) devait se décomposait en trois temps :

* Révision ciblée du SRS en 2021 avec modification pour trois activités de soins (EML, gynécologie-obstétrique et soins de suite et de réadaptation) et mise à jour des 12 autres OQOS ;
* Révision intermédiaire en 2022 sur tous les OQOS intégrant les premières réformes des autorisations ;
* Révision du PRS à 5 ans en 2023.

Or, lors de la dernière rencontre entre la FHF NA et l’ARS, la DOSA avait été informée par la DGOS que la totalité des autorisations délivrées avant la révision globale du PRS en 2023 seront, toutes sans exception, rendues caduques avec la révision globale.

Après concertation de son bureau, la FHF NA, confirme au Directeur général de l’ARS qu’il apparaît essentiel de maintenir la révision intermédiaire sur l’ensemble des OQOS au regard des enjeux pour certaines activités intégrés dans les projets et schémas directeurs des établissements. En conséquence, il est proposé de constituer des groupes de travail, sur les mois d’octobre à décembre 2021, portant sur la stratégie relative aux activités d’urgence (H24/H12) faisant l’objet d’une réforme en cette fin en cette fin d’année, ainsi qu’aux activité d’EML et de médecine nucléaire. Pour les autres spécialités, un recensement pourrait être organisé hors groupe de travail spécifique.

**L’ARS s’engage à reprendre l’attache de la FHF NA afin d’assurer sa représentation dans les groupes de travail de la révision intermédiaire du SRS.**

1. **Situation financière des établissements de santé et médico-sociaux**

*S’agissant des établissements médico-sociaux*

De nombreux établissements médico-sociaux ont fait remonter la forte dégradation de leur situation financière en 2020 et 2021 avec des rejets d’EPRD dont les principales causes sont :

* Une baisse significative des taux d’occupation par rapport à 2019 avec une diminution globalement évaluée à 4% pour 2020 et 9% pour janv-fev 2021 (Chiffres FHF nationale) ;
* Des pertes de recettes 2020 qui restent à la charge des établissements : si un tiers des EHPAD répondants ont vu leurs pertes totalement compensées, plus de la moitié a reçu des compensations inférieures à 50% de leurs pertes (Chiffres FHF nationale) ;
* Des pertes de recettes sur 2021 pour les EHPAD qui pourraient être deux fois plus importantes (+209%) qu’en 2020 (Chiffres FHF nationale) ;
* Près de 15M€ de surcoûts n’ont pas été compensés par des aides financières au titre de l’année 2020 pour les EHPAD et USLD et le début d’année 2021 apparait particulièrement inquiétant puisque ce sont déjà 9,5 M€ de surcoûts déclarés par 335 établissements (EHPAD et USLD) (Chiffres FHF nationale) ;
* A cela s’ajoute la non compensation intégrale des mesures salariales dont la prime grand âge et le Complément de Traitement Indiciaire dans le cadre du Ségur mise en exergue par l’enquête réalisée par la FHF NA en 2020 et en 2021 auprès des établissements médico-sociaux
  + S’agissant de la prime grand âge, 78% des EHPAD constatent un sous financement avec un écart moyen entre le coût réel de la mesure et la compensation financière reçue de 20 000 € sur une année pleine (soit un financement à hauteur de 76%)
  + S’agissant du CTI, 88% des EHPAD constatent un sous financement avec un écart moyen de 90 000 € sur une année pleine (soit un financement à hauteur de 73%).

A ces deux mesures, il faudra également ajouter les revalorisations des grilles indiciaires des personnels de la filière soignante, médicotechnique et rééducation pour lesquelles, à ce jour, les établissements ne disposent pas d’information sur leur financement.

**L’ARS rappelle l’enquête en cours relative aux surcoûts COVID (dont les mesures CTI) pour laquelle elle a relevé de nombreuses atypies dans les réponses des établissements.**

*S’agissant des établissements sanitaires*

La FHF NA signale que, depuis plusieurs semaines, les établissements sanitaires alertent sur l’absence de compensation intégrale de la mesure CTI. Ils constatent, en pratique, un écart entre les financements perçus pour la compensation du complément de traitement indiciaire (CTI) et les coûts réellement engagés. Ces constats sont réalisés par des établissements de tout champ d’activité faisant apparaître de nombreux effets de bord non identifiés dans la délégation de ces crédits

La FHF Nouvelle-Aquitaine a saisi le pôle finances de la FHF et a obtenu la confirmation par la DGOS que les mesures liées au CTI pour 2021 avaient vocation à être intégralement compensées

* S’agissant des établissements psychiatriques, le financement des établissements sous DAF a été fait en fonction de la SAE déclarée par les établissements. Ainsi la compensation doit être intégrale sous réserve de l’exhaustivité et de la fiabilité de la déclaration SAE et de l’écart de financement entre les effectifs 2021 et les effectifs déclarés en 2019.
* S’agissant des établissements MCO, la méthode retenue a été celle d’une ventilation du financement du CTI à hauteur du poids des différents vecteurs (tarifs, MIGAC, forfaits, dotations etc.).

