

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Juillet / Décembre 2012
N° 233-234



Numéro spécial



"Journée du Praticien" vendredi 12 octobre 2012

TABLE RONDE
organisée par la CPH, l'INPH et le MDHP

avec la participation de **Jean Debeaupuis**
Direction Générale de l'Offre de Soins



CONFEDERATION DES PRATICIENS DES HÔPITAUX

FNAP - INPADHUE - SMARNU - SNBH - SPH - SPHP - USP - SPF

"Pacte de confiance"
Propositions de la CPH

Directeur de la publication : Dr François DOUCHAIN

Rédacteur en chef : Dr Jacques TREVIDIC

Comité de Rédaction :

Dr Bruno DEVERGIE, Endocrinologue

Dr Jean Marie LELÉU, Chirurgien

Dr Jean Yves DALLOT, Interniste

Dr Jean Bernard TUETEY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 4^e trimestre 2012

Commission paritaire n° 1012S06230

Cahiers FNAP-SPHP
N°233-234 Juillet / Décembre 2012
Trimestriel

Administration, abonnement

Eusébio De Pina Fortes
3, Rue Jeanne d'Arc - BaL n° 75

75013 Paris

Tél.: 03 21 24 45 27

Email : revue.mhp@gmail.com

Abonnement : 28 E. /1 an

Prix au numéro : 7 E.

Site : www.praticien-hospitalier.com

LE PACTE DE CONFIANCE

La Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, Marisol Touraine, s'est engagée à rétablir la confiance chez les hospitaliers. Vaste programme !

Nous ne pouvons que nous réjouir de cette réouverture d'un véritable dialogue tant nous nous étions plaint sous la précédente mandature, de sa déplorable absence.

Ainsi, une large concertation est engagée, avec la création de trois groupes :

- Place du Service Public Hospitalier dans le Système de Soins,
- Dialogue Social à l'Hôpital et Gestion des Ressources Humaines,
- Organisation et Fonctionnement des Etablissements Publics de Santé.

Cette concertation est placée sous la direction d'Edouard Couty ; un homme bien connu du monde hospitalier, un fin connaisseur de ce milieu, un spécialiste du dialogue avec les hospitaliers que certains qualifieront « d'inoxydable », mais incontestablement un haut responsable de l'Administration avec qui, reconnaissons-le, la discussion est toujours agréable, tant sur le fond que sur la forme...

A l'heure où nous mettons sous presse, une grand Messe est annoncée pour le 9 janvier 2013, afin de permettre la restitution des travaux de ces trois groupes. Edouard Couty prévoit de remettre son rapport fin janvier, puis ses propositions seront soumises à l'arbitrage ministériel. Ce sera alors l'heure de la négociation.

La deuxième Journée Nationale du Praticien que la CPH a organisé ce vendredi

12 octobre ne pouvait donc être plus opportune.

Elle fût l'occasion de présentations très riches, sur la démographie et le recrutement des PH en milieu hospitalier, la situation des praticiens à diplôme étranger, le point de vue des jeunes médecins, la durée légale du temps de travail des PH, les praticiens en temps continu et en demi-journées ; et encore sur les plaintes déposées contre les PH à l'Ordre des Médecins, et sur cette vaste « Usine à Gaz » du Développement Professionnel Continu (UAG-DPC) présentée de façon remarquablement synthétique par notre Président, Jean Claude Pénochet.

Elle permit la tenue de notre table ronde sur l'avenir de l'hôpital public, en fait sur les thèmes du Pacte de Confiance. Cette table ronde était co-organisée par l'INPH, la CPH, et le MDHP. Alain Jacob, Jacques Trévidic, André Grimaldi et Frédéric Pierru ont ainsi, chacun dans son domaine respectif, pu survoler les principaux enjeux et défis que nos hôpitaux doivent aujourd'hui surmonter.

Et ce fût enfin la venue de notre nouveau directeur de la DGOS, Monsieur Jean Debeaupuis, qui nous fit l'honneur et l'amabilité de sa première intervention publique auprès des PH, à l'occasion de notre Journée. Très sensibles à ce geste et à la qualité de son intervention qui devait traiter de toutes ces questions d'actualité, nous le remercions aujourd'hui, en votre nom, très chaleureusement.

« Journée du Praticien » 12 octobre 2012

Intervention Jean Debeaupuis, DGOS

Jean-Claude Pénochet :

Monsieur Jean Debeaupuis nous fait l'honneur et le plaisir d'être parmi nous et de participer à notre table ronde. Jean Debeaupuis vient d'être nommé il y a 10 jours Directeur de la Direction Générale de l'Organisation des Soins auprès du Ministre de la Santé.

Il était auparavant Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble après une carrière déjà bien rempli au sein de l'hôpital public, notamment par plusieurs passages antérieurs au Ministère et dans plusieurs Centres Hospitaliers, à Toulouse en particulier.

Monsieur le Directeur, je vous remercie et je vous donne la parole.

Jean Debeaupuis :

Oui, bonjour à tous.

Merci au docteur Pénochet et aux organisateurs de me donner l'occasion de prendre la parole et de rejoindre votre table ronde. J'ai pris effectivement mes fonctions il y a 10 jours. En retrouvant donc le Ministère et la Direction Générale de l'Offre de Soins, que vous connaissez bien et qui est votre interlocuteur au quotidien. Je saisi l'opportunité de retrouver un certain nombre d'interlocuteurs et de têtes connues, que je salue, et que j'ai grand plaisir à retrouver, en même temps que j'ai retrouvé les équipes de la DGOS qui sont, comme vous, mobilisées pour la bonne organisation de l'offre de soin et pour préparer les chantiers annoncés par la ministre, Marisol Touraine, notamment autour des notions du service public hospitalier et du dialogue social.

En premier lieu, n'ayant pu participer à la première partie de votre table ronde, j'espère ne pas répéter des évidences que toute la salle connaît déjà sur la mission du Pacte de confiance, qui a été confiée à Edouard Couty, et à trois autres pilotes de groupe de travail : Bernadette de Victor, présidente de la CNSA, Danielle Toupillier, directrice générale du CNG, et Martine Cavalier, directrice générale de l'ARS de Bourgogne. Je peux vous dire quelques mots sur l'organisation de cette mission, à la fois ses objectifs, son calendrier. Et puis bien entendu, je me plierai au jeu des questions-réponses avec vous-mêmes et au sein de votre table ronde.

En second lieu, je viens effectivement d'un poste hospitalier, mais j'ai vu que la Ministre avait été frappée par le malaise exprimé par les professionnels de santé au sein de l'hôpital, un hôpital traversé depuis de nombreuses années par une succession de réformes. Et elle a analysé cela comme une profonde remise en question des valeurs fondant le service public hospitalier, dont vous savez qu'il a disparu, en tant qu'appellation en tout cas, dans la Loi de 2009. La Ministre a également cons-

cience aiguë du fait que les questions de déroulement de carrière des praticiens hospitaliers, des conditions de travail ou des conditions d'exercice n'étaient pas pleinement ou pas suffisamment abordées dans les discussions sur la gestion des ressources humaines médicales.

Elle a donc lancé les travaux de cette mission Pacte de confiance, pilotée par Edouard Couty. On ne présente pas Edouard Couty que tout le monde le connaît ici. Elle lui a confié une approche large avec ces trois groupes qui sont complémentaires, même s'ils ont chacun des thèmes identifiés.

Avec une réflexion dans le groupe de Madame de Victor sur le service public hospitalier dans le système de soin, qui vise à redéfinir un service public hospitalier peut-être intégré dans un service public de santé.

Le deuxième groupe, lui, vise à redynamiser le dialogue social à l'hôpital et la gestion des ressources humaines, bien entendu en tenant compte des spécificités médicales, mais peut-être en répondant mieux à certaines attentes des praticiens hospitaliers et en introduisant certaines synergies quand c'est pertinent et utile.

Et puis, le troisième groupe revisite, lui aussi, l'organisation et le fonctionnement interne de l'hôpital.

Le calendrier a été fixé. Nous sommes actuellement dans le temps de l'échange et de la concertation qui seront suivis d'un temps de négociation sur les sujets qui auront été définis par la Ministre. Et sachant que nous, Direction générale de l'offre de soins, nous nous tenons d'abord à votre écoute, les acteurs en général, et puis bien entendu à celle des membres de la mission Couty pour préparer des propositions qui permettront justement de mettre en forme ce qui sera issu de cette phase de concertation et qui aboutiront aux décisions de la Ministre, plutôt fin décembre, courant janvier, ai-je cru comprendre.

D'abord quelques mots sur le service public hospitalier.

