



Discours de Philippe EL SAÏR

**Congrès du snch de Deauville
le 11 juin 2009**

Madame la ministre,

Madame la directrice de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins,

Madame la directrice générale du Centre National de Gestion,

Monsieur le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation,

Chers amis,

Une fois n'est pas coutume, je voudrais commencer mon propos par les enjeux du secteur social et médico-social.

Les temps changent. Notre organisation est engagée dans une mutation historique qui vise à renforcer son rôle dans ce secteur. Le snch doit définitivement marcher sur deux jambes, une jambe sanitaire et une jambe sociale et médico-sociale.

Le Fernand Braudel qui examinera sur la longue durée l'époque que nous vivons distinguera d'abord l'augmentation, sans précédent dans l'histoire, de l'espérance de vie. Nous le savons : c'est le secteur social et médico-social qui connaîtra le plus grand développement dans les années qui viennent. C'est ce secteur d'activité qui devra faire preuve de la plus grande créativité, car tout ou presque reste à inventer.

Nous ne pourrons pas faire face au défi du vieillissement en nous appuyant sur des modes de prise en charge qui sont encore trop inspirés de l'hospitalisation. Notre système de protection sociale solidaire n'y résistera pas. Et ce n'est pas ce que souhaite la population.

Cela veut dire qu'il reste à inventer des solutions graduées et des services à la personne beaucoup plus diversifiés. Avec à la clé des centaines de milliers d'emplois non délocalisables.

Le snch porte l'ambition, pour le secteur social et médico-social comme pour le sanitaire, d'un service public offensif. Le secteur à but lucratif ne doit donc pas être le seul à monter des dossiers d'autorisation et à tirer partie de ce développement prodigieux.

Cette ambition restera un vœu pieux si le secteur public ne se réorganise pas. Les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, dont la compétence est aujourd'hui reconnue, sont confrontés un exercice professionnel trop isolé. Comment monter des projets lorsque l'on est accaparé par le quotidien ?

C'est d'autant plus vrai que nous savons que nos interlocuteurs de Bercy nous opposent le budget des établissements lors de chaque négociation statutaire qui concerne cette profession.

La position du snch est claire : l'avenir de ce secteur d'activité et l'avenir des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux passent par un regroupement volontariste des établissements.

Car pour être attractive, la fonction de directeur de ces établissements doit être valorisée.

Sur ce point, le statut de 2007 est fondateur. Il a permis une avancée statutaire incontestable. Mais, comme il l'a toujours dit, le snch reste sur sa faim sur le plan indemnitaire.

Pour relever le défi de ce secteur d'activité, il faut également que la politique du gouvernement soit lisible.

Des ONDAM importants ont été consacrés à ce secteur depuis la canicule.

Ce message est aujourd'hui profondément brouillé par une récente circulaire budgétaire.

Le principe d'une convergence tarifaire entre les EHPAD apparaît comme contradictoire avec l'ambition de remise à niveau du « Plan solidarité grand âge ».

Il entame aujourd'hui profondément la confiance des professionnels qui ont accepté la transformation de leurs longs séjours en EHPAD.

Toujours dans le secteur médico-social, le snch est très également attaché à la mise en place d'un 5^{ème} risque, qu'il ne saurait être question de repousser aux calendes grecques.

Le reste à charge dans le secteur public et associatif est en moyenne par famille de 1500 euros par mois.

Le snch sera donc attentif à la mise sur pied d'une couverture universelle permettant d'assumer dignement la dépendance.

Dans le secteur social aussi les besoins sont importants.

La loi de 2005 sur le handicap crée un droit opposable à la compensation du handicap. Elle reste pourtant encore trop souvent lettre morte.

Alors que la loi en fait un objectif, l'accueil en scolarité ordinaire pour les enfants handicapés demeure toujours aussi difficile.

* * *

Pourtant c'est le secteur sanitaire, avec la loi HPST, qui aura connu au cours de ces derniers mois la réforme de toutes les passions.

Si l'on en croit Shakespeare, « il n'est pas de grande passion sans grande querelle ».

Alors il faut bien convenir que l'hôpital est sur le point de devenir une grande passion française.

