

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Janvier / Septembre 2014

N° 238



TROISIEMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES

LA JOURNEE DU PRATICIEN

organisée avec le soutien de l'AGMF-GPM et de l'APPA

Vendredi 10 octobre 2014

Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème

Programme complet en page : 2

EDITO : *LE MIROIR AUX ALOUETTES ?* (P.3)

Actualités syndicales 14/08/14 (P. 4-6)

Du CROS au CSOS d'Aquitaine

21 ans de présence à titre syndical (1993 - 2014)
au cœur des instances des régions sanitaires,
de la loi Evin de 1991 à la loi HPST de 2009... (P. 7-9)

RAPPEL

Assemblée Générale : FNAP-SPHP

Vendredi 26 septembre 2014

MEDITEL, 28, Bd Pasteur - 75015 Paris
(Métro Pasteur)

Directeur de la publication : Dr Arnaud Patenotte

Rédacteur en chef : Dr Jacques TREVIDIC

Comité de Rédaction :

Dr Bruno DEVERGIE, Endocrinologue

Dr Jean Marie LELU, Chirurgien

Dr Jean Yves DALLOT, Interniste

Dr Jean Bernard TUETÉY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 3^e trimestre 2014

Cahiers FNAP-SPHP
N°238 Janvier / Septembre 2014
Trimestriel

Administration

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

Site : www.SPHP.FR



CONFÉDÉRATION DES PRATICIENS DES HÔPITAUX

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

TROISIEMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES

LA JOURNEE DU PRATICIEN

organisée avec le soutien de l'AGMF-GPM et de l'APPA

Vendredi 10 octobre 2014

Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème

AVANT - P R O G R A M M E

Matinée

- 9h30 – Accueil** • **Présentation de la Journée du Praticien**
Jean-Claude Pénochet, Président de la CPH
- 10h – Ouverture** • **Marisol Touraine, Ministre de la santé**
- 11h – Exercice médical** • **Biologie médicale, pharmacie hospitalière, quel exercice pour demain ?**
Mickaël Fortun, co-président biologie médicale FNSIP-BM
Thomas Riquier, co-président pharmacie hospitalière FNSIP-BM
• **Accréditation, restructuration, évolutions technologiques : les destinées de la biologie médicale hospitalière**
Françoise Cotty, présidente SNBH
- 12h – Question juridique** • **Le Code du travail et son application aux personnels médicaux hospitaliers**
Annabelle Porte Faurens, Avocat, Cabinet Blanquer & Associés
- 12h30 – Syndicalisme** • **Assemblée générale des délégués régionaux aux Commissions Régionales Paritaires***
Denis Cazaban, membre du CA de la CPH

13h15 – Déjeuner sur place

Après-midi

- 15h00 – Coopérations inter-professionnelles** • **Délégation de compétences : la place des professions intermédiaires**
Michèle Lenoir-Salfati, Sous-directrice par intérim des ressources humaines du système de santé DGOS
- 15h30 – Démographie médicale** • **Hôpital cherche médecins, coûte que coûte - Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public**
Olivier Véran, député, praticien hospitalier
- 16h – Table ronde « Démographie médicale »** • Animé par **Bruno Devergie**, avec Michèle Lenoir-Salfati, Olivier Véran, Patrick Bouet, président du CNOM, Nicole Smoslki, présidente Avenir Hospitalier, Jacques Trévidic, secrétaire général CPH
- 17h – Synthèse et conclusion** • **Jacques Trévidic**, secrétaire général de la CPH

* La convocation à l'Assemblée générale sera envoyée par courrier aux délégués régionaux

LE MIROIR AUX ALOUETTES ?

En ces temps de commémoration de la grande guerre, il est permis de se rappeler la France rurale du début du siècle précédent, l'été et ses champs de blé, le soleil et les ondulations des épis sous le vent...et de réentendre le chant des alouettes...

A l'approche de l'automne, les praticiens hospitaliers ont repris le chemin de l'hôpital. Encore portés par l'euphorie des vacances, ils imaginent parfois que leur hôpital est comparable à de telles étendues céréalières qu'ils « moissonnent » avec ardeur, et que leur activité fébrile quotidienne auprès de leurs patients, qui, eux, n'ont malheureusement pas le cœur à la détente, est de même semblable à celle de ces sympathiques volatiles : ils s'affèrent, s'élèvent dans les airs, sifflent et chantent...

