



CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Séance du 24 juin 2009

Déclaration liminaire de la Fédération CFDT Santé-sociaux

Monsieur le Président,
Madame la Directrice,
Mesdames, Messieurs,

Alors que la loi « HPST » connaît, à moins d'une décision du Conseil constitutionnel, sa version définitive, les problèmes aigus ne sont pas réglés et certains seront sans doute aggravés.

Les dérives non traitées de l'hôpital public

Les chiffres et les rapports se succèdent et mettent en évidence, les uns après les autres, des dérives graves de l'hôpital public.

Des dérives fréquentes, même si nous ne devons pas en faire une généralité. Des dérives que nous désapprouvons fortement, par exemple sur l'organisation du travail des médecins et leur rémunération. Des dérives de gestion, pour pouvoir recruter ou conserver les médecins. Des fraudes sur les temps de travail additionnels, des fraudes sur les gardes et astreintes, des fraudes sur la déclaration des dépassements d'honoraires.

Certaines de ces fraudes sont ignorées par les ARH et les autorités nationales, d'autres sont absoutes, sinon validées même par la Cour de discipline budgétaire et financière laquelle, fait rarement l'objet d'une saisine et quand c'est le cas cela ne donne pas lieu à des décisions juridictionnelles.

Ceci prouve bien que le problème dépasse le niveau local et implique une intervention du Ministère de la santé.

La loi HPST prétendait, dans sa version initiale, apporter un début de réponse à certains de ces problèmes, mais seulement par un alignement sur le privé ou des formules d'intéressement éculées sans traiter du fond. Et sa version définitive rétablit les privilèges, par exemple le service contre le pôle ou la volonté médicale d'un droit de veto sur les décisions.

Le lobby médical, dans une logique de « PACS de la carpe et du lapin », a eu gain de cause auprès des sénateurs, du président de la République (électorat oblige) et donc auprès de la Ministre de la santé. Les intérêts particuliers et catégoriels triomphent finalement de l'intérêt collectif. Quel scandaleux gâchis !

Plus largement, les associations de malades ne s'y sont pas trompées en dénonçant les amendements supprimant le testing, le minimum d'actes au tarif opposable, les conditions d'installation et d'autres amendements sur bien des points.

Le lobby médical, les idéologies, l'addition des oppositions politiques, syndicales et ordinales l'ont emporté, mais il faudra nous expliquer comment assurer un management efficace des hôpitaux si les moyens d'équilibrer le pouvoir médical font défaut, au niveau de la gouvernance avec les équipes de direction comme au niveau des pôles, faute d'association suffisante des cadres et des personnels.

De même, si on ne rend pas l'hôpital public efficient dans sa gestion et dans son organisation, quel avenir aura-t-il ? La démographie médicale est un grave problème qui suppose une autre approche que celle qui est privilégiée.

La maîtrise des coûts impose effectivement l'adaptation de l'offre de soins, que nous persistons à appeler planification. Mais la forme choisie pour les mises en commun, les regroupements, la rationalisation, la graduation des établissements, posera inévitablement question si elle n'est pas précédée par un projet de territoire discuté et négocié entre tous les établissements.

La responsabilité de l'ARS, de veiller et d'organiser la définition de la proximité et le maillage territorial, ne se résume pas à distribuer les autorisations et les moyens.

Si nous sommes favorables aux évolutions, nous sommes en revanche fermement opposés au bouleversement inutile de la gouvernance, à la stérilisation de la dynamique interne par la consolidation des chefferies de service, tout comme à la déconstruction statutaire.

La loi, à l'issue de la discussion parlementaire, s'avère néfaste sur ces points mais aussi inefficace sur d'autres, relatifs à l'accès aux soins. Sur tous, nous continuerons à être vigilants même si nous considérons comme primordial le décroisement de la médecine de ville, la correcte articulation du sanitaire et du médico-social avec la mise en place des ARS et la proximité et le maillage territorial avec les coopérations d'établissements.

L'implication très insuffisante des personnels

Parler de l'organisation du travail des médecins débouche évidemment sur l'organisation plus globale du travail à l'hôpital, et en particulier l'adéquation entre l'organisation médicale et paramédicale, sur laquelle on fait pourtant volontiers l'impasse, par absence de courage. Car dans tout ce capharnaüm, le grand oublié est évidemment le personnel hospitalier.

Personne ne semble vouloir mettre fin aux différentes dérives énumérées ci-dessus, qui pourtant se chiffrent sur l'ensemble du territoire en centaines de millions d'euros, voire en milliards. C'est plus que le déficit cumulé des établissements hospitaliers pour 2008.

Mais qui en fait les frais ? Les agents hospitaliers. Par le biais des Plans de retour à l'équilibre dont se servent les directions voire les ARH pour organiser des baisses d'effectifs dans les établissements, même s'il existe des effets d'annonce volontairement provocateurs, la remise en cause d'accords RTT, les rappels massifs sur les week-ends et les congés, la déréglementation du temps de travail avec la mise en place des 12 heures, parfois à la demande des agents. Cela n'est en rien surprenant, dans la volonté d'avoir un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale incompatible avec les horaires normaux de travail. Demain, il faudra en mesurer les coûts en matière de santé.

C'est donc très solennellement que la CFDT vous demande, Madame la Directrice, Messieurs les représentants de la FHF, dans cette période difficile pour tous, d'impulser une dynamique très forte afin que les établissements se saisissent de tous ces problèmes et qu'un véritable travail de fond soit entrepris avec tous les acteurs, même les plus récalcitrants.

Vous ne pouvez plus faire l'impasse, à l'heure des remises en cause des organisations de travail, d'une concertation approfondie sur l'organisation globale. C'est à la source qu'il faut discuter, et non pas une fois que les seules considérations des personnels médicaux sont validés avec ses seules exigences et ses seuls intérêts catégoriels. Cela demande des concertations et aussi une place faite aux cadres et aux autres agents, qu'aucune mission nationale ne pourra remplacer ou compenser localement.

Le sens donné aux déclarations liminaires

Cette déclaration liminaire s'imposait avant de partir en vacances, mais à la rentrée, nous ne ferons plus de la déclaration liminaire un principe intangible. Notre conseil supérieur s'est

enfermé dans un rituel dont nous préférerions sortir ; non parce que nous aurions moins de choses à dire, mais parce que nous pensons que cette systématique les banalise. Nous souhaitons que lorsque nous faisons une déclaration, elle soit entendue.

Nous pensons donc que des déclarations liminaires moins fréquentes, plus cadrées et évitant le catalogue de revendications, permettraient peut-être d'avoir une écoute plus attentive et des réponses elles-mêmes moins rituelles.

Nous pensons que si ces déclarations peuvent s'imposer, dans une logique maîtrisée, au sein de l'instance qu'est le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, elles offrent peu d'intérêt dans les sous-commissions ou cela se fait souvent au détriment de l'ordre du jour. C'est une suggestion et nous l'aborderons dans l'élaboration du Règlement intérieur.

Je vous remercie.