2.1 Notre vision.

Pour le snch, on ne défend bien un secteur d'activité qu'à partir d'une vision, qu'à partir d'une lecture à long terme de l'avenir de notre secteur d'activité.

Dans notre projet « Réagir » il y a trois ans, qu'avons-nous exprimé ?

Nous avons dit que nous ne voulions pas d'un service public par défaut.

Nous avons martelé que nous n'avions pas l'intention de nous résigner à un service public « peau de chagrin », qui se limite à faire ce que les autres ne veulent pas faire.

Nous avons exhorté les uns et les autres à bouger plutôt que de se résigner !

L'ambition d'un service public offensif exigeait trois évolutions majeures :

- une T2A à 100 % pour nous permettre d'accompagner les professionnels et notamment les médecins dans leurs projets,
- le renforcement du pilotage pour permettre de dépasser les blocages historiques de l'hôpital, qui les dissuadent les plus jeunes médecins de choisir le public,
- la modification profonde du mode de rémunération des médecins en intégrant sans complexe une rémunération fondée sur l'activité.

Qu'avons-nous entendu sur point avant que tout le monde se range à cette proposition.

2.2 HPST : non à une réforme pour rien !

Le moment viendra pour le snch de mettre à distance les péripéties du débat parlementaire, les caricatures du débat médiatique pour dresser un bilan distancé et rationnel de la réforme.

Il faudra alors comparer l'état actuel du droit à la loi dans sa version définitive.

En tout cas, Les français savent désormais que le directeur d'hôpital existe.

Il est même devenu l'objet du débat politique !

En vérité, la profession des directeurs d'hôpital est enfin sortie de sa confidentialité. Elle a acquis une visibilité inédite. On aurait tort de tenir ce point pour négligeable pour l'avenir.

Comment d'ailleurs ne pas souligner que, tout au long des longs débats parlementaires, vous avez été, madame la ministre, celle qui aura défendu les directeurs. Et convenons que vous avez eu fort à faire !

Vous avez été la ministre qui aura expliqué qu'un directeur est d'abord un fédérateur au service des professionnels.

Qu'il est –osons la formule- un « producteur de talents » donnant aux professionnels notamment médicaux les moyens de s'exprimer.

Vous avez rendu hommage à notre formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

A ce titre, le snch veut aujourd'hui saluer votre courage dans des joutes où, avec vos collaborateurs, vous étiez bien seule.

Pourtant nous demeurons dans l'attente de la commission mixte paritaire du Parlement qui doit se réunir prochainement et qui devrait arrêter la loi dans sa version définitive.

Nous l'avons dit : le snch n'est pas hostile à des amendements d'équilibre permettant de rassurer la collectivité hospitalière.

Des solutions ont été trouvées par les sénateurs sur des points sensibles.

Sur les désignations des chefs de pôles, sur la désignation des membres médicaux du directoire, sur les CHT dont la forme intégrative a été écartée.

Mais à quelques jours de la commission mixte paritaire (CMP), le snch veut une nouvelle fois rappeler ses exigences.

Car il doit rester une réforme à l'arrivée.

HPST ne doit pas être une réforme pour rien et une formidable occasion manquée.

Ou alors le syndicat majoritaire absolu des directeurs sera amené à le dire. Et à le dire clairement.

Quitte à éteindre les lampions de la fête.

Nous n'en sommes certes pas là. Mais la cohérence de la loi doit être préservée.

L'hôpital ne peut plus de payer le luxe de rester une armée mexicaine où tout le monde décide de tout et personne n'est responsable de rien.

A quelques jours de la CMP, le snch posent trois lignes jaunes :

1ere/ Il ne saurait être question de remettre en cause l'amendement du snch sur le mode de nomination du directeur.

Cet amendement, qui prévoit que le directeur général de l'ARS proposera trois noms au CNG, était attendu de tout le monde : élus, directeurs et médecins.

Le risque d'une logique strictement descendante et pyramidale entre l'ARS et le directeur est devenu une source d'anxiété pour toute la collectivité hospitalière.

Le directeur, représentant unique et ultime de l'établissement, ne peut pas être le simple collaborateur de l'ARS. Il doit en être le partenaire, ce qui est différent.

