

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Janvier / Mars 2011

N° 229



EDITO

**VENDREDI 20 MAI 2011
UN NOUVEAU DEPART !**

Ordonnances en série, Loi HPST modifiée Fourcade, Décrets et Arrêtés, Circulaires... l'évolution du cadre législatif et réglementaire de l'Hôpital n'est plus à dire : elle est à vivre, sinon à subir.

Ces prescriptions administratives sont plaquées sur un milieu qui connaissait déjà de très importants changements, touchant aussi à l'exercice même du cœur de notre métier de praticien. La relation des citoyens avec le système de santé est en effet en pleine mutation...

Dire que les praticiens aujourd'hui s'interrogent relèverait de l'euphémisme. Certains s'inquiètent, sans doute, d'autres doutent, mais tous gardent leur attachement à la pratique de leur spécialité. Et d'autres professionnels s'étonnent publiquement, comme notre sympathique Directrice Générale de l'Organisation des Soins, Madame Annie Podeur, qui constatait en effet récemment avec stupeur, que « la mayonnaise ne prenait pas » ! ...

Quel seront les principaux changements de notre statut de Praticien Hospitalier ? Comment serons nous nommés et recrutés, comment vivrons nous ensemble, et comment pourrons nous participer à la vie collective de l'Hôpital ?

Notre statut gardera t'il son attractivité pour les jeunes générations, tant pour les émoluments qu'il procure, pour l'organisation et la rémunération de la permanence des soins, que pour les possibilités d'avancement, et même si pour eux cette perspective est plus lointaine et sans doute bien menacée, pour leur future retraite ?

L'étranglement démographique des années 80 a eu d'importantes conséquences sur les capacités de recrutement médical des Etablissements, compensées notamment par le recours aux Praticiens formés hors Union Européenne. Ces collègues, à qui des statuts précaires étaient souvent

imposés, s'interrogent eux aussi.

La vie collective, à l'Hôpital comme ailleurs, subit les conséquences de l'individualisme, quand elle n'est pas plus gravement entravée par des dérives redoutables et des pratiques de harcèlement au travail qui conduisent parfois certains devant les Tribunaux.

Certaines spécialités vont connaître de très importants changements. La Biologie est de celles-ci, et va bénéficier, elle aussi, des « bienfaits » de l'Ordonnance, à moins que celle-là ne soit prématurément enterrée avant d'avoir été promulguée. La Pharmacie de même, secouée par l'affaire du Médiateur et ses effets en chaîne sur l'ensemble des prescriptions médicamenteuses. Les patients ont perdu confiance, l'Industrie Pharmaceutique est clouée au pilori, et certains Institutionnels ont été pris la main dans le sac de la compromission.

Mais d'autres mutations encore s'appliquent. L'évolution du risque professionnel n'est pas des moindres. Celle de l'indépendance professionnelle tout autant. Et leurs conséquences sur notre code de déontologie même, inéluctables.

*Sur toutes ces questions, notre Intersyndicale, la CPH, a pris l'initiative d'organiser les Premières Rencontres Professionnelles, **vendredi 20 mai 2011**. Nous savons d'ores et déjà que cette première **Journée du Praticien** répond à votre attente, car vous êtes nombreux à vouloir y participer. Mais cette première Journée sera aussi l'occasion du rapprochement entre nos deux Intersyndicales les plus représentatives, la CPH et l'INPH. Ensemble, nous chercherons à mieux défendre l'avenir de l'Hôpital et la place réservée à ses Praticiens. Incontestablement, il s'agit d'un **nouveau départ**, désormais entre les mains de celles et ceux qui ont assuré le succès de cette Journée. Qu'ils en soient ici remerciés.*

Bruno Devergie,

Président du SPHP, Vice Président de la CPH

Jean Marie Leleu,

Président de la FNAP, Vice Président 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 LELEU, Chirurgien

Dr Jean Yves DALLOT, Interniste

Dr Jean Bernard TUETÉY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2011

Commission paritaire n° 1012S06230

Cahiers FNAP-SPHP
N°229 Janvier / Mars 2011
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

QU'EST CE QUE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME) ?

