

Audition de M. Maxime MORIN, Secrétaire général adjoint du SYNCASS-CFDT **Devant la commission d'enquête sénatoriale sur la situation** **de l'hôpital et le système de santé en France**

14 février 2022

Les facteurs de tensions sur les ressources humaines

Les tensions qui affectent l'hôpital, mais aussi le secteur médico-social, ne sont pas nouvelles et résultent de facteurs multiples, dont la pression financière excessive sur les établissements, la démographie insuffisante de certaines professions et sa répartition, le poids des normes multiples, le morcellement des fonctions, la complexité croissante des organisations, la transformation progressive des activités, la densité croissante de tâches, certaines évolutions sociales, le rapport au travail... On ne peut ramener à une cause unique ce qui est largement plurifactoriel. Menées dans une urgence compréhensible, les discussions du « Ségur de la santé » n'ont pas permis les approfondissements nécessaires, ni fait participer suffisamment les acteurs à la réflexion.

Plus spécifiquement, la formation des étudiants infirmiers a subi des évolutions considérables ces trois dernières années. En premier lieu, l'intégration de la formation IDE dans Parcoursup a modifié les profils de recrutement : la formation IDE est le choix premier fait par les candidats dans Parcoursup, juste devant les études de médecine ; la proportion de bacheliers a augmenté, mais aussi le nombre d'étudiants sans connaissance préalable, issue de la proximité familiale ou née d'une première expérience du milieu professionnel ; leur répartition sur le territoire a également été bouleversée, augmentant les retours dans la région d'origine à l'issue de la formation. Il est un peu tôt pour tirer des leçons de cette évolution (2021 a vu la première promotion sortant après sélection dans Parcoursup), d'autant que l'épidémie est venue compliquer leurs parcours d'études, mais on constate déjà des taux d'abandon en cours de formation plus importants (parfois jusqu'à 25%) et des professionnels inquiets ou déçus des étudiants qu'ils reçoivent en stage.

De plus, la crise sanitaire est venue perturber cette formation exigeante, soit en empêchant la tenue de certains stages, soit en montrant un quotidien de l'hôpital particulièrement affecté par les nombreuses réorganisations imposées par la crise, environnement déstabilisant pour les jeunes. La dimension de compagnonnage de la formation, qui devrait être un atout, se transforme en handicap compte tenu de situations de terrain dégradées. L'attractivité de la formation passe donc aussi par le réenclenchement d'un cercle vertueux entre des conditions de travail améliorées et des stages à nouveau épanouissants.

Le taux d'absentéisme atteint lors des différentes vagues est lui aussi préoccupant, car on n'entrevoit pas encore de baisse significative. L'épidémie a aussi généré des besoins « hors hôpital », certes ponctuels mais qui durent, qui sont plus rémunérateurs comme les centres de vaccination par exemple et mieux adaptés au style de « vie choisie » aujourd'hui plébiscité : « je travaille quand je veux, sans avoir à m'insérer dans une équipe où les vies de dizaines d'autres personnes doivent être conjuguées à la mienne. »

On constate un phénomène supplémentaire, dont l'ampleur sera à mesurer avec des outils précis - mais inexistantes actuellement - dans la durée et selon que la sortie de la crise l'atténuera ou non, de départ de professionnels, soit vers le secteur privé, soit vers d'autres activités. Il renforce gravement les difficultés existantes, fragilise davantage les établissements et impose de trouver des solutions ambitieuses pour rétablir l'attractivité, au-delà des nécessaires améliorations des rémunérations.

Facteurs et leviers de la qualité de vie au travail

Les contraintes pesant sur le fonctionnement de l'équipe de soins, le travail de nuit et un week-end sur deux, le rythme de congés lié à la continuité des soins (notamment pour les professionnels non prioritaires pour raisons familiales à certaines périodes cruciales, comme l'été ou lors des fêtes de fin d'année) ne sont pas nouvelles, mais ont été d'autant plus ressenties durant la crise sanitaire qui a accentué les tensions et dégradé les conditions d'exercice. Il faut sans doute s'attendre à une persistance de la perte d'attractivité, si la qualité de vie au travail ne peut pas être nettement améliorée. Il est vain de prétendre trouver des solutions totalement innovantes. Elles viendront d'abord d'une amélioration des conditions de travail : moins de

rappels sur les plannings, une gestion des remplacements plus respectueuse des rythmes de vie, des effectifs permettant de faire un travail de qualité, l'accès à la formation continue et à la promotion professionnelle qui restent des atouts importants... Il s'agira aussi de revenir à davantage d'autonomie et de responsabilité des équipes dans l'organisation du travail, en faisant appel aux compétences et en libérant les capacités d'initiative.