Cet amendement a été adopté en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale, en commission au Sénat, avant d'être voté par la Haute Assemblée.

Vous savez, madame la ministre, que nous y sommes particulièrement attachés.

2^{ème}/ Le directoire ne doit pas changer de nature ou alors il faut en revoir la composition.

Un directoire à majorité médicale peut être consulté pour conseiller le directeur. Mais il ne doit pas rendre d'avis formels sauf à en revoir la composition pour le rendre paritaire.

3^{ème}/ Le projet médical

Le directeur ne peut être responsable s'il est dessaisi du projet stratégique, c'est-à-dire des activités de l'établissement.

Par une confusion intellectuelle, certains sont arrivés à faire un amalgame entre projet médical et projet thérapeutique. Dans le projet médical, il n'est pas question d'indications chirurgicales ou de stratégies thérapeutiques. Chaque praticien est indépendant dans l'exercice de son art. Un rhumatologue ne dicte pas à un pneumologue ce qu'il doit faire pour tel ou tel patient. Il est question dans le projet médical de développement d'activités compte tenu des besoins de santé publique.

Si l'on veut un directeur-responsable alors le projet médical doit être élaboré par le président de la CME, le directeur et le directoire. Et nous formulons cette proposition, avant d'être délibéré par le conseil de surveillance au sein du projet d'établissement.

Ces trois points –nomination du directeur, nature du directoire, projet médical –constituent des points d'équilibre raisonnables pour tout le monde.

Le snch veut croire madame la ministre que la raison l'emportera.

Nous voulons croire que votre réforme, assortie de ces derniers réglages, constituera une avancée importante.

Si tel est le cas, elle viendra ainsi compléter la réforme Mattei.

Le directeur n'en sortira pas tout-puissant. Comme tout haut responsable, il devra composer dans un univers qui demeurera complexe.

Pourtant, si nous sommes entendus sur ces points décisifs, ses prérogatives seront en effet renforcées :

Alors qu'il était un clandestin absolu dans le mode de nomination des praticiens hospitaliers (le directeur n'est pas cité dans le statut actuel des praticiens hospitaliers), il va procéder à leur nomination au terme d'une procédure partagée.

Il arrêtera l'EPRD.

Il déterminera le programme d'investissement, qui est parfois un enjeu politique et est aujourd'hui la cause des difficultés financières de beaucoup d'établissements.

Et puis nous avons tellement dit que l'hôpital ne pouvait pas s'en sortir tout seul.

Le désengagement de la médecine de ville et l'insuffisance de nos accueils gériatriques aboutissent à un étranglement des urgences et à une désorganisation de l'activité programmée de l'hôpital public.

La vérité, c'est que quelque chose ne tourne pas rond dans le système.

Il était urgent que les Agences puissent investir le champ de la ville et du médico-social.

Enfin, les communautés hospitalières sont un outil utile dont nous devons absolument nous saisir.

Il n'est pas acceptable que des établissements publics distants de 30 km se fassent concurrence. La France hospitalière du 21^{ème} siècle ne peut pas être le calque de la France de Georges DUBY.

En même temps, les CHT ne peuvent pas être la finalité des CHT. La CHT, pourquoi faire ? Pour quelle œuvre ? Nous devons nous doter d'une doctrine forte sur les critères d'une CHT. C'est la raison pour laquelle ce congrès est consacré à ce sujet.

Attention par esthétisme ou par passion pour l'histoire naturelle, à créer des mammoths hospitaliers. Nous savons qu'ils produisent des déséconomies d'échelle abyssales. Ou pour parler comme tout le monde, de la démotivation et des déficits.

Pour le snch, les CHT doivent répondre à deux pré-requis : l'efficience et la fluidité des filières de soins.

Les autres critères peuvent être pertinents mais ils sont seconds.

Une réserve cependant, le snch a défendu le principe d'un directoire plus large.

Il donnera officiellement comme conseil aux chefs établissements d'inviter au directoire les directeurs adjoints et les médecins qui s'impliquent au quotidien et sans lesquels il n'est pas possible de décider.