Beaucoup avaient été effectivement surpris ou choqués que son appellation disparaisse, et que des missions qui étaient jusque là liées aux établissements, soit publics, soit participants au service public, soient désormais étendues à l'ensemble des établissements de santé, selon des procédures nouvelles, en cas de carence comme dit le texte, et qui ont été définies par un décret récent, qui date du printemps.

En même temps, ces missions de service public, telles que définies par la loi HPST, et qui vont être certainement revisitées, portaient sur des sujets bien délimités.

L'un est éminemment structurant, c'est celui de la

permanence des soins en établissement de santé. D'autres feront moins l'objet, me semble-t-il, d'affrontements, ce sont les soins palliatifs, la lutte contre l'exclusion sociale, ainsi que les soins aux personnes détenues.

Toutes les autres, et en particulier l'aide médicale urgente, l'accueil des internes, sont liées à des autorisations de soins, et restent donc dépendantes des autorisations attribuées aux établissements.

Nous ne reviendrons pas sur cette procédure nouvelle de missions de service public sur appel à candidature en cas de carence, pour une durée de cinq ans. Elle n'est pas encore en vigueur.

Toute une redéfinition est en cours de réflexion.

Le projet de loi de finance de la sécurité sociale pour 2013 va mettre un terme à la convergence tarifaire entre les deux secteurs, en l'attente de cette redéfinition du service public hospitalier et en se fondant sur ce principe. C'est déjà un premier signe politique fort, évidemment, qui va transformer quelque peu les modes de fonctionnement en œuvre jusqu'à ces derniers mois.

Par ailleurs, la Ministre a indiqué qu'elle souhaitait promouvoir un service public hospitalier moderne à hauteur des enjeux de santé publique du XXI^{ème} siècle, répondant aux attentes des malades et au sein duquel les compétences et l'engagement des professionnels qui font toute sa valeur soit reconnus. Ce SPH, a-t-elle dit, doit mieux s'intégrer dans son environnement et mieux garantir la continuité dans la prise en charge des patients. Donc, les différents groupes, essentiellement le groupe 1, contribueront à ce repositionnement en termes de contenu, d'acteurs, de modalités de mise en œuvre, sans oublier la prévention et les liens avec le domicile et le médico-social. Ce groupe doit rendre ses conclusions à Edouard Couty pour le début décembre.

Quelques mots sur les deux autres groupes : celui sur le dialogue social piloté par Danielle Toupillier s'inscrit dans cette réaffirmation du service public hospitalier. Il tient compte aussi d'un autre mouvement qui ne concerne pas spécifiquement ou pas nommément les praticiens hospitaliers, en tant qu'agents publics, c'est ce qu'on appelle l'agenda social de la fonction publique qui est défini notamment par une loi du 5 juillet 2010. La feuille de route des travaux des deux groupes 2 et 3 n'est pas encore sur le site du Ministère, mais le sera prochainement après validation. L'idée est de se repencher sur ces questions de dialogue social, tant pour les personnels non médicaux que pour les personnels médicaux, avec les problèmes spécifiques de l'exercice syndical des praticiens hospitaliers, les problèmes de représentativité, les problèmes de facilitation de l'exercice syndical pour lesquels des mesures ont déjà été prises.

L'autre idée qu'on retrouvera dans le groupe 3 également, outre la professionnalisation du dialogue social, est d'instaurer certaines coordinations entre la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement, et peut-être de préciser à quel niveau se fait le dialogue social loca-

lement dans l'établissement. Est-ce que c'est au niveau du service ? Est-ce que c'est au niveau du pôle ? Est-ce que c'est au niveau de l'établissement ? Toutes ces questions doivent être revisitées. Et puis, la Ministre s'est déjà exprimée sur le fait que dans les compétences de la CME en termes d'avis sur les grands projets ou les grands moments de la vie hospitalière ou sur les nominations de praticiens hospitaliers, le décret actuellement en vigueur avait été perçu comme vexatoire, et qu'il convenait de corriger ce décret dans un sens qui reste encore à définir précisément.

Le rôle du président de CME, en tant que cosignataire des contrats de pôle par exemple, qui fondent la délégation de gestion, fait partie des choses qui ont été supprimées, et dont la disparition formelle a choqué. Je pense comme la Ministre et comme Edouard Couty qu'il y a quelques anomalies qui peuvent être facilement corrigées, même si dans la plupart des établissements les choses se passent en bonne intelligence, puisqu'on a quand même fait des progrès considérables, me semble-t-il, dans ce domaine entre chefs d'établissements et présidents de CME, quelles que soient les redéfinitions de rôle. En tout cas, pour les établissements que j'ai fréquentés le plus récemment, les CHU, il me semble qu'on a fait des progrès importants par rapport aux années antérieures.

Il y a des points sensibles qui sont derrière cette idée du dialogue social, des spécificités très fortes sur l'exercice syndical des praticiens hospitaliers, mais l'idée, c'est de revisiter ces questions, de les redynamiser et peut-être de redéfinir des règles afin qu'elles puissent mieux s'exprimer dans l'intérêt des établissements.

Je termine rapidement sur le troisième groupe, l'organisation interne de l'hôpital.

La Ministre a annoncé une évolution du modèle T2A, sur lequel nous travaillons, qui est une évolution forte, et qui devrait mieux prendre en compte les indicateurs de qualité, et des spécificités liées en particulier à l'isolement des petits établissements ou de certains autres établissements. Incontestablement, il va y avoir des évolutions fortes et attendues sur le modèle tarifaire. La Ministre a annoncé hier, par exemple, que le gel des missions d'intérêt général ne serait pas reconduit l'an prochain, et que les marges de précaution seraient prises sous une forme différente. Donc, ces évolutions sont attendues et font l'objet de travaux au niveau de la DGOS afin de fournir des propositions à la Ministre pour arbitrage tant dans la campagne 2013 que dans les campagnes ultérieures, puisque ces évolutions ne pourront pas toutes, bien entendu, prendre place dès la campagne 2013.

L'autre grande évolution annoncée par la Ministre et dont, je crois, les hospitaliers peuvent se réjouir, c'est une meilleure place faite à l'investissement. L'investissement, c'est l'avenir de nos établissements, c'est la poursuite des modernisations. Certes, beaucoup a été fait dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, mais sur un mode qui finalement s'est avéré périlleux pour les établissements, puisqu'il en a conduit certains à un endettement excessif. Donc, il est indispensable de changer de paradigme :

- soit pour traiter des opérations d'ampleur considérable et qui n'avaient pu être traitées auparavant dans des grands établissements au motif de sécurité, risque sismique, ou amiante, et pour lesquels il y aura des aides nationales très fortes ;
- soit pour accompagner des opérations exemplaires sur le plan de la performance, de l'innovation et de la qualité, puisque c'est l'autre point que je voulais évoquer. Dans la rénovation du modèle tarifaire, la Ministre a souhaité que les questions d'innovation et de qualité soient mieux prises en compte. Là aussi, les formes d'aide changeront. Elles seront plus largement basées sur des aides en capital qui étaient assez réduites ou très réduites, particulièrement pour les établissements publics dans les plans précédents, avec les inconvénients que j'ai soulignés. Je crois que nous pouvons tous nous réjouir du fait que la modernisation des établissements, quand elle est nécessaire, puisse se poursuivre avec un mode de prise en compte qui ne mette pas en danger les marges de manœuvre et de renouvellement des établissements de tous statuts bien entendu, mais en particulier ceux financés par tarification d'activité.

Pour terminer, après ces précisions, un texte est également très attendu : c'est celui sur le CET des praticiens hospitaliers, dont les bases ont été posées par le protocole. Nous avons pour priorité de sortir ce texte avant la fin de l'année. Il implique un temps de discussion interministériel qui n'est pas tout à fait achevé et qui ne porte désormais que sur des points de détail. Nous avons bon espoir, et je sais que la Ministre est très vigilante sur ce point, que ce décret soit sorti conformément au protocole qui a été signé avant la fin de l'année.

J'ai omis de citer le protocole sur l'exercice médical qui, pour la Ministre, reste en vigueur, et dont elle souhaite la mise en œuvre, mais qui était quelque peu interrompu par les circonstances. Cela fait partie, avec la mission du Pacte de confiance, des chantiers que nous préparons.

