

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

Propos introductifs

Monsieur le Président,
Madame la Rapporteuse,
Mesdames et Messieurs les Sénateurs,

Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter de nous entendre, nous représentants élus des corps de direction de la fonction publique hospitalière et forts de notre expérience du terrain, dans le cadre de votre commission d'enquête, au même titre que vous avez auditionné d'autres acteurs du système de santé français.

Le SYNCASS-CFDT est le premier syndicat des directeurs de la fonction publique hospitalière, majoritaire absolu en nombre de voix exprimées et donc en nombre d'élus au comité consultatif national commun, instance représentative pour les trois corps de direction, lors des dernières élections professionnelles. Il représente et compte également au sein de ses 2 500 adhérents, ce qui le place parmi les plus importants syndicats de la CFDT, des médecins, des attachés d'administration hospitalière, ingénieurs, cadres de direction du secteur privé lucratif et associatif ainsi que des pharmaciens salariés d'officine (non gérants employeurs). Il est rattaché à la CFDT Santé-Sociaux, la plus importante de la CFDT.

La mise en tension du système de soin générée par la crise sanitaire et ses conséquences, en particulier sur l'hôpital public, vous ont conduit à initier cette mission d'enquête dont nous attendons les conclusions avec intérêt. L'analyse du SYNCASS-CFDT est que la crise sanitaire n'a fait que mettre en lumière, en les révélant, les symptômes en germe depuis des années, dont les premiers signes (mouvement social dans les EHPAD et des personnels de la prise en charge au domicile, grève récurrente des services d'urgences, mouvement des sages-femmes, saturations aiguës du capacitaire en période hivernale...) constatés avant même l'épidémie, n'avaient pas reçu l'attention suffisante pour y détecter une crise systémique bien réelle.

Pourquoi cette indifférence ou ce manque de réactions ?

On regrette souvent en France l'absence de consensus transpartisan autour des politiques publiques les plus structurantes. L'hôpital public et plus globalement le système de santé connaissent au contraire depuis plus de vingt-cinq ans une grande continuité de l'action publique. Depuis la création de l'ONDAM et des ARH en 1996, en passant par la mise en œuvre de la T2A en 2005 et des ARS en 2010, tous les gouvernements, au fil des alternances, ont poursuivi, peu ou prou, la même politique de contrainte budgétaire et de contrôle comptable.

Ce consensus n'était pas seulement politique. Ceux qui dénoncent aujourd'hui l'état du système de santé l'attribuent aux mauvaises décisions prises par les élus sans écoute du terrain. En réalité, il y a toujours eu dans les ministères et les institutions sanitaires (HAS, ANAP, ARS...) des économistes, experts, « conseillers médicaux » pour approuver tant la baisse du numérus clausus que la recherche d'optimisation imposée sans cesse à l'hôpital (taux de chirurgie ambulatoire inatteignable, baisse des durées de séjour et du nombre de lits, pression constante sur la masse salariale, exigence d'augmentation de la productivité...).

Cette politique de pression par les « économies » ne s'est donc pas faite dans le silence, ni en autonomie managériale (rappelons que, si les établissements publics de santé et médico-sociaux disposent de l'autonomie juridique et budgétaire, les directeurs sont eux des fonctionnaires, dont le rôle est d'appliquer les politiques publiques votées par les majorités librement élues par nos concitoyens) mais dans une persévérance politique unanime. Ses limites évidentes pourtant ont enfin été reconnues par les pouvoirs publics, lors de la crise sanitaire puis du Ségur de la santé.

Aujourd'hui les mots ne suffisent plus à solder les problèmes

Pas une loi de santé depuis quinze ou vingt ans qui ne s'intitule ou ne vise à « l'amélioration de l'accès aux soins », dans un contexte d'inflation législative, de stratégies et de plans multiples. Pourtant les chiffres publiés régulièrement par des organismes publics d'études et de statistiques comme le vécu exprimé par les citoyens disent tout le contraire : le constat d'une dégradation flagrante de l'accès aux soins, dans des points toujours plus nombreux du territoire, d'un accroissement toujours plus grand des inégalités en santé, le plus souvent en miroir des inégalités sociales. Les cartes se superposent indiscutablement en la matière. Mon exercice professionnel dans la région Hauts de France me permet de l'affirmer !