Mais très vite, hélas, le réel reprend le dessus. L'ambiance hospitalière toujours aussi délétère les submerge, avec cet autoritarisme directorial quasi généralisé, cette dilution des services de spécialités au profit des pôles, cette caporalisation des praticiens réduits à leur dimension de producteurs de T2A, cette altération des capacités de dialogue réel, à tous les niveaux... Cette nouvelle gestion et ce nouveau management ne cessent de faire des ravages, d'autant plus regrettables qu'ils s'accroissent en pé-

riode de fortes contraintes budgétaires.

C'est dire si leur attente de réforme de la réforme est grande. Tourner la page d'HPST est toujours pour eux une impérieuse nécessité. Revoir la gouvernance, rétablir les services, refonder la collégialité et le rôle essentiel de la CME et non de son seul président, sont pour eux, plus que jamais, à l'ordre du jour.

La nouvelle Loi de Santé Publique que les Pouvoirs Publics leur préparent sera-t-elle à la hauteur de telles attentes ? Le doute, malsain, s'installe, tant les forces de l'immobilisme et la pusillanimité des décideurs sévissent. Le pacte de confiance d'Edouard Cauty, pourtant une belle recherche du consensus, paraît déjà quelque peu lointain. N'aurait-il été, finalement, qu'un « miroir aux alouettes » ? Les praticiens, dès lors, ne s'y retrouveraient pas. Grande serait leur déception.

Il n'est pas dans leur intention de se laisser ainsi faire, et de servir en quelque sorte, sans craindre d'abuser de la métaphore, à la composition d'un nouveau pâte d'alouettes. Avec la CPH, ils feront entendre, avec force, ce refus.

Bruno Devergie
SPHP-FNAP

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET PLAN D'ACCÈS : WWW.CPHWEB.INFO

QUATRIEMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES **LA JOURNEE DU PRATICIEN**

organisée avec le soutien de l'AGMF-GPM et de l'APPA

Vendredi 10 octobre 2014

Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème

Actualités syndicales 14/08/14

PROJET DE LOI DE SANTÉ

Le projet de loi de santé en préparation depuis des mois a été transmis au Conseil d'Etat à la fin du mois de juillet. Il devrait être adopté en Conseil des Ministres à la fin du mois de septembre puis transmis au Parlement, pour une discussion prévue au 1^{er} semestre 2015 et promulgation dans un an. Il contient de très nombreux sujets, dont plusieurs concernent directement l'hôpital.

1) Gouvernance des établissements publics de santé

Aucune avancée sérieuse n'a été obtenue dans ce texte qui reste totalement conforme à la logique de la loi HPST, en particulier pour la nomination des chefs de pôle qui demeure entièrement aux mains des directeurs. La FHF s'en est d'ailleurs félicitée.

En revanche, les conférences de présidents de CME, en particulier celle des CHU, se sont violemment opposées contre cet immobilisme et ont brandi la menace d'une démission collective de toutes les CME.

La CPH est en total désaccord avec les formulations du projet de loi. Nous considérons, comme les autres intersyndicales et les conférences de présidents de CME, qu'absolument rien n'a changé sur ce point crucial.

Il est regrettable que les conférences de présidents de CME n'aient pas été solidaires des intersyndicales de praticien hospitalier à l'occasion de la mission d'évaluation des pôles et aient préféré faire confiance aux conférences de directeurs. Mal leur en a pris une fois de plus et peut-être que la leçon finira par porter ; il est maintenant important de se mobiliser ensemble.

La CPH appelle à un mouvement social à la rentrée afin d'exiger une modification importante du projet de loi sur ce point. **La CPH demande que les nominations de chefs de pôle fassent l'objet d'un avis préalable de la CME et que leur nomination soit faite par le directeur conformément à la proposition du président de CME.**

D'autre part, dans le fonctionnement des pôles, aucune délégation d'autorité fonctionnelle du chef de pôle n'est prévue au bénéfice du chef de service ou de structure. Autrement dit, le chef de service se voit confier la responsabilité d'une organisation sans qu'il lui soit donné les moyens nécessaires à son fonctionnement. La CPH demande que les attributions des chefs de service ou de structure du pôle soient assorties d'une délégation de l'autorité fonctionnelle par le chef de pôle.

2) Groupements hospitaliers de territoire

A la place des Communautés hospitalières de territoire (CHT) que les pouvoirs publics considèrent comme un échec, le projet de loi introduit des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec de sensibles modifications par rapport aux CHT. Tous les établissements publics de santé devront obligatoirement adhérer à un GHT qui aura en charge plusieurs activités mutualisées (systèmes d'information et DIM, formation initiale et continue des professionnels de santé, politique d'achats) et devra porter un projet médical commun. La certification HAS devra être engagée conjointement. D'autres activités pourront être mutualisées dans des conditions prévues par décret. Chaque établissement public de santé devra adhérer à un GHT avant le 31 décembre 2015.