Ainsi cette idée de Pacte de confiance, je crois, était forte et attendue. Elle vise à faire progresser les établissements et l'ensemble de la communauté hospitalière sans opposer telle ou telle catégorie ou mode d'exercice ou type de statut d'établissement, à d'autres. C'est la qualité et la sécurité des soins qui sont en jeu et la modernisation des établissements. Et bien entendu, je vous confirme pour ma part, en ce qui concerne la Direction générale de l'offre de soin, que nous serons pendant cette période à votre pleine écoute pour recueillir vos préoccupations. Vous les transmettez directement bien entendu à la mission Couty et aux trois groupes de travail auxquels vous participez. Mais nous nous retrouverons tous ensemble d'ici la fin de l'année pour passer à cette deuxième phase de négociation, sur des champs précis et de mise en œuvre des orientations qui auront été redéfinies pendant cette période relativement courte mais très utile pour refonder ce Pacte de confiance, qui unit tous les praticiens et personnels de santé dans les différents établissements de santé.

Jean-Claude Pénochet :

Donc pour le moment, se pose une question précise entre, d'une part la rénovation des CME et le futur décret qui devrait voir le jour, et d'autre part, le dialogue social, et le groupe 2 notamment, qui devrait aboutir à une forme nouvelle de représentation des praticiens. Comment vous voyez l'articulation ? Est-ce que, finalement, ce n'est pas mettre la charrue avec les bœufs de sortir trop vite ce décret sur l'élargissement des compétences de la CME par rapport à tout ce qui se déroule au niveau du dialogue social ?

Une autre façon de poser la question, c'est la question de la représentation des syndicats par rapport aux représentations institutionnelles classiques qui est une des questions qui se posent. D'autant plus que vous nous parlez d'une phase de négociation, dont on est tout à fait preneurs, et que cette phase de négociation doit avoir des instances de négociations existantes qui n'existent pas encore à l'heure actuelle. Donc, avant de pouvoir mettre en place une négociation, encore faudrait-il qu'il y ait la création de ces instances de négociation où la représentativité soit respectée.

Jean Debeaupuis :

Je n'ai peut-être pas été suffisamment clair. Pour les textes dont le contenu est déjà négocié, comme le texte sur le CET pour les praticiens hospitaliers, et qui ne sont pas directement lié à la mission Pacte de confiance, nous finissons la discussion interministérielle pour les sortir dans les meilleurs délais, donc avant la remise du rapport. Pour le décret sur la CME ou d'autres textes qui seraient pleinement et directement liés à la mission Pacte de confiance, il est clair qu'ils sortiront après. Donc voilà, si c'est plus clair comme ça, je vous le confirme.

Et en ce qui concerne la négociation, j'ai cru comprendre qu'il y avait une attente au niveau régional, en particulier pour les praticiens hospitaliers, qui suppose une reconnaissance de leur représentativité, et la mise en place de nouvelles instances. C'est un échelon pour lequel il y a eu des tentatives, mais qui actuellement n'est pas très actif, et il est proposé de le revitaliser, au-delà du repositionnement dans le cadre plus général du dialogue social. La négociation qui s'engagerait dès le mois de janvier, au niveau national avec les interlocuteurs représentatifs, est un cadre qui est mieux connu et immédiatement disponible. L'échelon local des négociations peut être revisité, mais cela se ferait plutôt à partir de 2013. Là, c'est la vie hospitalière, et il n'y a pas forcément d'urgence pour le fonctionnement régulier des hôpitaux. Donc, il est peut-être utile effectivement de le préciser, il y a un niveau régional qu'il s'agit de renforcer. Il y a un niveau national qui est celui dont beaucoup de choses découleront, et puis un niveau local qui peut traiter aussi des choses importantes. Ces niveaux sont complémentaires dans l'exercice du dialogue social. C'est aussi la règle qui a été posée à la fonction publique de façon générale sur l'idée du dialogue social. ■

« Journée du Praticien » 12 octobre 2012

Table ronde organisée par la CPH, l'INPH et le MDHP

La table ronde de la deuxième « Journée du Praticien » a été l'occasion de faire le point sur la mission « Pacte de confiance pour l'hôpital » lancé par la Ministre de la santé. Ci-dessous le compte-rendu des propos des intervenants.

Alain JACOB (INPH)

Pacte de confiance... : je ne crois pas que la confiance se décrète ou qu'elle se signe, je crois qu'elle se gagne. De part et d'autre, chacun des partenaires va apporter sa pierre pour que la confiance puisse circuler entre les parties. Pour démarrer cette confiance, il va falloir que la continuité de l'Etat s'exprime et que l'accord cadre qui a été signé en janvier dernier s'applique y compris les textes attendus qui concernent les temps partiels, le devenir du CET, la retraite des hospitalo-universitaires. Ces textes sont extrêmement importants.

L'INPH a également mis un préalable qui nous paraissait nécessaire : c'était de revenir sur le décret CME. Tous ces textes ont été préparés dans la phase de concertation de l'accord cadre du mois de janvier dernier.

Le discours de la Ministre en introduction de ce pacte nous a paru suffisant pour que nous entrions dans cette démarche. Nous avons bien insisté sur le fait qu'il n'était pas envisageable que la Ministre n'avance pas sur les engagements relatifs à ces textes.

Je vais essayer d'aller très vite pour le reste.

Pour le premier point, si on veut faire un pacte de confiance et rétablir une dignité de l'hôpital public, cela veut dire de réaffirmer ses missions de permanence des soins, d'enseignement, de recherche, tout en définissant mieux sa place dans l'ambulatoire.

Il s'agit également de rétablir la dignité de la communauté médicale hospitalière en revenant sur le décret CME qui doit retrouver ses prérogatives en matière de stratégie de l'établissement, d'avis sur les finances, d'avis sur les recrutements et les structures médicales internes.

Il est également nécessaire de rétablir la dignité syndicale médicale en précisant les critères de représentativité qui seront choisis. Actuellement, n'ont pas encore été défini, de manière réglementaire, quels sont les syndicats ou inter-syndicats qui sont représentatifs des praticiens hospitaliers : le texte est toujours en attente. Il faut sortir absolument de cet imbroglio puisque la discussion est actuellement largement ouverte, mais quand on va aborder les négociations, on rappellera que les négociations statutaires se dé-

roulent entre la ministre, le cabinet de la ministre et les syndicats et ou inter-syndicats représentatifs. On a aussi le sentiment que plus les voix seront diluées, moins il sera facile d'obtenir un consensus entre les praticiens hospitaliers, plus notre voix perdra de sa force. A quoi se rajoute, pour rétablir la dignité syndicale, la question de la reconnaissance syndicale statutaire à l'intérieur des établissements : vous avez dû en parler par ailleurs.

Il faut également rétablir la dignité du praticien hospitalier, respecter son statut, probablement le rénover, probablement le faire évoluer, car un des atouts majeurs du praticien hospitalier c'est son statut : c'est un socle indispensable qu'il faut défendre et continuer à défendre.

Rétablir sa dignité dans sa rémunération et en particulier penser à la rémunération des débuts de carrières qui sont notoirement insuffisantes et qui détournent une partie des praticiens, qui aimeraient travailler à l'hôpital public, vers d'autres modes d'exercice.

Il est évident qu'au delà de ces points il faudra réfléchir à la pénibilité de l'exercice médicale. Exercer à l'hôpital est une activité difficile qui comporte parfois des risques psycho-sociaux, voir des risques physiques. Il est nécessaire de réfléchir à une modularité des carrières et à l'existence de passerelles professionnelles au cours de la carrière.

J'évoquerai la question de la résolution des conflits à l'intérieur de l'hôpital. Il est évident qu'il vaut mieux essayer de résoudre les conflits le plus tôt possible. Actuellement, on doit d'abord tenter le dialogue local, qui est ce qu'il est, avec ses difficultés, ou ses facilités, puis, en cas d'échec, recourir au niveau national qui fait intervenir les organes statutaires, la commission statutaire nationale et la commission de discipline. A notre avis, il est nécessaire d'avoir un échelon régional, indépendant du niveau local, et ayant une certaine liberté vis à vis du national.

Pour terminer, c'est aussi un point sur lequel la confiance s'établira, la formation médicale continue, le développement professionnel continu, l'évaluation des pratiques professionnelles : c'est évidemment en finançant et en soutenant ces activités que l'on pourra créer, ou rétablir la confiance.

Voilà les points principaux, j'en oublie sûrement, qu'il me paraissait utile de préciser.

Jacques TREVIDIC (CPH)

La confiance voilà un mot qui était oublié depuis quelque temps. L'idée d'un pacte de confiance pour l'hôpital était certainement nécessaire.