La condition : disposer des effectifs suffisants afin de ne pas être en risque permanent, au premier arrêt, à la moindre absence (congé maternité ou arrêt maladie prolongé), d'une réadaptation imposant de revoir horaires, jours de travail ou permanence des soins. Clairement, les établissements ne disposent pas des moyens financiers requis (même s'ils ont des outils, grâce aux textes sur le dialogue social) pour la mise en place de politiques sociales plus attractives ou tout simplement d'un fonctionnement normal, respectueux des personnes et des règles en vigueur. Les tarifs T2A, plus encore la pression permanente sur la masse salariale supportée ces dernières années, ne prévoient aucune marge de manœuvre pour cela. Il faut rappeler que tous les établissements ont aujourd'hui dans leurs effectifs des agents dont l'état de santé ne leur permet plus de travailler dans leur domaine de qualification, en particulier des aides-soignantes. Les efforts sont à accompagner pour favoriser le reclassement de ces personnes, et surtout améliorer les conditions de travail pour que ces situations soient moins fréquentes.

Simplification des procédures et des contrôles - délégation de tâches

Nous pensons que l'ensemble des acteurs hospitaliers sont concernés par cette question, et les directeurs plus encore que les autres. La place prise par les procédures de contrôle et de remontées d'information résulte de facteurs divers, qui ne sont pas liés seulement à la recherche de qualité et de sécurité. On peut citer, l'explosion des normes et des certifications, l'application du principe de précaution, le nombre de niveaux d'interventions de l'Etat, des ARS et des opérateurs publics, au risque de la bureaucratie. Ces facteurs ne sont pas internes à l'hôpital, mais émanent ou sont décidés du dehors. Simplifier ou limiter les effets négatifs ne peut dès lors pas être à l'initiative directe des hospitaliers, a fortiori de leurs directeurs. Mais il faut insister sur le coût croissant que représente la multiplication des procédures, directement subie par les établissements. C'est un enjeu qui mérite d'être évalué.

S'agissant de la gestion administrative, tout dépend où l'on fixe la limite entre les domaines médical et administratif : tout ce qui relève de l'information médicale, des dossiers médicaux, des données personnelles du patient, des échanges entre professionnels, des traitements et thérapeutiques, de l'information et l'échange avec les familles... qui pèsent sur les médecins n'est pas déléguable. Les outils pour faciliter ou aider (nous pensons ici aux outils numériques) existent, mais on peut sans doute regretter le trop faible investissement courant permis aux établissements en la matière (toujours la question des tarifs et du financement) et du coup le retard de la France, voire ses échecs (le DMP, les DPI disparates...) dans ce domaine.

Le poids des effectifs administratifs a été régulièrement dénoncé, mais à tort, car les chiffres publiés par la DREES montrent que le taux de personnel administratif dans les hôpitaux publics est constant ces dernières années, autour de 13%, inférieur à celui des cliniques. Ce qui s'est renforcé depuis quinze/vingt ans, ce sont les tâches de communication ville/hôpital/patients et de facturation. Les emplois administratifs ayant le plus crû sont ceux d'AMA et de TIM/admissions (dans une clinique, le service administratif le plus fourni est celui de la facturation !). Les personnels administratifs sont largement dédiés à des tâches (cotation, courrier, coordination, facturation) lié au système de financement.

On a dit en introduction notre scepticisme quant à une modification du système pour baisser le niveau d'exigences et de tracasseries. Il faudrait pour cela une confiance dans les acteurs que nous appelons de nos vœux mais à laquelle nous croyons peu, au vu de l'histoire récente.

Le recrutement de personnes pour décharger les médecins supposerait, outre le financement qui n'est pas prévu, une délégation claire des tâches confiées et des responsabilités exercées, pour laquelle les représentants des médecins se montrent divisés et encore réticents. On voit les difficultés que rencontre le développement des métiers d'assistants médicaux ou d'IPA... et le recul frileux quant aux professions médicales intermédiaires...

Processus de décision interne et gouvernance

Il n'est, ni utile, ni nécessaire d'intégrer un praticien dans les équipes de direction pour avoir un dialogue approfondi et sincère avec l'ensemble de la communauté médicale. Si tel était le cas, il faudrait dans cette logique intégrer aussi dans les équipes de direction un représentant du personnel, un psychologue, une sage-femme, une AMA... pour mieux appréhender le ressenti et les besoins de chacun (il y a plus de 100 métiers à l'hôpital ; parmi ceux-ci, certains ne se sentent pas nécessairement bien représentés par un des leurs ; c'est le cas des praticiens où se côtoient des médecins, des chirurgiens, des biologistes, des urgentistes...).