Nous ne sommes pas inquiétés. Le bon réglage du Directoire se trouvera sur le terrain.

2.3 La réforme jouera sa portée dans la déclinaison réglementaire.

Pourtant, le snch veut aujourd'hui vous alerter sur un point : la portée réelle d'HPST dépendra en grande partie de sa déclinaison réglementaire.

Le contrat à durée déterminé, prévu par HPST, est majeur pour redonner une attractivité médicale à l'hôpital.

En radiologie, en chirurgie, en anesthésie, en ophtalmologie, en cardiologie, nous sommes confrontés à des écarts de rémunération avec le privé à but lucratif de deux à deux et demi.

Il faut permettre à l'hôpital public de recruter les meilleurs, ce qui lui est de plus en plus difficile dans ces spécialités.

Je veux le dire avec la force de ma conviction : nous ne construirons rien, si nous n'avons pas le courage de faire ce constat !

Or pour nous doter d'un CDI médical utile, il va falloir être vigilant.

Ne soyons pas naïfs : la tentation de réinventer, ce que nous connaissons, c'est-à-dire, des mécanismes usés jusqu'à la corde, sera très forte.

Ceux qui sont opposés à la réforme tenteront de rejouer la partie sur le terrain réglementaire.

Nous qui assumons des responsabilités de terrain, nous qui avons les pieds dans la glaise, nous voulons vous le dire : soit on donne à l'hôpital des outils pour recruter les meilleurs, soit dans la perspective des nombreux départs en retraite à venir, il sera planté pour vingt ans.

2.4 Les acteurs du changement.

Pourtant, et comme toujours, ce sont les femmes et les hommes qui feront la réforme.

Ce sont eux qui feront concrètement bouger les lignes.

Je veux évoquer ici votre engagement du 29 décembre 2008 sur la concertation statutaire sur les équipes de direction qui doit prochainement s'engager et la mission sur les cadres confiée à Chantal de Singly.

Je veux les évoquer car ce sont deux points majeurs pour le snch.

Sur le premier sujet, les responsabilités nouvelles confiées aux directeurs d'hôpital appellent de façon logique une nouvelle reconnaissance.

Cette reconnaissance devra concerner également les directeurs adjoints.

Car un homme seul ne peut rien.

Les nouvelles responsabilités des directeurs d'hôpital vont se traduire par la nécessité d'un engagement accru des adjoints, ce que traduisent les dispositions sur l'administration provisoire des établissements de santé.

Pour le snch, cette concertation doit également permettre d'associer les équipes de direction (directeurs des soins, D3S ou contractuels) à la réussite de l'institution.

S'agissant des directeurs des soins, la gestion nationale de ce corps de direction impliquera également de donner le moment venu à cette profession la reconnaissance qu'elle mérite.

Sur le second sujet, celui des cadres, le snch se félicite de la mission confiée à Chantal de Singly.

Vous me permettrez ce cri du cœur : enfin un ministre qui s'intéresse aux cadres ! Nous n'en avons pas eu beaucoup en vingt ans.

Eux qui ne sont que 45.000 pour un million de fonctionnaires hospitaliers.

Le snch a pris une part essentielle à l'histoire des cadres dans nos établissements. Le snch a écrit celle des directeurs d'hôpitaux. Il a créé le statut des DESS, porté le nouveau statut des D3S. Il a obtenu dans la rue en 2001 le statut des Attachés et la revalorisation des cadres soignants.

Mais allons droit au but : le snch considère que les difficultés des cadres ont trois causes principales :

- La première cause c'est la rationalisation sans la réorganisation.

L'un sans l'autre aboutit souvent à la dégradation des soins aux patients. Et dès lors à la remise en cause de leur vocation professionnelle.

Or que nous disent les cadres depuis 15 ans ?

Ils nous disent que nos blocs doivent être réorganisés, que les agents dans les services demandent des organisations plus respectueuses de la vie de famille et accessoirement plus économes, qu'il faut développer encore et encore les prises en charge ambulatoires, etc. etc.

N'oublions jamais cette évidence : c'est le cadre qui vit les récriminations du patient et de sa famille.