La CPH veillera à ce que les futurs GHT, qui vont devenir les structures prépondérantes du tissu hospitalier, conservent les structures d'expression du corps médical (CME en particulier) aussi bien au niveau des GHT que des établissements les composant.

3) Intérim médical et praticiens remplaçants

La CPH est très réservée sur la nécessité de légaliser le recours à l'intérim médical. En tout état de cause, ce recours devrait être limité dans le temps, en attendant la montée en charge du dispositif de la position de PH remplaçant, et réservé à des situations géographiques particulières, avec autorisation du DG ARS après avis de la Commission Régionale Paritaire.

Une limite de rémunération par poste et une limite globale en pourcentage par rapport au budget représenté par les salaires des personnels médicaux doivent être imposées aux établissements y ayant recours. Les contrats doivent être signés par tranche maximum de 1 mois, pour un total cumulé par poste de 6 mois maximum.

En revanche, la CPH est très favorable aux dispositions concernant les praticiens remplaçants. Toutefois, il convient de parler de « position » au sein du statut de praticien hospitalier titulaire plutôt que de « corps » de praticien remplaçant. Afin d'attirer les jeunes praticiens, il conviendrait de faciliter l'accès de ce dispositif aux internes en fin de cursus et les autoriser de passer le Concours national de praticiens des établissements publics de santé avant la fin de leur internat. C'est en effet un véritable enjeu pour l'avenir de l'hôpital public de proposer aux jeunes praticiens en fin de cursus d'internat une possibilité de rentrer directement dans la carrière hospitalière, notamment par cette position de praticien remplaçant.

Ces praticiens remplaçants seraient nommés dans la région de leur choix, et affectés par le CNG au sein des établissements demandeurs par période de 6 mois, pour une durée maximale de 3 ans dans le même établissement si les besoins persistent. Au-delà de ce délai de 3 ans, les praticiens seraient invités à postuler pour être titulaire de leur poste ou bien obligatoirement affectés dans un autre établissement.

La CPH demande qu'une indemnité importante (+50% du salaire de la grille statutaire, prime soumise aux cotisations Ircantec) et un avancement accéléré (2 fois plus rapidement que pour un poste fixe) soit le prix de la perte d'autonomie de choix du poste pour le praticien remplaçant. Cette position pourrait être occupée aussi bien par des praticiens titulaires en poste fixe que par des praticiens nouvellement inscrits sur la liste d'aptitude. Hormis cette indemnité et cet avancement accéléré, le déroulement de la carrière et la protection sociale des praticiens hospitaliers en position de remplacement doivent être identiques à ceux des praticiens hospitaliers en poste fixe. Le retour sur le poste fixe doit être garanti.

4) Instance nationale consultative des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé

La CPH se réjouit de la création d'une instance nationale qui définira de façon claire les critères de représentativité des organisations syndicales des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers. Cette instance aura pour mission d'examiner les projets de textes relatifs à la situation et aux statuts des professionnels concernés et d'émet-

tre un avis. En outre, il est prévu que cette instance puisse examiner des questions d'ordre général intéressant les personnels concernés.

La CPH a porté dès le début de la concertation engagée à l'occasion du Pacte de confiance pour l'hôpital la revendication de la création d'une telle instance qui fait défaut depuis la suppression du Conseil supérieur des hôpitaux, alors que les autres personnels hospitaliers disposent du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

La création de cette nouvelle instance ne remet pas en cause le fonctionnement des instances nationales existantes pour les seuls praticiens hospitaliers, en particulier les Commissions statutaires nationales et les Conseils de discipline. Néanmoins cette nouvelle instance a pour vocation de représenter tous les personnels médicaux hospitaliers quels que soient leurs disciplines ou leurs statuts (titulaires et contractuels, hospitaliers et hospitalo-universitaires), ce qui implique une élection spécifique avec une base d'électeurs élargie. La légitimité des organisations syndicales qui auront ainsi été désignées au suffrage universel en sera largement confortée, et les moyens dont elles disposeront pour défendre leurs mandats les rendront d'autant plus efficaces.

5) Santé mentale

Malgré la réintroduction de la notion de secteur psychiatrique au sein du texte, le volet santé mentale intégré dans le projet de loi de santé ne peut que décevoir sur le traitement de l'importante question de l'organisation en psychiatrie. L'exposé des motifs montre que les modifications du Code de la santé publique envisagées sont d'abord destinées à créer un « Service territorial de santé au public » pour pouvoir y intégrer la santé mentale et fixer dans la loi le rapprochement des acteurs de la psychiatrie avec les autres acteurs de la santé et du social. Le projet de loi est loin de répondre aux questions liées à l'organisation de la psychiatrie dans la santé et dans la santé mentale (financement, instance de pilotage, définition du secteur de psychiatrie publique, critères de délimitation des territoires de santé mentale, etc.).