Maintenant, il s'agit de le mettre en œuvre. Pour que quelqu'un mérite notre confiance, je dirais qu'il faut d'abord commencer par la lui accorder. Nous avons entendu le discours de la Ministre du 7 septembre et ses déclarations antérieures : elles nous permettent de rentrer dans cette phase de concertation, qui sera suivie d'une phase de négociation. Nous avons l'impression d'un discours nouveau. Certes, il n'y a pas d'amour, il y a que des preuves d'amour ! Il faudra donc bien que cela se concrétise à un moment donné par des actes. Nous sommes dans une phase intéressante où les choses se disent. Trois groupes de travail ont été constitués, avec des thèmes relativement précis. Tout le monde s'exprime, c'est la règle. Donc parmi ceux qui s'expriment, beaucoup de gens ont œuvré et se sont investis dans les réformes précédentes. Forcément, du jour au lendemain, et surtout s'ils étaient aux commandes, ils ne peuvent pas dire que tout ce qu'ils ont fait depuis un certain nombre d'années, n'était pas bien... Donc nous sommes actuellement dans une phase où il faut faire entendre notre différence, faire entendre que nous n'étions pas d'accord avec la loi HPST son esprit, sa lettre, que cette loi, telle qu'elle a été conçue et appliquée, n'était pas une loi technique, mais une loi politique. C'était surtout l'affirmation qu'il n'y a qu'un seul patron à l'hôpital et que les corps intermédiaires ne sont pas souhaitables. Ce principe est ensuite décliné et appliqué à tout l'hôpital, comme d'ailleurs dans d'autres endroits de la société. Ainsi, nos pratiques ont été remises en cause... Nous voulons revenir à plus de collégialité, un mot qui était devenu presque interdit, un mot pourtant vecteur de l'indispensable contre-pouvoir. Il faut le réintroduire sans donner l'impression que l'on va tout mettre par terre. Il faut donc être un peu plus subtil que ça. Quels sont les éléments sur lesquels portent ces discussions ?

Les missions du service public : on veut remettre le service public hospitalier en pleine lumière : il est un, et indivisible de préférence, parce que l'hôpital public est le seul qui porte toutes ces missions : soins, enseignement, recherche, précarité et pas forcément rentabilité... C'est en soi un bloc que nous défendons et dont nous défendons l'unicité.

Dialogue social : la CPH est vraiment intéressée à ce groupe qui nous paraît essentiel parce que, s'il est bien un point où l'hôpital public ces dernières années a connu un gros déficit, c'est le dialogue social. La traduction de ce manque dans les faits aboutit parfois à des situations locales très difficiles, parmi les praticiens hospitaliers, parmi les personnels soignants; des services sont en difficulté et au final les patients en subissent les conséquences. Nous avons considéré que c'était effectivement le groupe de travail le plus important. Il faut absolument introduire le dialogue social au

niveau régional parce que les restructurations, notamment, se décident à ce niveau là.

Au niveau local, pour prévenir des situations qui finissent par arriver au niveau national (CNG) lorsque la situation devient inextricable, il faut introduire au sein des hôpitaux une représentation professionnelle des praticiens hospitaliers. Cette représentation, par essence, est syndicale. Au niveau national, les structures actuelles, commission statutaire nationale, conseil de discipline, ne fonctionnent pas, ne fonctionnent plus, ou étaient vidées de leur sens : La commission statutaire nationale ne voit plus que un ou deux cas par an et encore ! Les commissions paritaires régionales ne sont pas convoquées...

Il n'y a plus de dialogue social entre les praticiens hospitaliers et les pouvoirs publics, sinon au coup par coup, quand on est invité en général deux jours avant, souvent à une heure où les provinciaux ont du mal à rentrer...ce n'est pas sérieux.

Pour la gouvernance, l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, un certain nombre de textes sont en préparation : le décret CME, quelques décrets statutaires sur le rapprochement des statuts des praticiens temps plein et temps partiel, le compte épargne temps... Je suis bien d'accord avec toi, Alain, cela fait partie des preuves d'amour que l'on attend !

Cette phase de concertation va durer jusqu'à la mi-décembre. Seront recueillis tous les avis, les avis concordants, les avis discordants, les avis minoritaires, ce qui va dans le bon sens. Après, il y aura du travail, de la négociation. Avec tout cela, je crois que nous sommes en train de reconstruire l'hôpital public pour dix ans et donc je trouve cela très positif.

André GRIMALDI (MDHP)

Au fond, si la confiance a besoin d'un pacte, c'est qu'il n'y a pas de confiance. Et s'il n'y a pas de confiance c'est qu'il y a de la défiance. Il faut d'abord essayer de comprendre pourquoi. Nous sommes dans la défiance, non pas parce que nos idées n'étaient pas partagées par ceux qui nous dirigeaient et qui ont orienté l'hôpital vers « l'hôpital entreprise », mais parce que cette orientation politique était masquée. Elle avançait pas à pas, comme masquée, sous des arguments techniques ou d'apparent bon sens. Nous n'avons jamais eu de débat politique contradictoire sur l'avenir du système de santé et de l'hôpital public. Les décisions se faisaient au nom du « management » qui comme chacun le sait n'a rien à voir avec la politique et encore moins -horreur !- avec l'idéologie. Il faut bien comprendre que le slogan de la technostructure et de la bureaucratie d'Etat est « faut bien que ça change pour que rien ne change »...

J'ai été très frappé par la déclaration de la fédération de l'hospitalisation privée dans la commission Couty. Leur représentante a fait la déclaration liminaire suivante : « la convergence n'en parlons

plus, c'est du passé : nous avons besoin d'un hôpital public fort. Qui peut souhaiter l'affaiblissement de l'hôpital public ?»

J'ai alors compris que le statut de service public de l'hôpital est intrinsèquement lié à la T2A, Or sur la T2A les choses ne sont pas si claires que ça. En disant que le service public n'existe que par ses missions de service public, du coup, vous dites tout ce qui ne relève pas des missions de service public n'est pas du service public ! Ainsi, 80% de l'activité de l'hôpital n'est pas du service public : c'est un tour de passe-passe génial ; 3/4 du personnel qui a un statut public ne travaille pas pour un service public, et donc la plainte de la FHP contre l'Etat français pour entrave à la libre concurrence devient recevable.

Remettre le mot service public est donc important, mais ne suffit pas. Si on définit une entreprise par le fait qu'elle vende des prestations tarifées ; vous pouvez toujours parler de service public, ce n'en est pas moins une entreprise qui doit de ce fait même, être soumise à la concurrence. T2A et hôpital entreprise sont donc intrinsèquement liés. Je viens tout juste de lire le rapport de deux inspecteurs de l'IGAS qui expliquent comment avance dans les hôpitaux l'esprit d'entreprise, et plutôt comment il avance à leurs yeux insuffisamment. Ils ne le disent pas comme cela, ils parlent de l'esprit T2A, de la culture T2A au sein de l'hôpital public. Ils déplorent que seule une avant-garde éclairée composée de directeurs et de médecins managers maîtrise parfaitement la T2A, Ils estiment qu'il faut que cette culture managériale pénètre dans la profondeur des pôles, où persistent encore parfois des services, survivances désuètes d'un passé révolu. Pour eux, l'hôpital repose sur des structures de gestion.

Notre vision de la gouvernance, c'est qu'il y a deux pouvoirs distincts suivant deux logiques. Il y a une logique du soin dont l'éthique est « le juste soin au juste coût », et il y a une logique de l'organisation et de la répartition des moyens, qui est une logique de gestion parfaitement éthique également puisque « tout n'est pas possible ». Il y a donc potentiellement conflit. Et c'est pour ça qu'il faut qu'il y ait contrat. La fusion des deux logiques en une seule c'est à dire la dissolution de l'éthique du soin dans la logique de gestion à laquelle on assiste crée la confusion, étouffe le débat démocratique et débouche sur la quête de la rentabilité et le conflit d'intérêt.. J'ai un directeur qui est tout à fait dans ce modèle de la loi HPST même si ses sympathies politiques sont plus proches du nouveau gouvernement. Il chante les louanges du modèle « business plan » qui permet à chaque hôpital de choisir les activités rentables permettant de financer les activités non rentables plus ou moins imposées ... Cette logique de rentabilité poussent à développer l'intéressement financier des personnels avec création de bonus-malus comme à Lyon. Le danger est que l'on se contente de quelques phrases qui font plaisir à

entendre mais que l'on suive la pente tracée par le « management de marché ». Et à la fin ce sont les professionnels eux mêmes qui demanderont à changer le statut de l'hôpital public pour adopter « un statut privé qui permet d'être plus souple, plus réactif et de récompenser la performance individuelle »

Quand on voit l'usine à gaz qu'on nous a présentée tout à l'heure sur le DPC, on comprend l'argument sur la souplesse le privé ! Il y a une autre manière de diluer le caractère organique structurelle du service public hospitalier, c'est de parler de « système public de santé » regroupant tous les acteurs dans un territoire donné quels que soient leurs statuts. On passe au débat sur la coopération sanitaire et ses modalités ... Et là revient par la fenêtre, le modèle des partenariats publics/ privés, ou comment faire marcher l'Etat au service du privé ? Quel est le contre modèle ? Cela nous oblige, nous, à réfléchir pour présenter des alternatives permettant de sortir de cette machine de guerre du management privé qui apparaît comme la seule façon d'échapper au carcan bureaucratique. Le management privé conduit à terme à la privatisation comme on l'a vu en Allemagne et en Pologne et comme on le voit aujourd'hui en Espagne, et comme on le verra peut-être demain en Angleterre.