Si nous validons cette analyse – le premier problème des cadres, c'est la rationalisation sans la réorganisation – alors nous ne sommes plus très loin du sujet de la gouvernance.

Car pour affronter le poids des habitudes et de l'histoire à l'hôpital, il faut d'abord une direction qui dirige. Il faut un directeur qui puisse s'exposer et porter le changement.

La réorganisation de l'hôpital prendra dix ans.

Et les cadres doivent en être le levier.

- La deuxième cause de l'insatisfaction des cadres renvoie à la gouvernance en pôles.

Lorsque le chef de pôle associe les cadres de proximité, il n'y a pas de difficulté, au contraire.

Lorsqu'ils ne le font pas, le système s'enraille.

Cette seconde cause d'insatisfaction renvoie à la culture managériale du chef de pôle sur laquelle il faut travailler.

- La troisième cause tient à un environnement juridique totalement dépassé et contreproductif au possible.

La formation des cadres demeure entièrement cloisonnée.

Les statuts des cadres sont d'un archaïsme total.

Les Attachés connaissent une crise sans précédent alors que les solutions sont connues : la création d'un statut d'élève et une scolarité d'un an.

Aucun élément de rémunération – absolument aucun -ne vient distinguer les cadres qui s'exposent.

Les règles de représentativité ne permettent pas aux cadres de s'exprimer.

Pour le snch, nous ne pourrions pas relever le défi de l'adaptation des établissements de santé sans refonder la fonction cadre.

Il faut revoir les concours et les formations pour enfin les décloisonner.

Il faut penser un mode de reconnaissance qui tienne compte des résultats.

Enfin, l'intégration des infirmières en catégorie A rendra indispensable la création d'un collège cadre que nous demandons depuis des années.

Mais nous avons besoin d'un projet pour "embarquer" tout le monde.

Nous avons besoin de visualiser, nous avons besoin de dessiner les contours l'hôpital du 21^{ème} siècle : l'évolution des modes de prise en charge, ses évolutions technologiques, son système d'information, son architecture, ses modes de gestion, que sais-je encore ?

Car de grâce, n'y allons pas à reculons.

La réorganisation de l'hôpital autour du patient est le défi de toute une génération. C'est l'occasion de laisser notre marque. Nous sommes prêts à le relever.

Mais notre attente est claire : le rapport de la mission de Singly ne doit pas finir dans un tiroir. L'espoir qui est né ne peut pas être déçu.

Nous comptons sur vous pour donner une suite à ses préconisations.

2.5 Mais je ne peux pas conclure mon propos sans évoquer la question du financement de nos établissements.

Naturellement, dans un pays qui perd 80.000 emplois par mois, c'est-à-dire une assistance publique de Paris tous les mois, nous mesurons ce que signifie un ONDAM à 3,1 %.

De même, le snch se félicite du report de la convergence tarifaire qu'il demandait depuis des années.

Néanmoins, nous vous adressons deux messages sur la question du financement :

- D'abord, le snch n'a pas changé d'avis sur la T2A.

Certes, il faut financer à l'activité ce qui peut l'être : à ce titre, les missions d'intérêt général doivent être correctement valorisées.

Certes, nous contestons le principe même de la convergence tarifaire.

Pour autant, nous ne souscrivons pas à un désarmement de la T2A, même avec les meilleures intentions du monde.

La T2A a été faite pour mettre en évidence des écarts d'efficience. Il faut traiter les écarts, pas casser le thermomètre.

Pour la première fois depuis on ne sait même plus quand, les parts de marché du secteur public remontent en MCO.

Le snch demande de nouveau à cette tribune un passage rapide à la T2A des soins de suite et de la psychiatrie.

Sur le sujet du soin de suite, je suis désolé de dire que les arguments des techniciens n'emportent pas notre conviction.

En 2004, nous sommes passés à la tarification à l'activité sur la médecine-chirurgie-obstétrique en un seul coup.

Si nous attendons que tous les boutons de guêtre soient en place pour passer le SSR à la T2A, autant dire nous ne le ferons jamais.

Nous avons besoin sur ce sujet d'une volonté politique inébranlable que vous seule, madame la ministre, pouvez donner.