La CPH regrette le manque d'ambition du gouvernement et demande qu'une loi spécifique concernant la santé mentale reconnaissant le rôle pivot des secteurs de psychiatrie dans la prise en charge des malades mentaux soit entreprise.

6) Activité libérale des praticiens hospitaliers

La CPH prend acte de l'absence de dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers au sein du projet de loi de santé, mais regrette que celles-ci seront introduites par des amendements parlementaires auxquelles elles n'ont pas accès. Si la représentation nationale estime nécessaire de légiférer sur ce point, la CPH s'interroge sur la méthode qui consiste à court-circuiter les organisations syndicales représentatives en les privant de pouvoir s'exprimer sur le contenu d'une réforme à venir.

En tout état de cause, la CPH estime que les clauses restrictives de l'installation en libéral pour les praticiens qui quittent l'hôpital ont un effet contre-productif car elle dissuade les jeunes collègues de s'engager dans la carrière hospitalière. Elle considère que la référence au Conseil de déontologie au même titre que tous les fonctionnaires est suffisante pour éviter les situations de concurrence déloyale.

PÉNIBILITÉ

Un groupe de travail spécifique aux personnels médicaux hospitaliers est mené par la Dgос avec les organisations de praticiens hospitaliers sur le thème de la pénibilité.

Néanmoins, il faut rappeler que cette concertation spécifique est liée à l'avancement des travaux des groupes de travail des salariés du privé et des fonctionnaires. Les critères qui s'appliquent sont les mêmes.

Sur les facteurs de pénibilité reconnus par le Code du travail, les praticiens hospitaliers sont concernés essentiellement par le travail en équipes alternantes et le travail atypique de nuit.

Toutefois, cela ne présume pas de l'applicabilité éventuelle des autres facteurs reconnus par le Code du travail pour certaines disciplines, aussi la CPH a-t-elle proposé de lancer une enquête auprès des praticiens hospitaliers afin de recenser les circonstances qui en relèveraient.

Les circonstances particulières telles que la violence ne peuvent être prises en compte car elles ne figurent pas dans les facteurs de pénibilité reconnus par le Code du travail. Toutefois, une concertation sera ouverte sur les conditions de travail sur laquelle il sera possible d'être plus large.

C'est sur le chapitre des modalités de prévention de la pénibilité qu'il sera possible de faire des évolutions importantes. Par exemple, la faculté pour les praticiens de travailler 24 heures de suite est déroгatoire au droit du travail et il conviendrait de supprimer cette déroгation pour ramener la limite à 12 heures maximum.

Concernant les modalités de compensation de la pénibilité, aucun financement n'est pour le moment prévu. Quelques modalités pratiques ont été évoquées : formation à la reconversion, congé de fin d'activité. Toutefois, ces mesures ne seront pas rétroactives.

PROLONGATION D'ACTIVITÉ

De nombreux collègues nous ont fait part de leur difficulté à obtenir une prolongation d'activité après la limite d'âge en vigueur (actuellement 65 ans). La prolongation d'activités repose sur le [décret n°2005-207 du 1 mars 2005 relatif à la prolongation d'activité des personnels médicaux hospitaliers pris en application de l'article 135 de la loi du 9 août 2004](#).

Certains directeurs refusent systématiquement ces prolongations d'activité sans motif particulier, sinon que cela leur coûte plus cher que le recrutement d'un contractuel.

Un travail de refonte de ce décret est entamé par la Dgос. La prolongation d'activité deviendrait de droit sauf avis contraire motivé du directeur, ce qui pourrait limiter les avis négatifs et ouvrir la possibilité de recours.

La CPH demande la suppression de l'avis du directeur. Par ailleurs, elle souhaite que des mesures législatives autorisent le recul de la limite d'âge d'exercice pour tous les praticiens hospitaliers qui le souhaitent.

RETRAITE DES PRATICIENS HOSPITALIERS AYANT UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE

A compter du 01/01/2015, la [loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites](#) entrera en application. Cette loi modifie

significativement les conditions de prise de retraite pour les PH qui cotisent à plusieurs régimes, ce qui est notamment le cas des PH à temps partiel.