L'hôpital de Valenciennes, souvent cité en exemple (et que vous êtes allé visiter), ne se singularise pas que par sa gouvernance. A l'heure où les pôles sont remis en question, cet établissement a misé sur ceux-ci. Il a aussi donné de l'autonomie dans des domaines pourtant encadrés par la loi, comme celui de la rémunération médicale, au-delà des règles relatives à l'intéressement. Est-ce le souhait des pouvoirs publics ? La Loi Rist n'a pas semblé prendre cette voie là... L'hôpital de Valenciennes dégage en effet régulièrement un résultat excédentaire lui assurant des marges en matière de recrutement et d'investissement.

Cette situation n'est pas la règle générale et une grande proportion d'établissements se trouve dans des zones en déclin démographique, ou affectés d'un déficit d'attractivité médicale leur interdisant de telles perspectives. Il reste aussi à mesurer, globalement et au cas par cas, l'efficacité du système hospitalier et de santé, en fonction d'indicateurs encore à améliorer, que ce soit pour la population du Hainaut, dans l'exemple cité de Valenciennes, comme pour tous les autres bassins de population. Autrement dit, il faut pouvoir mesurer si le niveau de l'activité des acteurs de santé d'un territoire, générateur de recettes pour ceux-ci et de dépenses pour le système de protection sociale entraîne bien les effets attendus sur les états de santé des populations desservies. Cette mesure du juste soin au juste coût est complexe, car dépendant aussi de paramètres externes à l'action des acteurs de soins.

L'organisation hospitalière a été profondément affectée par la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, impulsée par les pouvoirs publics et renforcée par le biais de fusions d'établissements ou de directions communes, à l'initiative des responsables hospitaliers ou encouragés par les ARS sans toujours disposer d'objectifs sanitaires vérifiés, créant des entités hospitalières parfois obèses.

Il n'est pas démontré que le gigantisme ainsi obtenu constitue alors une réponse adaptée, les inconvénients pouvant l'emporter sur les avantages affichés. De plus, à l'heure de la réhabilitation du « service » comme entité de base de l'organisation hospitalière (et lieu aussi de la réalisation personnelle dans un travail collectif de qualité), les GHT vont devenir des regroupements de pôles, dans l'objectif de lutter avec un environnement concurrentiel, sur un territoire élargi avec le recours d'équipes médicales et soignantes si possibles fournies et mobiles. Nous verrons si la nouvelle Commission médicale de groupement répond aux objectifs de « médicalisation » des orientations stratégiques. Mais y adjoindre maintenant un directeur médical serait une pièce ajoutée au mécano institutionnel, sans intérêt et source de conflits

Ce qui met à mal les communautés hospitalières, ce sont les contraintes financières induites par le mode de financement et les arbitrages nationaux. Quand on peut dire oui, il n'est pas nécessaire d'avoir un médecin dans l'équipe. Quand on doit dire non, les décisions semblent toujours éloignées du soin, qu'elles soient formulées par un directeur administratif ou par un directeur médical !

Ce qui éloigne finalement du soin et du terrain, c'est le gigantisme des entités GHT qui constituent aujourd'hui notre organisation hospitalière. Un management efficace et à l'écoute des équipes est un management de proximité. Nous n'en prenons pas le chemin.

Évolution et amendement du système de financement

Comme exposé en propos introductif, il convient de mettre en adéquation l'augmentation des besoins en santé et de leurs coûts avec l'accroissement suffisant de l'ONDAM, et ne plus en faire un outil de pression par de fausses « économies » sur les établissements hospitaliers publics (les plus faciles à contrôler, tant au plan institutionnel que financier, au regard de la dérive bien moins contrôlée et contrôlable des soins de ville).

Il y a toujours eu une réticence des pouvoirs publics à définir des normes et des ratios, sauf pour certaines activités, dont les soins critiques, car ces éléments étaient opposables aux tutelles. C'est pourtant une piste à approfondir pour garantir la qualité et la sécurité.

Les travaux sur la pluri annualité, et récemment ceux menés par le HCAAM à la demande du ministère, portant sur la définition de l'ONDAM, ne sont pas directement transposables à la définition des EPRD des établissements. La crise sanitaire a par ailleurs démontré le caractère quelquefois théorique des anticipations. En pratique, les hôpitaux ont toujours une vision pluri annuelle en matière d'investissement. Pour leur fonctionnement, le passé récent leur a d'abord fait subir la pratique de la réduction ou du gel prudentiel des dotations et des tarifs...