Depuis quelques années, un autre mantra est répété à l'infini : simplification. En réalité, plus le contrôle budgétaire et comptable s'accroît, plus le reporting, les enquêtes de détail, les dossiers à fournir, les appels à projet auxquels il faut répondre (sous couvert d'une fausse concurrence, favorisant des organisations centralisées, prêtes à dégainer du dossier « tout fait ») sont lourds et complexes. Dans un écosystème de contrainte répétée par le financement et en l'absence de confiance envers les acteurs de terrain (la campagne de vaccination contre la Covid l'a amplement démontré), aucune simplification ne peut être attendue : le contrôle par la norme et la vérification tatillonne font partie intégrante du modèle ONDAM/T2A. Le financement à la qualité ou à la performance est un avatar du même modèle et souffre, au-delà du principe, des mêmes insuffisances.

Enfin, l'illusion de la recherche d'économies d'échelles, notamment à travers les groupements hospitaliers de territoire, s'est ajoutée à l'exigence d'économies et à l'inflation normative, au motif que cela recréerait des marges de manœuvre. L'addition des pénuries n'a cependant pas abouti à rétablir les équilibres, ni à effacer les carences en ressources humaines.

Non, le système de santé français n'est ni simple, ni lisible, surtout pas pour ses usagers. Oui, il s'est dégradé au point de ne plus répondre à ses objectifs constitutionnels d'égal accès aux soins et d'amélioration de l'état de santé des populations, de toutes les populations.

Pour répondre à ces enjeux, le SYNCASS-CFDT préconise et revendique une politique de santé mettant l'accent sur trois axes fondamentaux à même de susciter à la fois l'efficacité du système et l'indispensable adhésion des acteurs.

1 - Mettre au cœur du système la meilleure réponse aux besoins de santé :

Les débats parlementaires sur la loi annuelle de financement de la sécurité sociale portent essentiellement sur les ressources que peut mobiliser la collectivité nationale pour les dépenses de santé. Leur taux d'accroissement est souvent commenté, mais leur efficacité, les résultats sanitaires que la population est en droit d'escompter, sont très peu pris en compte. Le rapport annuel « charges et produits » de l'assurance maladie et le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pourraient être utilement enrichis en ce sens, sous réserve de privilégier l'amélioration du système et non la recherche d'économies supplémentaires.

Cela est possible, sous réserve de changer de logique et a été parfois réalisé. Ainsi, à l'occasion des décrets de périnatalité de 1998 et 2000, des objectifs d'amélioration d'un nombre limité d'objectifs chiffrés et comparables au niveau international avaient été fixés : taux de césariennes, taux de péridurales, taux de mortalité infantile et maternelle. Robustes et consensuels, ils sont encore aujourd'hui régulièrement publiés et comparés. Ils ont permis de suivre l'amélioration franche, puis plus récemment la stagnation en la matière. Les données générales existent et les outils sont disponibles pour que la politique nationale vise explicitement des objectifs d'amélioration de l'état de santé des Français. Les financements doivent servir ces objectifs, leur atteinte ou non pour déterminer l'effort à consentir. La prévention prendrait d'autant plus facilement sa place qu'elle viendrait servir ces objectifs.

2 - Accentuer la place et le rôle des usagers dans le système de santé :

Vingt ans après la Loi Kouchner, la place confortée et l'écoute accordée aux usagers doivent être considérablement renforcées. Pas dans la gouvernance des établissements ou du système, où leur pouvoir d'infléchissement reste modeste. Mais dans les choix, nationaux, régionaux et locaux (au sein même des équipes de soins) à faire en termes de filières de soins, de prises en charge, de protocoles et d'organisation. Un usager acteur de son soin et acteur du système est un usager participant à la décision.

Je vous renvoie à la lecture de « Tous unis pour notre santé », les 20 propositions de France Assos Santé. Tout y est des attentes des patients, des manques actuels de notre système, des solutions sans tabou pour pallier les énormes et insupportables écarts d'état de santé qui touchent, on le sait, d'abord les plus précaires, les plus éloignés, les plus démunis.

3 - S'appuyer sur les professionnels et le dialogue social :

Notre système de santé est vraisemblablement entré dans une nouvelle et grave crise de recrutement. Après l'effort effectué via le Ségur de la santé, rattrapage de trop nombreuses années de stagnation du point d'indice, symbole du manque de soutien accordé par l'Etat à ses fonctionnaires, l'évidence est que la seule rémunération ne suffit pas à répondre aux besoins quotidiens des professionnels. Le niveau des effectifs, les conditions de travail concrètes, la participation aux choix stratégiques des établissements sont également en jeu. Ce n'est pas l'instauration, hors cadre légal, de primes complémentaires qu'on voit fleurir dans les plus grandes structures hospitalières (censées être les plus attractives...) qui répondra aux enjeux : ce type de choix accroîtra bien au contraire l'effet de concurrence délétère.