La CME regroupe les représentants élus des médecins auprès de la Direction de l'AP-HP, elle va compter environ 80 membres dont 23 PH élus par collègue (médecine chirurgie...). Les élections auront lieu fin 2011. Conséquence de la loi HPST, la CME devient un organe essentiellement consultatif, mais peut, si elle le veut, continuer à jouer un rôle important. Son président reste un interlocuteur important pour l'administration, et deux membres de la CME siègent au conseil de surveillance de l'AP-HP qui décide des orientations stratégiques.

La CME ne devrait émettre que des avis sans pouvoir de décision sur le projet médical, les missions de service public, les investissements, le développement professionnel continu, la politique d'intéressement et le bilan social, ainsi que sur les demandes de sanction disciplinaire et de licenciement.

La CME examinera mais ne sera qu'informée de l'équilibre prévisionnel des recettes et des dépenses, du compte financier, des contrats de pôle, de la politique de recrutement, des projets de créations ou de modifications des structures, de la programmation de travaux ou d'équipements.

La CME restera compétente pour le développement professionnel continu, la lutte contre les infections nosocomiales, les vigilances et risques associés aux soins, la lutte contre la douleur, le développement des soins palliatifs, l'alimentation et la nutrition...

Elle organisera l'évaluation de la prise en charge des **urgences**, l'évaluation des **admissions** non-programmées, le fonctionnement de la **permanence des soins** par secteurs d'activité, les filières de soins, la formation des internes.

QUI SOMMES NOUS ?

Nous sommes un groupe de PH de divers hôpitaux de l'AP-HP, pour certains engagés dans diverses organisations professionnelles ou syndicales, **tous défendant**

l'hôpital public. Nous sommes attachés à un accès équitable aux soins : une prise en charge digne et de qualité est due à tous les patients, y compris les plus précaires donc les moins « rentables » au regard des calculs absurdes qui prévalent depuis quelques années. Nous vous diffusons régulièrement les informations qui nous parviennent, nous avons rédigé et diffusé des textes. Nous avons participé à la réflexion sur l'évolution de nos sites hospitaliers. Nous sommes persuadés que l'AP-HP doit garder sa triple mission 1/ d'offre de soins publics en Ile-de-France, de proximité, de recours et de référence pour des pathologies rares et/ou graves, 2/ de recherche dans les pôles d'excellence et 3/ d'enseignement.

CE QUE NOUS NE VOULONS PLUS

Nous ne voulons plus du consentement de la CME à des baisses d'effectifs et des restructurations sans cohérence sanitaire. Fusionner des services de même spécialité sur un même GH? Pourquoi pas ! Si des services ferment ou sont déplacés, il est nécessaire de repenser par site les compétences qui restent nécessaires pour maintenir une qualité de soins d'excellence. La fermeture de la cardiologie sur Tenon ne pouvait se concevoir qu'avec la constitution d'une équipe médicale mobile à plein temps, et l'augmentation de l'offre en transferts médicalisés urgents.

Pourquoi fermer des SLD, aggravant le problème de l'aval, et par conséquent l'engorgement des services aigus (médecine interne et gériatrie en première ligne) et des SSR ?

Pourquoi laisser démanteler Mondor, tête de pont hospitalo-universitaire pour l'Ile-de-France sud-est ?

Pourquoi supprimer en rééducation fonctionnelle ou SSR des kinés et assistantes sociales, rendant insolubles les sorties de certains malades sans rééducation et coordination médicosociale ?

Nous n'acceptons pas la diminution de

l'offre de soins publics, le raisonnement en tarif de groupe homogène de malades rémunérateurs sans réflexion sur les besoins de la population. L'APHP doit définir et intégrer les parcours de soins pour les patients, allant de la proximité au recours. Nous devons être accessibles et efficaces pour tous en Ile-de-France.