Dans le dispositif actuel maintenu jusqu'au 01/01/2015, il est possible si l'on remplit les conditions, de prendre sa retraite de salarié à l'hôpital en continuant à travailler en libéral et à cotiser à la CARMF. **Dans ce cas, ces cotisations à la CARMF continueront au-delà du 1^{er} janvier 2015 à être productrices de points qui majoreront le montant de la retraite libérale future.**

A compter du 01/01/2015, la prise d'effet de la pension d'un des régimes de retraite entrainera automatiquement la liquidation de tous les autres. Si l'on veut percevoir la retraite d'un

des régimes, il faudra donc solder l'ensemble des régimes, à la fois les retraites de salariés (CNAV, IRCANTEC et éventuellement autres) et la retraite de la CARMF. La possibilité de la poursuite ou de la reprise d'une activité dans le cadre du cumul emploi-retraite reste possible, elle entraînera des cotisations aux différents régimes concernés, **mais ces cotisations ne seront plus productrices de points supplémentaires.**

Pour ceux qui cotisent en parallèle à la CARMF en raison d'une activité libérale (PH à temps partiel mais aussi PH expert et PH avec activité libérale), il importe donc de se demander s'ils ont intérêt à anticiper la prise de leur retraite de salarié avant le 01/01/2015, **afin de préserver la possibilité de continuer à acquérir des points à la CARMF.**

La prise de retraite salariée avant d'avoir atteint le nombre de trimestres nécessaires (160) entraînera une « décote » dans le calcul de la pension, mais cela peut être compensé par une durée plus longue de cotisation à la CARMF.

DPC

Suite à la publication du rapport de l'Igas relatif à l'OGDPC, les organisations syndicales et les conférences de présidents de CME ont envoyé un courrier commun au Ministre de la santé pour lui demander un certain nombre de modifications du dispositif existant.

- 1) Le DPC ne doit pas être considéré comme la seule modalité de formation continue. Des formations classiques doivent pouvoir continuer à être financées par les établissements publics de santé.
- 2) Le financement du DPC doit être équitable pour toutes les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.
- 3) Il faut simplifier la procédure d'enregistrement des ODPC, actuellement très longue et complexe.
- 4) Il faut supprimer le filtre de l'OGPDC pour l'attribution de la taxe laboratoire en déléguant les crédits directement à l'ANFH.

La CPH a déjà formulé de nombreuses réserves dans des documents antérieurs sur l'ensemble du dispositif. Elle rappelle que l'ANFH est un OPCA par défaut et que son conseil d'administration n'est pas paritaire pour les praticiens hospitaliers. Elle demande la création d'un OPCA spécifique des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers. Le Ministère s'est engagé à lancer une large concertation à l'automne afin de réformer le dispositif actuel qui ne donne visiblement pas satisfaction.

PRATIQUE DE L'EXPERTISE PÉNALE RÉINTÉGRÉE DANS LE TEMPS DE TRAVAIL

Depuis la loi HPST, toute activité rémunératrice au-delà du salaire et des ½ journées d'activité libérale ou d'activité d'intérêt général n'était plus possible sans l'accord du directeur et devait obligatoirement être réalisée en dehors du temps des obligations de service. S'appliquant à la dispensation de cours et la réalisation d'activités scientifiques ou artistiques, ces nouvelles dispositions rendaient aussi très difficile la pratique des expertises rémunérées réalisées à la demande de la justice, des administrations ou des organismes et personnes privées et un moratoire avait été prononcé par la DGOS, à la suite de l'initiative de la CPH relayée par les autres intersyndicales.

Les alertes de la CPH au niveau du Sénat avaient permis d'obtenir qu'un amendement soit voté au sein de la loi de programmation relative à l'exécution des peines, stipulant qu'un décret devait fixer les conditions dans lesquelles les praticiens pouvaient consacrer une partie de leur temps de service à la réalisation des expertises judiciaires pénales. Le décret n° 2014-841 du 24 juillet 2014 relatif aux modalités de cumul d'activités des pra-

ticiens hospitaliers fixe à deux ½ journées par semaine calculées en moyenne sur 4 mois le temps que le praticien plein temps peut consacrer sur ses obligations de service, après autorisation du Directeur, à la réalisation des expertises pénales. Le moratoire est donc de fait interrompu et le périmètre de l'activité sur les obligations de service reste malheureusement limité aux seules expertises pénales dont la pratique, comme les autres activités, demeure soumise au bon vouloir du directeur. Il s'agit donc d'une disposition certes importante mais qui ne rattrape que bien peu de chose par rapport à la situation antérieure d'avant la loi HPST.