Il faut aussi définir les ressources permettant de poursuivre durablement des objectifs d'amélioration de l'état de santé des populations, qui certainement s'étaleront sur plusieurs années. Cela plaide bien sûr pour un niveau suffisant des tarifs et un engagement durable des dotations. Certaines activités se prêtent mieux à des socles ou dotations, notamment pour assurer une couverture suffisante aux populations concernées. On l'a dit, il est utile de distinguer ce qui peut être financés à l'acte ou au séjour, dont le contenu de soins est bien défini et isolé, et ce qui relève d'un financement forfaitaire, dont les malades chroniques ou poly pathologiques.

Pertinence des soins

Les effets revenus liés à la tarification à l'acte ou à l'activité rendent aléatoire, sinon illusoire, toute mesure sérieuse de la pertinence des soins. Les travaux de la MECSS du Sénat, il y a quelques années, chiffrèrent d'autre part à 30% le volume des actes hospitaliers réalisés, non directement pour les soins, mais au titre du principe de précaution et pour la couverture du risque médico-légal des opérateurs. Le thème de la pertinence est souvent affiché sans aller au-delà au risque de le réduire à l'état de slogan. Cela ne signifie pas que l'on puisse s'en désintéresser, mais pour engager ce travail, il faut que la sécurité de revenus assurée aux acteurs leur permette d'investir le juste soin.

Il faut assurer simultanément une répartition équilibrée des professionnels sur l'ensemble du territoire et entre les établissements. De nombreuses études établissent que le niveau de l'activité est davantage corrélé à la densité des opérateurs qu'aux besoins des populations desservies. Chaque acteur assure son revenu, à travers une activité élevée, y compris par un élargissement des indications thérapeutiques lorsque la densité de professionnels est forte et par son resserrement lorsque cette densité est faible, ou en refusant des patients lorsqu'il ne dispose plus de plages libres. Les déficits en professionnels entraînent alors, soit une renonciation aux soins, soit un déplacement des patients et des délais aux prises en charge. Dans tous les cas, on se trouve alors loin de la pertinence des soins et de son analyse.

Organisation territoriale des soins

Nous pensons en effet que l'organisation territoriale actuelle est largement perfectible : pour l'hôpital, les périmètres des GHT et leur organisation sont aujourd'hui trop dissemblables pour constituer un outil universel. Les CPTS sont par ailleurs trop récentes et le territoire national n'est pas uniformément couvert. Ces deux outils de coopération sont spécifiques à chaque secteur et n'assurent pas la collaboration indispensable entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Pour le secteur hospitalier, il entérine la fracture entre le service public et le secteur commercial.

Sur le strict plan du droit, la responsabilité, qu'elle soit « populationnelle » ou autre, ne peut être collective : on ne peut être tenu responsable juridiquement que de ses propres actes et décisions, pas d'une situation que l'on ne maîtriserait pas directement, voire génératrice d'un dommage ou susceptible d'une réparation, sous le contrôle du juge. A fortiori s'il s'agit d'une carence dans l'organisation du système de santé, relevant d'abord de l'autorité administrative des pouvoirs publics. A défaut de responsabilité juridique, il s'agirait alors d'une responsabilité morale, mais dont les contours resteraient peu définis et les obligations incertaines. Le seul moyen de fixer une responsabilité populationnelle impliquerait une hiérarchie au sein des acteurs de santé, avec un décideur et des exécutants sur un territoire. Cela est inenvisageable.

De plus, la responsabilité « populationnelle » évoquée ne saurait être que partagée si l'on ne veut pas qu'elle repose comme aujourd'hui uniquement sur l'hôpital, chargé implicitement de compenser les carences du système. C'est en particulier le cas

sur la permanence des soins : il est crucial que cette obligation des gardes soit réintroduite et assumée par la médecine de ville. La décision de 2003 de suppression de cette obligation a été funeste.

L'enjeu reste le pilotage et l'arbitrage. Place à l'autonomie et à la capacité de construction des acteurs locaux, ou bien fixation d'un cadre commun et d'objectifs similaires avec contrôle de leur respect et atteinte ? Nous pensons qu'il est du devoir de l'Etat de fixer les objectifs d'une politique de santé et d'assurer l'accès aux droits, dont l'accessibilité géographique et financière aux soins. Nous revendiquons un cadre d'autonomie et de responsabilité partagée pour les acteurs locaux en charge de leur mise en œuvre. Nous concluons que la « santé » est aujourd'hui d'acception globale, soit au sens de l'OMS. Elle inclut ainsi d'abord la prévention mais aussi la dépendance (âge et handicap) ainsi de l'accompagnement et la prise en charge de l'enfance. Le SYNCASS-CFDT défend cette vision depuis longtemps comme socle de toute son action.