CE QUE NOUS ATTENDONS DE LA NOUVELLE CME

1) **La prochaine CME devra conduire ses trav aux et ses consultations en toute transparence, en transmettant régulièrement l'ensemble des informations à la communauté médicale** dans son ensemble. Il faut mettre fin aux décisions prises par un petit nombre, privilégiant parfois les intérêts individuels, et dont la plupart d'entre nous n'ont connaissance qu'après coup. Les bases de données administratives et sanitaires par site et bassin de population doivent être accessibles pour mener une réflexion adaptée aux besoins.

2) **Tous les praticiens, quel que soit leur statut, doivent être associés aux décisions.** La communauté médicale, doit être collectivement consultée par site et par collégiale sur les décisions importantes. Les restructurations doivent reposer sur l'association aux décisions des « acteurs de terrain ».

3) En période de restructuration in-

tense, de restrictions budgétaires, de convergence tarifaire, de rentabilisation des activités, **la CME doit faire preuve de combativité, avoir une cohésion pour être une force de proposition et de résistance à des décisions gestionnaires et non médicales. Elle doit :**

- remplacer la concurrence stérile entre sites et entre facultés par une réelle collaboration. La nécessaire masse critique universitaire doit s'allier à la logique de territoire sanitaire prenant en compte les besoins de la population.

- développer une politique pour les territoires extramuros et arrêter celle d'un recentrage exclusif sur les sites intramuros

- fonctionner de façon collective et transparente ce qui n'a pas été toujours le cas par le passé.

- affirmer son soutien à la défense de l'hôpital public et aux missions de service public.

LA CME AURA LA CREDIBILITE ET LE POUVOIR QU'ELLE SE DONNERA EN S'APPUYANT SUR L'ENSEMBLE DE LA COMMUNAUTE MEDICALE !

Liste des 10 premiers signataires :

Sylvain Balester-Mouret, Nathalie De Castro, Marie-Paule Chauveheid, Jean-Pascal Devailly, Anne Gervais, Christophe Guy-Coichard, Pascale Longuet, Julie Peltier, Pierre-François Pradat, Christophe Trivalle.

BULLETIN D'ABONNEMENT 2011

à retourner, avec votre règlement, à :

LES MEDECINS DES HÔPITAUX PUBLICS

SPHP - 31 bis Av Frédéric Raboisson - 60600 CLERMONT

Site : www.praticien-hospitalier.com - Email : revue.mhp@gmail.com

NOM : _____

FONCTION : _____

SERVICE : _____

ETABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL / VILLE / CEDEX : _____

Souscris un abonnement de 1 an (4 numéros) pour la somme de 28 •

Je joins mon règlement par chèque bancaire à l'ordre du SPHP.

Un reçu vous sera adressé par retour de courrier en vue de la déduction fiscale (frais professionnels).

Actualités syndicales (6/05/11)

HPST

La proposition de loi Fourcade visant à réformer la loi HPST continue son parcours parlementaire. Après son adoption par le Sénat, elle est toujours en cours d'examen par les députés. Si la plupart des mesures envisagées concernent la médecine ambulatoire, les pouvoirs publics ont tenté sous la pression de la Fédération de l'Hospitalisation Privée de faire passer un amendement qui organisait la vente à la découpe des missions de service public hospitalier au profit du secteur privé, notamment des activités comme la formation et la recherche, conduisant tout droit à la création de CHU privés. Alarmée, la Fédération Hospitalière de France a battu le rappel du ban et de l'arrière-ban de la communauté hospitalière publique, y compris les syndicats de praticien, pour dénoncer cette privatisation à outrance et considérer que la dévolution des missions de service public ne doit se faire au secteur privé qu'en cas de carence du secteur public. Finalement, le gouvernement a retiré son amendement mais rien ne garantit qu'il ne le ressortira pas dans des conditions plus favorables, ne serait-ce qu'à travers un amendement parlementaire.