Avec la fin du moratoire, la CPH rappelle donc qu'en fonction du risque de sanctions sévères, toute activité rémunérée accessible doit faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès du directeur de l'établissement et se dérouler, à l'exception des seules expertises demandées par un magistrat au pénal, en dehors des obligations de service. Les expertises pénales peuvent être réalisées deux ½ journées par semaine en moyenne et ne se superposent pas aux deux ½ journées d'intérêt général ou d'activité libérale.

COUVERTURE MALADIE DES PH

Dans plusieurs situations dont nous avons été informés, il est apparu que les dispositions statutaires régissant les congés pour maladie des PH (congé ordinaire, congé de longue maladie, congé de longue durée), insuffisamment précises, prêtent à des interprétations différentes en fonction des réponses locales et même nationales.

En CLM et CLD, la situation particulière des PH, qui, n'étant pas fonctionnaires, restent soumis à la fois à la réglementation de la sécurité sociale et aux dispositions statutaires, entraînent en supplément un certain nombre de situations complexes sinon inextricables, en particulier lorsque l'avis du médecin de la sécurité sociale n'est pas convergent avec celui du comité médical, ou lorsqu'après 3 ans d'arrêt de CLD, le praticien est en situation d'invalidité pour la sécurité sociale tandis qu'il poursuit un CLD vis-à-vis des dispositions statutaires.

En outre, le texte statutaire ne prévoit pas de possibilité d'appel des décisions du comité médical, ce qui est contraire à la loi.

A la demande de la CPH et du CNG, cette question de la couverture maladie des PH a été inscrite au calendrier des concertations futures avec la DGOS.

La CPH rappelle par ailleurs qu'il n'existe pas dans le statut de couverture du PH en cas d'invalidité, d'où l'importance de s'assurer d'une couverture maladie / invalidité complémentaire auprès d'un organisme spécialisé type APPA. ■

RAPPEL

Assemblée Générale : FNAP-SPHP

Vendredi 26 septembre 2014
MEDITEL, 28, Bd Pasteur - 75015 Paris
(Métro Pasteur)

Du CROS au CSOS d'Aquitaine

*21 ans de présence à titre syndical (1993 - 2014)
au cœur des instances des régions sanitaires,
de la loi Evin de 1991 à la loi HPST de 2009...*

En fait, j'ai été nommé la première fois en 1993, date de sa création en application des lois Evin (1991) réformant la gestion hospitalière et créant la planification sanitaire qui depuis, dure dans son principe et même dans ses grandes lignes.

A l'époque le CROSS supervisait les activités médicales et sociales, puis il y eu deux entités : une pour le sanitaire, l'autre pour le social (notamment les maisons de retraites.)

Le CROSS voyait siéger sous l'autorité d'un président, juge du Tribunal Administratif, en son sein à la fois les représentants des structures de soins publiques ou privées, mais aussi les représentants de la sécurité sociale et de l'administration (DASS et DRASS).

Les séances ne manquaient pas de cérémonial, le directeur du CHU y était le plus souvent présent comme celui de la DRASS.

Il s'agissait de donner un avis sur tous les projets sanitaires déposés, sur toutes les attributions de matériels lourds, sur toutes les dispositions de la carte sanitaire que cette commission a eu pour but de valider à partir d'un processus d'élaboration mené en amont par les services de l'Etat.

L'avis était formulé auprès de l'autorité de décision qui était à l'époque le **Préfet de région**.

Les affrontements des intérêts des uns et des autres, le débat public-privé étaient toujours à fleuret moucheté mais le plus souvent sans concession.

Les votes alternaient entre des unanimités faciles à trouver et des rapports de force très serrés mais les votes avaient une vraie force, dans la mesure où le Préfet ne pouvait guère s'exonérer de la décision d'une commission spécialisée où siégeaient qui plus est, tous les acteurs sanitaires de la région.

Notre représentation de médecins hospitaliers était bonne puisqu'il y avait trois représentants des syndicats médicaux les plus représentatifs et deux représentants des CME

(un pour la psychiatrie et un autre pour les CME des établissements médico-chirurgicaux publics).

Les cliniques privées avaient un médecin, les PSPH un autre.

Je représentais à l'époque L'INPH dont le SPHP était membre, Pierre Farragi la CPH et il y avait un universitaire pour le SNAM.

J'ai vraiment eu la conviction de la mise en place d'une vraie étape de démocratie sanitaire même si sans doute, la grande qualité des présidents qui se sont succédés y fut sûrement pour beaucoup.

Ce fut en toute transparence que les avis des uns et des autres se sont exprimés ; les représentants de la Sécurité Sociale se trouvant confrontés aux promoteurs des entreprises de santé publics et privés, tant pour ce qui concerne l'exposé des motifs que pour les votes où les positions des financeurs n'étaient pas spécialement protégées...