La FHF a alerté, à de multiples reprises, le Ministère, sur la complexité de ce dispositif et a demandé à ce qu’une notice ATIH accompagne ce dernier versement afin d’expliquer aux établissements la méthodologie employée. Malgré les mesures de péréquation, il apparait en pratique indispensable que l’ARS puisse étudier les situations des établissements faisant part d’un constat de sous-financement et d’un financement complémentaire soit accordé en cas d’écart avéré.

Dans ce contexte, la FHF NA informe l’ARS qu’elle va lancer, d’ici la fin de la semaine, une enquête auprès des directeurs des affaires financières afin de vérifier l’impact réel de la mesure complément de traitement indiciaire (CTI) (delta entre les charges et les recettes) et d’évaluer, plus largement, les perspectives d’atterrissage budgétaire pour l’année 2021.

**L’ARS confirme que la péréquation sur la partie MCO va intervenir dans les prochains jours. L’ARS a, d’ailleurs, déjà délégué la péréquation CTI à certains établissements qui étaient en difficulté sur leur trésorerie au mois de septembre. A cet égard, elle précise que la péréquation est calculée au regard des financements déjà octroyés dans les tarifs. Ainsi, cette péréquation bénéficiera proportionnellement davantage aux établissements qui ont une activité plus faible.**

**S’agissant des perspectives d’atterrissage budgétaire, l’ARS a comparé les comptes financier 2019 et 2020. Il en ressort les tendances suivantes sans correction des aides ni des produits de cession :**

* **Les résultats se sont améliorés en 2020. Le déficit global des établissements s’est réduit de 13 M à 2,5 M € ;**
* **Les établissements déficitaires sont passés d’un déficit de 44 à 42 M €. A noter que 90% du déficit est concentré sur 14 établissements ;**
* **La garantie a eu un effet sur la marge brute qui passe de 32 à 39 M € ;**

**Elle précise également que l’arbitrage sur les compensations de surcoûts COVID (hors 1er quadrimestre 2021) n’a pas encore été rendu.**

1. **Questions diverses**

* **Renouvellement des CTS : l**a FHF NA sollicite l’ARS afin de ne pas diminuer le nombre de représentants de la FHF NA dans les CTS et ainsi de conserver le niveau de représentation actuelle au regard notamment de la configuration variable des territoires

A cet égard, elle précise que la réglementation encadre le nombre de représentants d’établissements sanitaires et médico-sociaux dans les CTS mais ne précise pas la répartition de ces sièges entre les différentes fédérations

* L’ARS doit apporter rapidement une réponse à la FHF NA
* **Centres de vaccination :** la FHF NA interroge l’ARS sur la possibilité d’utiliser les doses de vaccin surnuméraire (restantes en fin de journée) pour effectuer des rappel (3ème dose) pour les personnels volontaires au lieu de les jeter
* L’ARS rappelle que l’utilisation de doses surnuméraires pour effectuer des rappels sur des personnes de moins de 65 ans n’est pas autorisée aujourd’hui dans l’attente du positionnement de l’HAS
* **Ségur :** la FHF NA rappelle que le Ségur investissement devrait viser prioritairement à la restauration des patrimoines et équipements des établissements.
* L’ARS rappelle que la priorisation des projets Ségur investissement est réalisée sur la base de deux critères prioritaires, le premier relatif au caractère structurant du projet pour l’offre de soins et le second relatif au taux de vétusté sous réserve que le projet soit considéré comme nécessaire pour l’offre du territoire.
* Elle confirme qu’elle souscrit à la demande de la FHF NA visant à garantir l’équité et la transparence dans la grille d’étude des projets
* **Déploiement de Logimed :** le CNG souhaite finir le déploiement de Logimed, logiciel de gestion des postes médicaux de la FPH doté d’un module GPEC d’ici fin 2023.

Aujourd’hui, seuls 250 établissements l’ont déployé dont les établissements du GHT 33.

Le déploiement de ce logiciel va se poursuivre dans 4 régions expérimentatrices : l’Occitanie, la Bretagne, les Pays de Loire et la Nouvelle-Aquitaine.

* L’ARS interroge la FHF NA quant au calendrier et propose de échéances aux choix : avril ou juin 2022. La FHF NA apportera une réponse après consultation des établissements adhérents
* **Projet de mentorat piloté par le CNG** : organisation du lancement de la démarche en Nouvelle-Aquitaine le 29 septembre prochain à laquelle une représentation des 12 GHT de la Région NA expérimentatrice est attendue pour une mise en œuvre du dispositif à compter de janvier 2022.