La mission Fourcade doit déposer son rapport final courant juillet et c'est seulement après que devaient figurer dans une proposition de loi des mesures concernant l'hôpital public. Mais à quelques mois d'échéances électorales délicates, le Ministre de la santé Xavier Bertrand, a annoncé qu'il n'y aurait pas de nouvelle loi pour l'hôpital, seulement des modifications réglementaires.

Ircantec

Dans le Quotidien du Médecin du 1^{er} avril 2011 figure un article sur une proposition du Syndicat des Médecins Libéraux de renflouer l'ASV (Avantage Social Vieillesse) en perte de médecins libéraux par l'Ircantec au motif que les jeunes praticiens choisissent le salariat à l'hôpital plutôt que l'installation en libéral ! On croit rêver...

Il n'est pas certain que ce soit un poisson d'avril. Qui a pu imaginer une solution aussi baroque sinon un fonctionnaire du Ministère des finances ? Les syndicats de praticien hospitalier devront veiller au grain.

Permanence des soins

La DgOS a lancé une enquête sur la permanence des soins en établissement de santé destinée à justifier à posteriori une décision déjà prise visant à ponctionner l'enveloppe hospitalière existante pour en donner une partie au secteur privé. Naturellement, le secteur hospitalier public a refusé de cautionner une manœuvre aussi grossière mais cela n'a évidemment pas empêché la DgOS de la mettre en oeuvre, pour des raisons principalement politiciennes. C'est donc une enveloppe de 60 millions d'euros qui est enlevée aux hôpitaux publics pour être directement transférée aux praticiens libéraux.

Circulaire tarifaire 2011

L'année 2011 est à marquer d'une pierre noire pour le financement des hôpitaux publics. On ne compte plus cette année les mesures destinées à les étrangler : baisse de 0,83% des tarifs GHS, convergence ciblée avec le secteur privé sur 193 tarifs, retrait de 366 millions d'euros d'économie demandée, mise en réserve de 300 millions d'euros de Migac, hold-up sur le financement de la permanence des soins et des postes internes au profit du secteur privé... Alors que de nombreux hôpitaux publics tentent d'équilibrer leurs comptes, le gouvernement a fait son choix : diminuer les recettes des hôpitaux

publics plus vite qu'ils ne peuvent diminuer leurs dépenses afin de creuser leur déficit.

Commissions Régionales Paritaires

Ces instances, pourtant prévues de longue date dans les textes réglementaires (article R6152-325 du Code de la santé publique), ne se réunissent plus depuis plusieurs années, quand elles se sont réunies. Les syndicats de praticiens hospitaliers ont instamment demandé à la DgOS de les réactiver car les lieux de concertation avec les pouvoirs publics se sont considérablement restreints au fil des réformes sanitaires, et notamment avec la loi HPST.

La DgOS a accepté d'intervenir auprès des ARS à ce sujet et des premiers contacts ont eu lieu en ce sens dans certaines régions. Les textes précisant le champ des sujets qui pourront être abordés seront revus. Le souhait des syndicats est que tous les sujets à l'ordre du jour des CRSA puissent être abordés, ainsi que les questions individuelles concernant les praticiens hospitaliers.

Statut PH

Morne plaine ? Pourtant, quelques informations « surprenantes » ont filtré ces dernières semaines. D'abord, l'échec (prévisible) du nouveau statut de « clinicien » hospitalier. Lors d'une séance de questions à l'Assemblée Nationale, le député Elie Aboud à l'origine du rapport ayant demandé la création de ce statut, s'est inquiété que ce nouveau cadre de recrutement contractuel des praticiens hospitaliers était au « point mort ». Xavier Bertrand a reconnu qu'à ce jour, aucun contrat n'a été signé.

Consciente de cet échec, la DgOS a lancé une vaste enquête sur « l'exercice médical hospitalier » et mis en place un groupe de travail national composé de personnels enseignants et hospitaliers, de praticiens hospitaliers, de directeurs et d'internes avec pour mission « d'identifier et de proposer les transformations souhaitables pour promouvoir cet exercice médical (notamment objectiver la qualité du travail effectué, reconnaître l'engagement de ceux qui s'investissent dans des projets difficiles et donner des perspectives de carrière aux jeunes praticiens). »

Les syndicats de praticien hospitalier n'ont été informés qu'à la marge et en dernière minute des étapes de ce processus, notamment des dates de réunion qui de toute façon semblent être constamment modifiées.