Que penser de la mission Couty ? Le plus grand bien ! Et de ses commissions de travail fonctionnant comme des assemblées parlementaires où toutes les positions s'expriment, à la queue leu-leu ? Elles ne peuvent ni traiter des problèmes au fond ni élaborer des propositions au besoin divergentes. Ca ne peut que produire du consensus mou. Espérons qu'Edouard Couty fera un rapport personnel plus à partir de ce qu'il pense qu'à partir de ce qu'auront produit les dites commissions.

Reste la question des questions : l'ONDAM, la Ministre (comme ses prédécesseurs) dit : on l'augmente de 2,7%... On comprend le souci d'une communication positive mais la vérité c'est qu'une augmentation de l'ONDAM de 2,7% correspond à une économie de 2,5 milliards d'euros. Le discours sur l'augmentation qui veut dire diminution, suscite évidemment la défiance. Il faut donc dire qu'est ce qu'on diminue et comment on diminue. Si vous lisez le rapport commun de l'IGAS et de l'Inspection générale des Finances, vous découvrirez quinze mesures proposées : par exemple on va faire un contrat individuel par médecin, afin de contrôler le volume de ses prescriptions annuelles : c'est sympathique mais c'est strictement infaisable en France. Par contre on pourrait diminuer de 10 000 le nombre des personnels des hôpitaux chaque année : Ah, ça c'est faisable. D'ailleurs on sait faire ! Etc.

Donc je pense qu'il est indispensable de définir des orientations claires. Heureusement, il semble plus facile d'en débattre qu'avec le gouvernement précédent mais il me semble sage de garder notre

méfiance, devant le mouvement mondial qui, au nom du management, est en train de privatiser l'ensemble des activités humaines, bien au-delà de l'hôpital. Nous devons continuer à ramer à contre-courant.

Frédéric PIERRU, sociologue, chargé de recherche au CNRS.

Je ne suis ni médecin, ni syndicaliste ni les deux, je suis sociologue. Je vais donc essayer de ne pas trop m'éloigner du service hospitalier public, mais quand j'ai lu l'annonce du titre de cette mission, le pacte de confiance, ça m'a rappelé la communication que j'avais faite lors du grand colloque qui s'était déroulé à la Salpêtrière, organisé par le MDHP, alors que les polémiques sur la Loi HPST n'étaient pas retombées, loin s'en faut, et que j'avais intitulée «Hôpital, le pari de la confiance». Au moins j'avais vu juste, et j'avais essayé, dans cette communication, d'analyser le conflit, tout à l'heure tu as dit politique, il me semble que c'est un conflit politique au sens fort du terme, pas politicien mais politique au sens de la bonne organisation de la cité, des services publics, qui était en jeu alors.

Pourquoi parle t'on tant de confiance en médecine ?

Il y a trois façons d'organiser les activités humaines, qui sont antinomiques, en conflit les unes avec les autres.

Il y a la bureaucratie qui est le monde de la règle et de la hiérarchie ; il y a le marché qui est le monde de la concurrence des intérêts matériels et puis il y a le monde du professionnalisme, des professions, donc de la profession médicale, où la confiance et l'éthique sont primordiales.

Pourquoi certaines activités sont organisées sur le mode professionnel ? Les professions, on les repère très vite car elles ont au moins deux attributs, d'aucuns diraient deux privilèges : le monopole d'une activité donnée, donc qui s'oppose à la concurrence, ici c'est l'activité de soins, et une forte autonomie dans l'activité quotidienne. Pourquoi ces deux privilèges et notamment pourquoi l'autonomie ? C'est parce que les professionnels travaillent, mobilisent des savoirs et des savoirs ésotériques qu'ils appliquent, qu'ils doivent appliquer dans des cas singuliers, très souvent dans des situations de grande complexité et de grande incertitude. Il leur faut une grande autonomie au quotidien pour mettre en œuvre de manière pertinente leurs savoir-faire, et leur savoir appris sur le mode du compagnonnage. En quelque sorte celui qui bénéficie de la prestation professionnelle et les pouvoirs publics qui financent, soit les infrastructures, soit l'accès aux prestations, ici aux prestations médicales, doivent faire confiance aux professionnels, en dépit des incertitudes sur la compétence du professionnel et de la qualité des soins qu'il dispense.

J'avais montré que HPST était assez emblématique d'un nouvel art de gouverner qui ne se cantonne

ni à la santé, à la France, et que l'on appelle le «new public management». C'est ce qu'André a appelé le «management», qui est une doctrine maintenant largement partagée dans tous les pays et qui est un alliage des deux formes rivales du professionnalisme que sont la concurrence et la bureaucratie. Le NPM c'est la concurrence et les technologies gestionnaires expérimentées dans le privé au service de la bureaucratie.

L'hypothèse du NPM est que les professionnels sont incapables de s'autoréguler ; notamment qu'ils sont collectivement incapables d'éliminer les mauvais usages de leur autonomie professionnelle et qu'il faut instaurer soit des contrôles managériaux internes, soit introduire, et ce n'est pas antinomique, la discipline du consommateur. Et souvent le consommateur ou l'utilisateur est enrôlé par les pouvoirs publics pour faire pression d'en bas sur les professionnels pour rationaliser leur pratique médicale.

Quand on regarde HPST, on voit ces deux composantes. Je ne vais pas les reprendre parce qu'André les a déjà mentionnées.

D'abord vous avez une grande transformation hiérarchique de l'hôpital avec une verticalité du système de santé qui va du ministre au chef d'établissement, au chef de pôle, au praticien en passant par le directeur général de l'ARS. C'est la démedicalisation de la gouvernance hospitalière.

D'autre part, on retrouve, et pas seulement à l'APHP, avec la T2A, on retrouve effectivement pour reprendre l'expression de Didier Tabuteau, une banalisation et une vaporisation du service public hospitalier. André a dit qu'effectivement, réduire le service public à ses quatorze missions, c'est laisser 80% de l'activité hospitalière hors du champ du service public ; et on pourrait parler aussi de tout le mouvement, dans le sillage d'HPST, qui consiste, via des consultants payés grassement, à transférer dans l'hôpital public les techniques de gestion du secteur privé. Fondamentalement ce que je voulais dire c'était que HPST reposait sur deux formes, ces deux formes d'organisation de l'activité humaine, la bureaucratie et la concurrence, qui reposent finalement sur des formes de défiance, c'est dire qu'on ne fait pas confiance au professionnel, à son éthique et à ses compétences et que l'on doit encadrer strictement l'exercice de son autonomie.

Il me semble que c'était un conflit politique HPST au sens où avec cette loi, le clivage politique traditionnel était brouillé : le conflit ne recoupait pas le clivage Gauche-Droite traditionnel. Au contraire on avait, par exemple, les représentants des usagers ou certains représentants des usagers qui soutenaient ouvertement les pouvoirs publics contre les médecins, de gauche comme de droite d'ailleurs, qui, eux, défilaient dans la rue aux côtés des syndicats de personnels administratifs et soignants. Les porte-parole des « usagers » soutenaient HPST parce qu'ils voyaient là une arme de la mise au pas du pouvoir mandarin. On avait

cette idée que ce qui était à l'épreuve, c'était finalement le statut professionnel de la médecine, et la place des médecins au sein de l'hôpital public. Sont-ils des professionnels dont la loyauté va d'abord à leurs pairs ou des sortes d'ingénieur dont la loyauté va d'abord à l'établissement ? C'est en cela que c'était un conflit de nature proprement politique, pas de nature politicienne.

Des travaux récents de sciences sociales ; je pense en particulier à ceux de Florent Champy, ont montré les effets pervers de l'application mécanique de la bureaucratie et la concurrence aux univers professionnels. Vous avez par conséquent deux effets pervers. D'abord vous avez un risque de baisse de la qualité des prestations fournies, ça c'est documenté par les sciences sociales, c'est-à-dire qu'une bureaucratisation excessive de l'environnement de travail, entrave l'exercice de l'autonomie professionnelle, du jugement professionnel et peut déboucher sur une dégradation de la qualité des soins. Mais aussi, et c'est intéressant, on génère des surcoûts liés à la déstructuration des collectifs de travail, autrement dit des équipes ; c'est tous les savoirs, les stocks de connaissances accumulés dans les équipes qui sont déstructurés ou perdus, et on n'a alors pas seulement une baisse de la qualité des soins, mais aussi une baisse de la productivité c'est à dire exactement le résultat inverse de ce que l'on voulait atteindre.