- Ensuite, le système de financement de nos établissements ne peut être soumis à une révolution permanente.

Au-delà de la gouvernance des établissements, si vous voulez que les directeurs et les cadres soient les garants du système, cela passe par la stabilisation du modèle de financement.

Nous avons le privilège de cumuler cette année trois évolutions :

- le passage à la version n°11 de tarification,
- le changement de financement de la permanence des soins (que nous approuvons par ailleurs),
- les nouveaux critères d'éligibilité des forfaits de soins.

Force est de constater que ces évolutions très importantes n'ont pas été comprises. Alors que nous mobilisons nos collectivités depuis des années pour baisser la durée moyenne de séjour des patients –au nom même de

l'efficience !-, nous en sommes à nous demander s'il ne faut pas parfois faire l'inverse pour retrouver nos petits.

Où est le sens ?

Comment investir sur vingt ou trente ans, alors qu'aucun d'entre nous n'est en mesure, au mois de juin, d'anticiper les effets de ces différents changements sur 2009 ?

Comment programmer nos investissements, alors que les aiguilles de notre tableau de bord bougent dans tous les sens ?

J'entends et je partage l'idée qu'il fallait corriger les écueils de la T2A, mais il faut désormais stabiliser le système.

- Enfin, je trouve problématique d'un point de vue éthique et au regard du principe même du financement à l'activité de contourner à 10 % la progression du remboursement des molécules honorables c'est-à-dire pour l'essentiel les anticancéreux.

Et je voudrais m'adresser autant à la pharmacienne qu'à la ministre.

Nous savons que ces molécules sont prescrites sur la base de protocoles nationaux et internationaux.

C'est aux organismes nationaux d'évaluer le bilan coût/avantage d'une nouvelle molécule. C'est à l'HAS et à l'Inca de produire des référentiels de prescription, pas au comité du médicament d'un établissement qui n'en a pas la compétence et dont le rôle se limite à contrôler la conformité des prescriptions avec les référentiels.

Les progrès de la cancérologie ne sont pas que je sache un problème.

Et si la question de certaines molécules onéreuses doit être scientifiquement posée, elle doit l'être au niveau national et par les autorités compétentes.

Ce ne sera jamais au directeur d'aller expliquer à un médecin qu'il faut arrêter à la troisième ligne de chimiothérapie.

* * *

Voilà madame la ministre ce que le snch voulait vous dire.

Vous me permettrez, madame la ministre, de remercier mon équipe : les vice-présidents, le bureau national, la délégation nationale, les élus régionaux.

De remercier également Annie PODEUR et la DHOS rudement sollicitées par la réforme.

De remercier Danielle TOUPILLIER qui avec ses équipes aura su édifier le CNG, dont le premier bilan d'activité nous a impressionné.

De remercier les dirigeants de l'EHESP, grâce à qui un vent nouveau souffle à l'école de Rennes. Et nous fiers d'y avoir pris notre part.

Au cours de cette année, pour le moins mouvementée, le snch a pris ses responsabilités.

Il a fait le choix de la réforme, plutôt que du renoncement ou de la peur,
Il a fait le choix de l'intérêt général, plutôt que de l'électoralisme,
Il a fait le choix de la fidélité à ce qu'il défend depuis 60 ans : une place plus affirmée du management dans nos établissements.

Il n'a pas besoin aujourd'hui de périphrase pour dire qu'il est pour la réforme.

Mais à trois conditions :

A condition qu'il reste une réforme au terme de l'examen en commission mixte paritaire.

A condition aussi que la déclinaison réglementaire du texte législatif n'éteigne pas le souffle de la loi.

A condition enfin que les directeurs et les cadres y trouvent la reconnaissance qu'ils attendent légitimement.

Sur ces bases, madame la ministre, le snch sera à vos côtés pour porter la réforme.

Sur ces bases, les directeurs et les cadres feront évoluer les établissements de santé. Tout en préservant la culture d'écoute qui a toujours été la leur. Tout en cultivant la confiance et la complicité que nous avons avec les acteurs médicaux.

Sur ces bases, madame la ministre, nous saurons fédérer, pour fendre le vieux moule et faire bouger le système tout entier.

Je vous remercie.