L'Etat a mis en place en 2021 les outils pour rénover la politique sociale des établissements publics. La solution passera par le dialogue social, l'association étroite des personnels et de leurs représentants aux évolutions nécessairement locales : c'est localement que l'attractivité ou les conditions de travail s'estiment et se déterminent, par une analyse et une responsabilité partagée de la situation. Faisons confiance aux acteurs, donnons-leur de l'autonomie.

En conclusion, épargnons-nous les faux problèmes et posons les vraies questions.

Alors que la politique « centrale », celle issue du modèle de financement, est marquée par la plus grande continuité, la gouvernance hospitalière souvent évoquée devant vous est l'objet d'un incessant « mécano » institutionnel, jamais fini, car jamais satisfaisant. C'est en réalité un « mauvais objet » typique, utilisé délibérément pour éviter de parler et de traiter du fond : les moyens financiers et leur répartition.

Tous ont loué l'union et la solidarité retrouvés à l'occasion de la première vague du Covid. Sans voir que le « décapsuleur » fut le « quoiqu'il en coûte » : libérés du « joug financier », directeurs, médecins et soignants ont travaillé main dans la main. Il est faux de dire (ou alors c'est qu' « on » a des arrières pensées en tête) que la gouvernance est un frein. Ce n'est pas le chef ou le mode de management qu'il faut changer, c'est l'argent qu'on met dans le système et les objectifs qu'on lui fixe, qui détermineront la capacité du collectif à produire le meilleur.

Si la gouvernance fait l'objet de moult débats, y compris devant votre commission, deux sujets tabous n'ont semble-t-il été que peu abordés : la juste et utile répartition des professionnels sur le territoire et l'impact sur le système de leur mode de rémunération.

À l'évocation du tabou de la liberté d'installation, il est souvent répondu « on ne peut pas y toucher, car la contrainte ne fonctionne pas ». On ne pourrait pas essayer ce qui n'a jamais été testé, mais continuer les mesures d'incitation menées depuis 15 ans, avec un succès modeste. On entend souvent également qu'on ne peut pas demander à des médecins d'aller s'installer là où il n'y a rien... Rien, sauf des citoyens à qui on propose, eux, de se passer de médecins !

Des dizaines de professions, y compris libérales (notaires, pharmaciens), ne peuvent choisir, voire font l'objet de contraintes à l'installation. Le droit à la santé serait-il moins important que le droit à l'éducation ou le droit à la sécurité par exemple ? L'Etat n'a-t-il pas pour mission de réguler l'installation des professionnels et de les répartir en fonction des besoins des populations selon les territoires où ils vivent pour assurer la réalité de leurs droits ?

Il y aurait aussi lieu de s'interroger sur les règles de la continuité et de la permanence des soins. Le développement de l'exercice collectif, sous la forme des communautés professionnelles territoriales de santé est une réponse à l'isolement des professionnels et l'expérience mérite d'être poursuivie, sous réserve de l'évaluer, tout comme les autres formes d'exercice. Mais cela ne dispense pas d'envisager un rétablissement de l'obligation de garde, abandonné il y a vingt ans. Il serait possible de l'articuler avec le renforcement des hôpitaux de proximité, contribuant ainsi à réduire la fracture entre les activités hospitalières et de ville.

Un autre chantier porte sur la rémunération des acteurs du système, c'est-à-dire la répartition d'un financement dont la plus grande partie est socialisée. L'évolution démographique (le vieillissement) est sans appel. Le poids croissant des pathologies chroniques également.

Le temps à consacrer au suivi de ces patients polypathologiques et complexes n'est pas compatible avec un modèle de tarification à l'acte ou au séjour, dont le caractère inflationniste et le lien direct avec les revenus empêche par ailleurs toute analyse de la pertinence des soins. Les écarts de rémunération sont par ailleurs le ferment qui détruit notre système hospitalier en orientant de plus en plus de praticiens vers des modes d'exercice où le poids des contraintes (permanence des soins, travail de nuit et de week-end) est moins lourd et les revenus plus conséquents.

Ces derniers sujets sont, bien plus que la gouvernance ou l'organisation territoriale, ceux qui mettent en tension notre système de soins, certes hospitalocentré (ce qui signifie simplement que l'hôpital constitue encore et toujours la seule roue de secours d'un système où la responsabilité directe des populations n'est pas organisée en premier recours). Ils pourraient même entraîner, en l'absence de courage pour les aborder et les résoudre, l'effondrement d'un service public hospitalier à qui il n'a été demandé depuis quinze ans que des économies.