Rapidement que peut déduire de tout cela : qu'il convient de défendre le professionnalisme contre cet alliage de la bureaucratie et de la concurrence qu'est le «new public management». Je ne pense pas, en tout cas, qu'on doive revenir, je m'adresse à des médecins, au professionnalisme d'avant, très vite interprété comme du corporatisme et comme du paternalisme. Je pense même que les fondements économiques, sociaux culturels ont beaucoup changé et que l'on ne peut pas défendre le professionnalisme traditionnel sur lequel s'est construite la profession médicale.

On évoque souvent, je prends l'exemple des mutations, celle du patient qui serait devenu plus impatient, voulant participer aux décisions qui le concerne, et plus généralement aux décisions appliquées au système de santé. J'ai fait une revue de littérature anglo-saxonne qui est assez intéressante. Ce discours est assez convenu et contrevient pas mal aux données d'enquêtes. Les travaux sur les évolutions du système de santé montrent qu'il y a peu de preuves empiriques qui vali-

dent la thèse selon laquelle la confiance des patients dans les professionnels de santé se soit érodée ces dernières années, avec un niveau de confiance envers les cliniciens qui reste élevé, continuant à se situer à des niveaux de 80 à 90%.

Il n'empêche qu'on ne peut pas dire que les patients n'aient pas changé, en tout cas une fraction des patients. Alors certes les médecins peuvent faire un mauvais usage de leur autonomie professionnelle. Par exemple, on l'observe dans les fortes variations des pratiques médicales de prescriptions. Si ces variations ont parfois des justifications médicales, parfois elles, sont beaucoup moins explicables!!! Ou explicables par d'autres mobiles, par ailleurs introduits par le «new public management» : financiers, bonus-malus, primes individuels, ou par les défauts des remises à niveau des connaissances...

Donc la question semble la suivante : les professionnels eux-mêmes peuvent-ils mettre en place des dispositifs collectifs capables de combattre ces mauvaises pratiques, préservant ainsi leur autonomie, ou faut-il s'en remettre à un contrôle managérial externe qu'incarne le directeur d'établissement, un patron ou des consultants grassement rémunérés pour mettre en oeuvre les technologies gestionnaires inventées dans le privé.

Pour conclure je voudrais revenir à une grande figure de la sociologie mondiale, Eliot Freidson. Il avait écrit un livre dans les années 1970 qui avait fait date et qui était un virulent pamphlet contre la profession médicale et son incapacité de la profession médicale à s'autoréguler. Ce qui était intéressant, c'est qu'à la fin de sa vie, Freidson, après avoir constaté les ravages de l'essor du management et de la concurrence dans la médecine américaine, a dit finalement qu'il n'y a pas d'autre voie que de défendre, mais en le renouvelant, le professionnalisme ; ce professionnalisme doit devenir moins individualiste, plus collectif, plus institutionnel et vraiment se donner les moyens de répondre aux interpellations que sont la qualité des soins, la maîtrise des coûts mais aussi une plus grande ouverture aux demandes changeantes des patients. Il me semble que les pistes qu'il a suggérées étaient bien concrètes!!! Et que ces pistes pourraient trouver toute leur place dans la salutaire concertation qui s'est récemment ouverte. ■

BULLETIN D'ABONNEMENT

Sur notre site : www.praticien-hospitalier.com

à retourner, avec votre règlement, à :

LES MEDECINS DES HÔPITAUX PUBLICS

SPHP - 31 bis Av Frédéric Raboisson - 60600 CLERMONT

Email : revue.mhp@gmail.com



Pacte de confiance

Le changement ne peut pas se concevoir indépendamment du système d'action auquel précisément il s'applique sans inéluctablement aboutir à une impasse ou, ce qui revient au même, à un pseudo-changement. Il ne peut pas consister en la substitution d'un mode de fonctionnement ancien par un modèle nouveau conçu de façon extérieure et indépendamment des acteurs.

Voilà le défi auquel nous sommes confrontés : changer, en gardant permanente la nécessité d'intégrer les paramètres collectifs, individuels, psychiques et objectifs. Attacher du prix à l'action. Mais penser l'hôpital, plutôt que de le calculer.

Sur le dialogue social

Le pacte de confiance proposé aux acteurs hospitaliers représente une phase de concertation destinée, avant de traiter des questions de fond, à mettre en place les outils permettant l'instauration d'un véritable dialogue social. Pour les praticiens hospitaliers, et c'est une différence majeure avec les autres catégories de personnel de l'hôpital, les instruments de ce dialogue social, basés sur l'expression de la représentativité professionnelle, sont restés pour des raisons historiques à l'état de friche. Les représentations syndicales professionnelles ont été de plus en plus tenues à l'écart et remplacées par les représentations institutionnelles, aboutissant à des erreurs de prise en compte des lignes de force. Permettre légitimement aux praticiens hospitaliers d'être entendus au cours des différentes phases du dialogue social suppose de l'organiser et de le structurer.

a) L'organisation du dialogue social suppose le développement aussi large que possible de l'expression professionnelle syndicale. Or, l'exercice du droit syndical des praticiens hospitaliers demeure limité aux dispositions prévues dans leur statut. En l'état, ce texte ne permet plus aux organisations syndicales de faire face aux impératifs fortement accrus de la concertation et de la négociation. Il ne concède aucun crédit de temps syndical sous forme d'une quotité annuelle de temps de travail, ne prévoit pas la possibilité de réunions mensuelles d'information et n'autorise pas de mise à disposition à l'échelon national, à l'instar de ce que permet la législation aux autres agents de l'état.

Ainsi, la reconnaissance du droit syndical des PH demeure restrictive dans son exercice, basée sur des conceptions étroites et limitatives, déjà dépassées au regard de la réalité du syndicalisme, de la modernisation de la fonction publique, de la règle admise par ailleurs et de l'accroissement des tâches de représentation liées à la progression du dialogue social. La CPH demande l'extension des

Propositions de la CPH

droits syndicaux des PH par application des règles de la fonction publique.

b) L'organisation du dialogue social des PH nécessite la création d'instances de représentation syndicale

- Au niveau national la commission statutaire, seule instance existante qui est pourtant censée décider de la représentativité des organisations syndicales, n'a plus aucune attribution dans le champ du dialogue social. Il faut créer une instance spécifique de type « Conseil Supérieur des professions médicales hospitalières » (médecins, pharmaciens, odonologues) avec des attributions, un fonctionnement et une composition définie en fonction de règles de représentativité syndicale édictées clairement à l'avance.

- Au niveau régional : nous souhaitons la création, à l'instar de nos collègues libéraux, d'Unions régionales des professionnels de santé hospitaliers publics, qui représenteraient les personnels des hôpitaux publics sous la forme de 2 collèges :

o un collège des personnels médicaux (médecins, pharmaciens, odontologues)

o un collège des personnels non médicaux.

La composition de ces URPS-HP serait issue d'une élection ouverte dans chaque région au sein des 2 collèges des personnels mentionnés.

Les professionnels élus issus de ces URPS-HP participeraient aux différentes instances régionales de la démocratie sanitaire afin de représenter les personnels concernés.

- Au niveau local : la CPH souhaite l'émergence d'une représentation locale élue des syndicats de praticiens hospitaliers, avec la participation de ces représentants à la CME (cf plus bas).

Sur la gouvernance

a) CME

La CPH défend la collégialité des décisions et l'unité du corps médical hospitalier. Elle considère en conséquence que les avis qui sont demandés au Président de CME doivent reposer sur les avis conformes de la CME. La composition de la CME doit être démocratique. Toutes les disciplines doivent y être représentées, et ses membres élus.

La CME doit être l'instance d'élaboration du projet médical de l'établissement, et ne peut se contenter de rendre simplement un avis.

La CME doit exprimer des avis sur tous les sujets stratégiques concernant la politique de l'établissement. Il est particulièrement important, notamment dans le contexte de restructuration de l'offre de soins publique, que le corps médical puisse débattre et s'exprimer sur des sujets aussi importants que l'EPRD, le CPOM, le rapport annuel, les

effectifs médicaux et le bilan annuel des tableaux de service, la politique de recrutement des emplois médicaux et bien entendu, l'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir.