Sur le fond, cette enquête est juste le dernier stratagème imaginé par la DGOS et consorts pour déboulonner le statut de PH avec le consentement éclairé des principaux intéressés. Sur la forme, les syndicats de praticien hospitalier ne peuvent pratiquer la politique de la chaise vide sur un pareil sujet (à condition qu'on les invite), mais devront se présenter armés jusqu'aux dents.

Le statut de praticien hospitalier a pourtant de l'avenir. Un article des Echos du 30 mars 2011 signale que la commune de La Ferté-Bernard (Sarthe), désespérant après de multiples tentatives de trouver des médecins libéraux désireux de s'installer sur son sol, son maire (UMP) a décidé de passer au recrutement direct et proposé des postes de médecin salarié aux mêmes conditions que celles du statut de PH. D'après le quotidien, il paraît que les candidats se sont mis alors à affluer.

*Dr Jacques Trévidic,
Secrétaire général du SPHP,
Vice-président de la CPH*

Colloque INPH

Mercredi 13 avril 2011

Le Dr Bruno Devergie, président du SPHP et vice-président de la CPH, est intervenue à l'invitation de l'INPH au colloque qu'il a organisé le 13 avril dernier.

J'ai souhaité commencer mon intervention par les présentations.

Représentant la CPH au Colloque de l'INPH, il convenait d'abord en effet de souligner la forte signification de cette participation.

Sous l'impulsion de nos amis de la Fédération des Médecins Hospitaliers- Avenir Hospitalier, deux réunions de travail entre les représentants de l'INPH et de la CPH ont en effet déjà eu lieu, à l'initiative de nos deux Présidents, Rachel Bocher et Pierre Faraggi. Sous leur direction, le rapprochement entre nos deux intersyndicales est en cours et se construit.

De même, ce texte d'ouverture de la Présidente de l'INPH à ce colloque, excellent, recueillera l'assentiment de toutes et de tous.

Ce rapprochement de l'INPH et de la CPH est aussi, j'ai la faiblesse de le penser, un des éléments importants de l'avenir de l'Hôpital Public et de ses Praticiens.

Dés à présent, il est possible de nous accorder sur le constat :

Malgré une activité toujours soutenue, l'avenir de l'Hôpital Public reste des plus incertains. Les difficultés financières des Etablissements s'accroissent, et des suppressions de postes, de médecins et de non médecins s'appliquent. Le fossé ne cesse de se creuser entre les décideurs et les Praticiens de terrain, toujours motivés par leur exercice professionnel mais qui estiment ne plus être écoutés et qui perdent espoir.

Il est certes difficile pour un praticien en fin de carrière d'évoquer l'avenir.

Je souhaite cependant faire quelques remarques sur nos conditions d'exercice médical.

Cet exercice subit déjà les lourdes contraintes budgétaires et bureaucratiques que d'autres vont comme nous souligner.

Mais l'exercice médical proprement dit connaît lui aussi d'importantes mutations, dans un nouvel environnement sociétal.

Il convient ici de remarquer que tout le monde, aujourd'hui, exerce la médecine.

Les Usagers, et leurs Associations, (je connais bien l'exemple de ma spécialité, la diabétologie), où l'éducation thérapeutique

pourrait être confiée à des patients sélectionnés dans le cadre du transfert des compétences...

Les Politiques exercent eux aussi la médecine, puisqu'ils doivent décider de tout et sont responsables de tout. On se rappelle ce qu'il est advenu de ce malheureux Jean François Mattei, « responsable, coupable » des morts de la canicule. Il n'avait commis d'autre faute que de rater sa « com », ce qui dans notre monde, certes, ne pardonne pas.