Je me souviens de quelques votes serrés où nous pûmes obtenir par exemple du préfet, l'autorisation pour l'hôpital de Bayonne de faire de la coronarographie.

La première grande modification fut la création des agences hospitalières régionales (ARH) conséquence des ordonnances Juppé de 1995.

Dès lors, il ne s'agissait plus de conseiller un préfet mais le tout nouveau directeur de l'ARH dont les pouvoirs furent bien plus forts puisqu'il domina réglementairement les DASS et les DRASS pour tout ce qui relevait des compétences du CROS. Son autonomie sur le champ médical régional fut affirmée.

C'est lui qui dans le cadre du budget global de l'époque autorisait les projets, attribuait les matériels et les financements.

Il présidait une commission exécutive où siégeaient dorénavant des représentants des DASS et DRASS et des représentants de la Sécurité Sociale. En cas d'égalité dans les

votes, il avait voix prédominante. Ce fut une phase où effectivement les représentants de l'administration siégeaient à la fois au CROS et à la commission exécutive de l'ARH ce qui leur donnait beaucoup de force, le combat quand il y eu lieu devint inégal mais au moins pouvions nous les interroger, leur disputer les arguments, voire les mettre en minorité dans notre instance toujours uniquement consultative.

Tout au long de ces deux époques le secteur public dépendait pour ses projets certes des autorisations administratives mais aussi d'un financement qui dans le cadre du budget global n'était évidemment pas automatique.

Le secteur privé lui, n'était freiné que par le système des autorisations, le financement étant assuré par le paiement à l'acte.

L'ensemble de ces deux périodes permis une large restructuration de l'offre de soins en Aquitaine; beaucoup de maternité, notamment, se sont regroupées. Par exemple dans le secteur Libourne / Bergerac / Sainte Foy la Grande nous sommes passés de sept maternité à... deux (quatre maternités privées ont fermé, une publique).

Les restructurations ont d'ailleurs été plutôt le fait du secteur privé dans notre région même si deux hôpitaux on vu disparaître leurs activités chirurgicales et obstétricales (hôpitaux de la Réole et de Sainte Foy la Grande).

Dans les deux cas il y eut des mobilisations actives. A Sainte Foy, je me souviens d'une réunion publique où 500 personnes ont écouté et finalement accueilli dans des conditions de démocratie participative un peu inouïe le directeur de l'agence de l'hospitalisation de l'époque qui leur expliqua le bien fondé de la transformation des fonctions de l'hôpital... Cette réunion à laquelle participaient aussi les différents élus, certes prit acte de la fermeture des services d'obstétrique et de chirurgie mais traça la perspective qui perdure encore du maintien du service d'urgence fusionné avec celui de l'hôpital de Libourne distant de quarante kilomètres.

A la Réole le comité de soutien de l'hôpital envahit le CROS, le résultat le plus probant fut l'engagement de sa présidente sur la liste du président du Conseil Régional, une fois scellé le sort de l'hôpital qui garde néanmoins des activités uniquement médicales.

Une autre étape décisive fut la mise en

place des Agences Régionales de Santé en 2010 en application de la loi HPST. Cette fois le CROS devint le CSOS (comité spécialisé de l'organisation des soins).

Son fonctionnement resta globalement le même mais sa composition changea. Les représentants de l'administration (DASS et DRASS) en disparurent, ceux de la Sécurité Sociale aussi.

En échange, il y eut plus de médecins libéraux et davantage de représentants des usagers sous des formes diverses, mais moins de médecins hospitaliers puisque nous passâmes de trois représentants syndicaux à un, et encore fallut-il se montrer menaçant pour le conserver...

Le président était élu parmi les membres de la commission.

Cette fois nos avis étaient fournis au seul directeur de la toute nouvelle Agence Régionale de Santé qui concentra dès lors toutes les responsabilités et tous les pouvoirs.

Pour les hôpitaux publics le financement à l'activité (T2A) prenant par ailleurs la place du budget global.

Cette période dure maintenant depuis quatre ans. Rien de fondamental en termes de résultat n'en a été vraiment constaté. Le système des autorisations administratives reste en place limitant les projets qui pourraient être redondants avec l'existant.

Ce fut le cas pour nous pour tel ou tel projet d'HAD, pour des demandes d'IRM, plus rarement de scanner mais surtout de Petscan.

Bien sûr maintenant même les établissements publics sont soumis à la règle d'airain de l'équilibre financier ce qui gêne peu les établissements moyens, davantage les petits au volume d'actes plus difficile à atteindre et les gros (CHU) habitués à une certaine aisance... Que la référence aux coûts moyens par le biais de la T2A gêne incontestablement.