La CME doit également donner son avis sur les nominations individuelles des praticiens, et sur la désignation des praticiens assurant une responsabilité fonctionnelle collective.

Elle est ainsi notamment consultée pour avis sur :

- L'organisation en services et éventuellement en pôles de l'établissement
- La stratégie financière de l'établissement et l'EPRD
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Le tableau des effectifs médicaux et non médicaux,
- Le CPOM,
- Les nominations individuelles des praticiens
- Les affectations individuelles des praticiens, après avis du chef de service.

Pour nomination par le Directeur, elle désigne les chefs de service proposés après élections par les praticiens de chaque service et, le cas échéant, les chefs de pôle proposés après élections par les praticiens du pôle.

Elle élit, outre le Président de la CME, les membres qui la représentent au directoire.

Ces décisions doivent être débattues auprès de tous ses acteurs. Une fois les décisions arrêtées, elles doivent être expliquées et diffusées par les moyens de communication les plus larges (voie électronique notamment). Cette transparence est absolument nécessaire afin qu'elles soient comprises et ne conduisent pas à des blocages.

b) Directoire

A cet égard, le fonctionnement habituel des directoires où le secret est le plus souvent la règle, est l'exemple de ce qu'il ne faut pas faire. La CPH considère que le directoire n'est pas une instance pertinente car sa composition est trop restreinte, et la désignation de ses membres non démocratique.

c) Conseil de surveillance

La CPH souhaite également que les Conseils de surveillance redeviennent un lieu de rencontre entre les différents acteurs de l'hôpital, les usagers et les élus. Un plus grand nombre de représentants de la CME et du CTE doit pouvoir participer à ses travaux afin de favoriser les échanges de points de vue et préparer les délibérations sur les questions stratégiques de l'établissement qui doivent redevenir de sa compétence (questions financières, investissement, CPOM, règlement intérieur).

Sur l'organisation interne

Les réformes de structure proposées depuis 10 ans n'ont abouti le plus souvent qu'à ajouter une couche de bureaucratie supplémentaire à l'existant. C'est le cas avec l'organisation en pôles.

La CPH considère que la structure de base de l'organisation des soins à l'hôpital doit revenir au service. La notion d'équipe qui tend à réapparaître, doit reprendre les éléments les plus significatifs de

l'organisation des services antérieurs et ne peut être confinée à un rôle d'exécution des objectifs assignés. Il s'agit bien de recréer un groupe de professionnels de taille humaine impliqué et performant, centré sur l'efficacité d'un centre opérationnel cohérent en fonction d'une discipline ou une spécialité, placé sous l'autorité fonctionnelle d'un responsable, le chef de service, disposant de la délégation de gestion des moyens financiers qui lui sont attribués en fonction de l'organisation des soins nécessaires à la réalisation des objectifs.

Le chef de service est choisi parmi les praticiens du service et proposé par eux à la CME après élection interne. Il est nommé par le Directeur, sur avis conforme de la CME. En cas d'avis négatif de la CME, un autre praticien est recherché selon les mêmes modalités.

Au sein des services, les modalités du dialogue doivent être organisées et contrôlées. Le conseil de service doit être rétabli et des objectifs en matière de concertation interne, de transparence des organisations et des décisions prises doivent être atteints.

L'organisation en Pôle doit rester facultative. Les pôles doivent devenir des structures d'analyse médico-économique, sans caractère opérationnel sur l'organisation des soins, mais représentant l'ensemble des services auprès de la direction et des instances de l'établissement. Le chef de pôle doit être élu par l'ensemble des praticiens du pôle, ce qui lui donne la légitimité pour représenter ses pairs.

Sur l'autonomie des établissements et la gestion des ressources humaines

La CPH constate que l'autonomisation des établissements, consacrée par la loi HPST, et qui les contraint à un strict équilibre financier, se traduit par une revendication insistante des acteurs hospitaliers placés en position de responsabilité pour l'obtention d'une liberté locale maximale dans le management des personnels médicaux et la gestion des ressources humaines. Sous ces termes en apparence positifs et chargés des meilleures intentions d'amélioration des conditions de travail, se cachent une attaque en règle contre les statuts des personnels, qui sont dénoncés à demi-mots et accusés d'être le plus important des freins à l'adaptation nécessaire du monde hospitalier à la concurrence. Il s'agirait donc de trouver « des marges de manœuvre » dans la gestion des ressources humaines pour une plus grande flexibilité d'adaptation des personnels aux nouvelles contraintes et une meilleure productivité. C'est, à n'en pas douter, la décalque parfaite d'un modèle entrepreneurial appliqué à l'hôpital, assimilée à une entreprise ordinaire tournée vers des objectifs financiers et de production. C'est ce point de vue, typiquement patronal, tendant à assimiler la valeur *travail* à une valeur *marchande*, que l'on peut négocier comme n'importe quelle autre valeur marchande qui pousse les fédérations et les directeurs à demander le maximum d'autonomie pour la gestion des personnels médicaux et paramédicaux de leurs établissements.

Naturellement, le point de vue des salariés (médecins ou non) est tout autre. Les statuts des person-

nels sont un rempart à l'arbitraire et un gage d'équité. Ils permettent aux agents de l'Etat d'accueillir les usagers des services publics en toute indépendance des pouvoirs locaux, administratifs, politiques ou économiques. Ces statuts sont un des acquis essentiels du service public, et contribuent fortement à son attractivité.

La loi HPST a fait du directeur le seul « patron » à l'intérieur de l'établissement, ce qui a conduit à de nombreuses situations de conflit. Faut-il maintenant que ces mêmes directeurs s'affranchissent de leur tutelle, notamment celle des ARS ? Cela ferait d'eux des PDG et transformerait alors définitivement l'hôpital public en entreprise.

Certaines dispositions de cette Loi, et notamment celle-ci, inadaptées et délétères, doivent être revues. Car non seulement les objectifs et les valeurs qui président à son fonctionnement ne font pas de l'hôpital une entreprise comme les autres, mais il en diffère aussi radicalement par la structure même de son organisation qui demeure caractérisée par une double légitimité administrative et médicale : son centre opérationnel se définit par un appui fort sur les compétences et le savoir propre des opérateurs, qui sont des professionnels très qualifiés.

Le juste équilibre des responsabilités entre la direction et les représentants du corps médical et non médical est indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital. Et ce n'est pas par la prise de pouvoir autoritaire que la grande différenciation entre le médical et l'administratif peut être dépassée, mais par une meilleure intégration mutuelle des pratiques.

En supplément à cette erreur d'assimilation du fonctionnement de l'hôpital à une bureaucratie mécaniste ou industrielle, il n'a pas davantage été tenu compte des facteurs sur lesquels repose le système de cohésion interne, le ciment de l'organisation. Cette « culture d'entreprise », spécifique à l'hôpital public, a ainsi été bousculée sans ménagement, sans *management* adapté, par l'application déterminée du nouveau credo de l'hôpital entreprise. Au lieu de renforcer les appartenances culturelles, professionnelle et idéologiques communes, on a, en bouleversant les repères, les fonctions et les rôles, fait de la prédiction de Régis Lapauw une triste réalité « *Qu'elles soient implicites ou explicites dans la vie de l'organisation, ces appartenances existent et le manager qui voudrait les ignorer emprunterait une route qui lui réserverait nombre d'imprévus.* »

C'est parce que ses acteurs sont porteurs de valeurs qu'une organisation n'est jamais seulement une « pure » organisation, tournée vers des objectifs et un but communs, mais aussi une institution.

Sur la contractualisation

La généralisation de la contractualisation dans les rapports entre les partenaires de travail repose sur le concept de « gouvernance », apparu d'abord aux Etats-Unis dans les années 80 avant de prendre pied en Europe. Le principe est la délégation, la participation et la décision par zone et s'oppose en théorie au centralisme, à la lourdeur hié-

rarchique et à l'hyper-réglementation.

En France, son application au sein des établissements de santé, plaquée sur les rigidités administratives, a conduit au contraire au renforcement du poids écrasant de la ligne hiérarchique et de son management autoritaire, ce qui n'est pas étonnant compte tenu du contexte politique et de la crise économique, mais qui a conduit à une non prise en compte, dramatique dans ses effets, de la complexité et des particularités de l'organisation hospitalière.