Les Juges exercent la médecine. Ils ont même inventé pour la conjugaison de cet exercice un nouveau temps, le passé recomposé, et sont devenus de grands spécialistes de la réécriture de l'histoire de la maladie.

Les Journalistes, qui généralement ont lu avant nous, sur le sujet qui les intéresse, le dernier numéro du Lancet ou du New England Journal of Medicine...

Les Directeurs d'Hôpitaux, cela va de soi, exercent la médecine. Ils recrutent les Praticiens, constituent les équipes médicales, et arrêtent le Projet Médical. Mais ce nouveau vrai Patron, voulu par le Président de la République, est cependant d'un genre très particulier, puisqu'il s'agit d'un Patron aux ordres...

Et pourtant, ...et pourtant, ...oui. Et pourtant.

Nous savons bien que nous sommes les seuls à exercer vraiment la Médecine,

Qu'il nous faut préserver le cœur de notre métier, qui repose sur ce colloque singulier sur lequel se construit cette relation entre une confiance et une conscience.

Malgré toutes les vicissitudes de notre exercice quotidien, voilà qui fait de notre tâche un beau métier que nous exerçons les uns et les autres avec passion. Et les jeunes générations ont toujours cette même attache.

Qu'il me soit permis aujourd'hui d'évoquer nos patients, non pas pour les mettre « au cœur du dispositif » selon les propos qui se voulaient lénifiants de discours répétés à l'en- vie, mais pour citer une nouvelle fois le Professeur Marcel Francis Kahn qui avait ainsi dédié un de ses ouvrages consacré à la Médecine Interne :

A nos patients, qui nous ont tant appris.

Je vous remercie.

Dr Bruno Devergie

Racket sur les hôpitaux

Fin janvier, le ministère de la Santé, via la Direction de l'organisation des soins (DGOS) a provoqué un tollé en proposant de limiter l'activité des hôpitaux. L'objectif est de faire baisser les dépenses de santé encore et toujours. Que la France ne soit qu'au 8^{ème} rang mondial en dépenses par tête d'habitant, que la part consacrée aux hôpitaux ait baissé, peu importe : le budget de l'Etat est dans le rouge. Pour le secteur de la santé, c'est l'hôpital public qui doit être rationné, il représente 34% des dépenses. Par son mode de financement, c'est le seul secteur parfaitement contrôlable. L'hospitalier, lui, dans son exercice professionnel, ne peut que constater les dégâts, quelque soit les efforts déployés par les soignants pour maîtriser les dépenses : diminution des durées de séjours, augmentation des soins ambulatoires et limitation des prescriptions...

Depuis 2007, le budget hospitalier dépend principalement du nombre et du type de malades hospitalisés. A chaque maladie un tarif payé à l'hôpital par la sécurité sociale, le volume d'activité est donc l'un des fondements des ressources des hôpitaux. Si l'activité baisse, on pourrait en conclure que la santé a progressé : le problème est qu'alors les ressources des établissements baissent ! C'est le principe de la Tarification à l'activité (T2A). Incités au rendement maximum, les hôpitaux n'ont pas d'autre choix que de « jouer le jeu ». En 2010, l'activité des hôpitaux publics a crû de près de 3 %. L'enveloppe attribuée tous les ans à l'hôpital public, conformément à l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) est décidée avant même de connaître la réalité de l'activité des hôpitaux. L'enveloppe est fermée, les tarifs diminuent mécaniquement au fur et à mesure de l'augmentation de l'activité sans que cette baisse puisse être anticipée par les hôpitaux. La seule façon, pour un établissement hospitalier, de garantir un niveau de financement équivalent à celui des années précédentes est donc d'augmenter son volume d'activité. Ainsi la T2A pousse à une logique inflationniste aveugle. C'est cette analyse qui a poussé la DGOS à proposer une restriction d'activité. Finalement le 25 février, Xavier Bertrand a annoncé une baisse des tarifs T2A dans les hôpitaux publics de 0,7%.