Les restructurations continuent sur un rythme plutôt lent et sous des formes parfois inattendues. Ainsi à Oloron Sainte Marie, sous-préfecture des Pyrénées Atlantiques, la clinique privée a déposé le bilan. L'hôpital récupérant son activité d'Obstétrique, reste dorénavant le seul établissement de soins de la ville. A Marmande deux cliniques se sont rapprochées en louant des locaux à l'hôpital pour survivre et conforter le pôle de santé du territoire. A Arcachon/ la Teste un nouvel Hôpital, mais Public-privé, est né.

Les petites structures dans les territoires éloignés souffrent et sont plus ou moins mises en cause (Sarlat, Clinique de Lesparre dans le Médoc, Blaye...), pas nécessairement par l'Agence Régionale de Santé mais plutôt par les difficultés du recrutement médical ou les déficits financiers.

A Saint Palais en plein Pays Basque la clinique privée a fait faillite, l'hôpital de Bayonne ou plutôt son nouveau directeur, par ailleurs président du CSOS, imaginant et réussissant à créer à la place, une nouvelle structure, publique cette fois. En s'appuyant à la fois sur les spécialistes libéraux de l'ex-clinique et sur les chirurgiens de l'hôpital elle a sauvé la bonne déserte sanitaire du territoire au pied de la partie montagneuse du Pays Basque.

A vrai dire le soutien et la compréhension de l'ARS ne lui a pas manqué malgré la moue prononcée des libéraux institutionnels. Nous eûmes même droit à une bataille de quorum qu'ils livrèrent lors d'une séance mouvementée du CSOS !

On le voit, le public est parfois la solution, les coopérations le sont aussi. La plupart du temps nos directeurs d'ARS jouèrent pour leurs décisions la carte d'un équilibre finalement assez satisfaisant entre le privé très actif dans notre région et des établissements publics qui ne le sont pas moins. Le CHU bien sûr, mais les hôpitaux de villes moyennes (Mont de Marsan, Périgueux, Libourne...) dans leur catégorie ne leur cédant en rien quand au dynamisme. Ils ont d'ailleurs été ou sont l'objet de projets de restructuration ambitieux.

Ainsi Libourne voit la reconstruction de sa partie hospitalisation commencée cette année 2014 pour 170 millions d'euros... Le prix du nouveau stade de 42 000 places à Bordeaux.

Le CSOS est une des commissions avec celle des relations avec les usagers d'un en-

semble plus vaste qui reste consultatif. Il comprend une commission permanente et la conférence régionale chapeaute l'édifice.

C'est un peu lourd, cela fonctionne néanmoins, même si les retours des décisions se font un peu au compte-gouttes, le rôle du président de la conférence régionale me paraissant important pour peser dans une stratégie d'influence auprès d'un directeur d'ARS très puissant certes, mais parfois d'autant plus prudent.

Ces directeurs réservant le plus souvent les grandes orientations stratégiques au conseil de surveillance de l'ARS.

Tout au long de cette histoire d'une vingtaine d'années, quatre plans de l'organisation sanitaire ont été dessinés puis votés et enfin appliqués. Ils constituent la toile de fond sur laquelle s'articulent les choix. Ils n'ont pas toujours été un cadre rigide et peuvent parfois être modifiés en cours de réalisation... Dernièrement nous avons attribué un scanner non adossé à un établissement de santé par dérogation au schéma sanitaire.

De la loi Evin à la loi HPST (malgré mes craintes), finalement l'ensemble de la démarche a été de créer et de maintenir une assez profonde concertation entre les acteurs et les décideurs, dont le pouvoir, pour autant, de réforme en réforme, a été de plus en plus centralisé et absolu.

Ceci étant, l'avenir sera moins un problème institutionnel que celui des financements dont tout dépend, car en fait malgré la T2A, le régime des prix est finalement lié à l'ONDAM, « Budget global National » que l'état consacre à la santé.

Là, je dois bien avouer que les nuages qui s'accumulent sur l'économie de notre pays ne me rendent pas optimiste.

**Dr Patrick Nivet,
Délégué CPH**

Suivez nous sur notre nouveau site à l'adresse : www.sphp.fr

(En reconstruction)



Bulletin d'adhésion pour l'année civile 2014

Titre : Nom : Prénom :

Spécialité exercée :

Statut et fonction :

Coordonnées professionnelles :

Etablissement :

Service :

Adresse :

Complément d'adresse :

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 2014, 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, dont la revue « Médecins des Hôpitaux Publics » :

- 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. Il est donc très important que vos coordonnées électroniques soient bien lisibles et à jour.

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