Dans cet environnement, la contractualisation s'effectue de fait le plus souvent dans un cadre complètement inégalitaire entre les deux parties où bien souvent, les sanctions en cas d'inexécution du contrat ne sont prévues que pour le plus faible des contractants. Si les objectifs sont clairement définis, les moyens nécessaires sont généralement insuffisants ce qui aboutit à des injonctions contradictoires, et les vieux réflexes d'appropriation persistent. Cette approche de la gouvernance et de la contractualisation expliquent largement les difficultés de sa mise en œuvre, notamment en matière de délégation de gestion. La contractualisation des pôles, fer de lance de la nouvelle organisation, qui ignorait la légitimité d'action issue de la notion de service public et les particularités de l'organisation, est en fait pratiquement restée lettre morte.

Sans que les erreurs passées ne soient prises en compte, on voudrait maintenant au contraire poursuivre dans cette voie pourtant condamnée à l'impasse, en poussant jusqu'à son terme cette logique de contractualisation, par la soumission du travail des équipes soignantes à des procédures d'intéressement collectif et individuel.

A l'heure où 20% des postes de PH demeurent vacants, pense-t-on réellement pouvoir attirer et retenir les praticiens à l'hôpital en mettant en place des incitations financières accessoires, finalement toujours reliées à l'activité, opposées aux représentations professionnelles et aux motivations du travail de l'hôpital ? Les procédures d'intéressement ont fait largement la preuve de leur inefficacité à moyen terme. Et ce n'est pas en se situant sur ce terrain de l'importation et de la concurrence avec les modes de management de l'entreprise libérale que l'hôpital public peut trouver les voies lui permettant de mieux répondre à ses missions.

La CPH reste donc opposé à la contractualisation individuelle et à l'intéressement au sein de l'hôpital public, et considère que le statut national revalorisé a vocation à organiser les rapports entre les agents de l'Etat et leur tutelle.

Maintien du statut unique pour les PH

La CPH considère que le statut unique doit rester la pierre angulaire des carrières des praticiens hospitaliers. Le statut est un élément d'attractivité des praticiens à l'hôpital et doit garantir la sécurité de l'emploi, un niveau de rémunération comparable à celui de l'exercice libéral, un haut niveau de protection sociale et de retraite.

Il est souhaitable de simplifier les statuts de praticien à l'hôpital en ne conservant qu'un statut de titulaire et un statut de contractuel, avec des

niveaux de rémunération et de protection sociale alignés sur celui des titulaires. Les contractuels doivent pouvoir intégrer le statut de titulaire au bout de 3 ans d'exercice.

Afin de lutter contre les déserts médicaux, la CPH est favorable à la création d'un corps de praticiens hospitaliers titulaires volontaires spécialisés dans les remplacements, et géré directement par le Centre National de Gestion. Ces praticiens pourraient bénéficier d'un avancement dans la carrière deux fois plus rapide que les praticiens en poste fixe.

Sur les rémunérations

La CPH est particulièrement attachée à ce que les rémunérations des praticiens hospitaliers, soient complètement définies sur la base de critères nationaux, sans marge de manœuvre au niveau local ou territorial. Les rémunérations doivent être fixées nationalement, après négociation entre l'Etat et les syndicats représentatifs.

La CPH attire l'attention des pouvoirs publics sur la non-pertinence des systèmes de paiement à la performance, déjà mis en œuvre dans certains pays. Des publications de plus en plus nombreuses montrent que ces systèmes renforcent le pouvoir managérial sans aucune compensation pour les patients eux-mêmes en raison de leurs effets pervers.

Afin d'attirer les jeunes praticiens, les rémunérations des premiers échelons doivent être améliorés. La CPH propose la suppression des 6 premiers échelons.

Sur le temps de travail

La CPH constate les difficultés croissantes d'interprétation des dispositions actuelles relatives au temps de travail des praticiens hospitaliers, et considère qu'elles doivent faire l'objet d'une révision :

- La durée des obligations de services doit se limiter à 39 heures par semaine correspondant à 10 demi-journées, en incluant les jours de congés au titre de la RTT (actuellement 20 jours moins la journée de solidarité, soit 19 jours), introduisant au-delà de cette durée légale l'équivalent d'heures supplémentaires entre 39 et 48 heures hebdomadaires.

- En raison de la pénurie démographique, le maintien de « l'opt out » s'avère nécessaire. Mais ce temps additionnel volontaire, qui se situe au-delà de la durée maximale des 48 heures hebdomadaires en plage de sujétion, doit être rémunéré en heures supplémentaires majorées.

- La CPH s'oppose au projet ministériel proposé dans l'accord cadre de diviser en 5 quartiers la journée de travail du PH par l'adjonction d'une plage supplémentaire en fin de journée se terminant à 23h30. Ce projet vise artificiellement à diminuer la plage horaire de nuit et à supprimer le repos de sécurité.

- Si une directive européenne sur le temps de travail introduisant la notion d'un « temps inactif en garde » (non compté comme du temps de travail effectif) était adoptée, nous exigeons que soit intro-

duit dans le droit national français une disposition instituant le temps inactif comme du temps effectif de travail, permettant le maintien de l'intégration de la totalité du temps de permanence des soins en plages de sujétion dans le temps des obligations de services.

- La dérogation exceptionnelle en droit du travail au repos quotidien de 11 heures, amenant le praticien à pouvoir travailler 24 heures de suite, doit cesser. Une dérogation reste cependant possible en raison de la nécessité d'assurer la permanence des soins, sans toutefois avoir pour effet de réduire la durée du repos quotidien en dessous de 9 heures.

Sur les conditions de travail

La CPH constate dans de nombreux établissements la dégradation des conditions d'exercice des praticiens hospitaliers (ainsi que celle des personnels non médicaux). Cette détérioration, parfois très rapide, conduit à des situations où les équipes explosent, mettant en péril l'offre de soins locale et obligeant les établissements à recourir à des solutions coûteuses de remplacement. Ces situations fréquentes renforcent la souffrance des personnels et aggravent la situation sans que les moyens d'une solution de sortie de crise ne soient trouvés.

Ces difficultés nous conduisent à penser qu'il y a urgence à organiser une représentation syndicale locale des praticiens, afin que puissent être abordés institutionnellement les conditions de travail des praticiens hospitaliers.

La CME étant LE lieu de la parole médicale à l'hôpital, il nous semble logique de conserver ce lieu et d'étendre ses compétences aux conditions de travail des PH. Par conséquent, la CPH souhaite que la composition de la CME soit élargie aux représentants syndicaux élus des praticiens hospitaliers, seuls capables de défendre l'intérêt particulier des personnels concernés même s'il se heurte aux intérêts généraux de l'établissement. Cette participation pourrait prendre la forme de la création d'un collège médical du CHSCT issu d'élections locales, dont les représentants seraient automatiquement désignés comme membres de la CME.

La répartition du temps de travail doit faire l'objet d'un dialogue au sein des équipes. L'accord des intéressés doit être recherché, spécialement en cas de mobilité. En cas de désaccord, un avis doit être demandé à la CME.

Des indicateurs concernant la veille sociale, la santé au travail, les mouvements de personnel, l'absentéisme des praticiens hospitaliers doivent être régulièrement portés à la connaissance de la CME. Ces indicateurs doivent entrer en ligne de compte dans le calcul de la prime de fonction et de résultats des personnels de direction. Les praticiens hospitaliers doivent avoir un accès régulier au médecin du travail, qui doit faire un bilan individuel de la pénibilité des tâches accomplies. En particulier le retentissement du travail de nuit, qu'il soit effectué dans le cadre d'une permanence sur place ou d'une astreinte, doit faire l'objet d'une évaluation systématique sur le plan médical, psychique ainsi que sur la vie personnelle des praticiens. ■

La Confédération des Praticiens des Hôpitaux



Syndicat des Psychiatres Français



Syndicat associé

SPF : Syndicat des Psychiatres Français

Dr Jean-Yves Cozic



Bulletin d'adhésion pour l'année civile 2013

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Spécialité exercée : _____

Statut et fonction : _____

Coordonnées professionnelles :

Etablissement : _____

Service : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____ BP : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Cedex : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Email professionnel : _____

Coordonnées personnelles :

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Email personnel : _____

Déclare adhérer au **Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics** au titre de l'année civile 2013, dont le montant de la cotisation annuelle est de 120 € (inclus un abonnement d'un an à la revue « Médecins des Hôpitaux Publics »)

Je souhaite recevoir les informations transmises par le syndicat :

- par courrier électronique sur mon adresse personnelle professionnelle
- par courrier normal à mon adresse personnelle professionnelle

Note : Plusieurs réponses possibles. Cependant, pour des raisons d'économie, la majeure partie des informations syndicales seront transmises par courrier électronique.

Règlement par chèque à l'ordre du SPHP

Merci d'envoyer votre cotisation à :

Eusébio De Pina Fortes

SPHP

BAL n° 75

3 Rue Jeanne d'Arc

75013 PARIS