Pour compléter le financement des hôpitaux, chaque année, le Parlement vote une enveloppe dite « MIGAC » mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), destinée à financer les actions hospitalières non prises en compte par la tarification des maladies (urgences, prévention, dépistage, enseignement, formation continue, prise en charge de la toxicomanie etc...). Une partie de ces crédits n'est pas versée aux hôpitaux publics. Elle sert de variable d'ajustement en cas de dépassement de l'ONDAM. Ainsi en 2009, 400 millions d'€ ont été retirés de l'enveloppe MIGAC et, en 2010, près de 550 millions d'€ ont été mis en réserve. Mais surtout, cœur de la Loi Hôpital Patients Santé Territoire, les établissements privés lucratifs y ont désormais accès. Comme ils peuvent choisir les missions de service public qui les intéressent, gageons qu'ils choisiront les plus rentables... La mission de l'hôpital est, elle, de les exercer toutes, sans tri.

En 2011, avant toute prévision d'activité, les hôpitaux publics partent avec un déficit : l'ONDAM leur a fixé une augmentation maximale de 2.8%, alors que l'augmentation des charges prévisibles de tout type (de la facture d'électricité au gardiennage en passant par la mise aux normes de sécurité, la blanchisserie et le coût des médicaments innovants) dépassera 3%.

L'augmentation d'activité est difficile à soutenir. Depuis 2008, les effectifs soignants diminuent. Il faut jouer sur la masse salariale des hôpitaux (65 à 70% de leur budget) pour leur permettre d'équilibrer leur budget. Avec la baisse des tarifs T2A et l'enveloppe MIGAC réduite, le déficit est programmé. Il sera alourdi au moindre investissement grâce aux merveilles du partenariat public/privé, comme pour la construction de l'hôpital du sud francilien faite « gracieusement » par Eiffage...pour un loyer de 30 millions par an pendant 40 ans. Même si l'Etat et les collectivités locales prennent en charge aux 2/3 cette dette, quel hôpital peut avoir son budget à l'équilibre, grevé annuellement de 10 millions d'€ ? La chambre régionale des comptes d'Ile de France observait que « ... Le recours à une maîtrise d'ouvrage publique financée par l'emprunt, aurait été une solution certainement moins coûteuse, moins hasardeuse et davantage maîtrisable par l'établissement... »

Pour les hôpitaux, deux options sont déclinées en parallèle.

La première : faire payer les patients. Chambre seule, ticket modérateur, franchise sur les actes coûteux, le processus est déjà largement entamé. Le temps de la prise en charge collective des dépenses sanitaires et de la société solidaire est révolu. Amis malades, n'oubliez pas de prendre une mutuelle ou une assurance, de préférence une « bonne », car le « reste à charge » à l'hôpital public devrait devenir aussi important que celui qu'impose le privé et vous seriez de moins en moins nombreux à pouvoir accéder aux meilleurs soins. Deuxième option, réduire le personnel (premier poste de dépenses pour les hôpitaux), alors même que de nombreux hôpitaux en sont déjà réduits à avoir recours massivement à des sociétés d'intérim, alourdissant leur budget bien plus que s'ils avaient un effectif suffisant de soignants titulaires. Avec un personnel réduit et une activité soutenue, la qualité des soins ne peut que se dégrader jusqu'à ce que la dé-moralisation et l'épuisement conduisent à la réduction de l'activité.

A l'hôpital, comme chez les pompiers, rien n'est réellement « rentable ». Seules l'artifice des décisions tarifaires permet de rendre une activité rentable et une autre non rentable. Les cliniques commerciales font par nature le choix des activités rentables et laissent aux hôpitaux les autres activités. C'est une fierté pour les hospitaliers. Mais en quoi le fait de soigner des patients pauvres ou des cas graves, devrait conduire les hôpitaux au déficit ? Pour l'instant c'est inexorable : tant que les français l'accepteront !

*Dr Vincent Maunoury,
Gastroentérologie Chru de Lille*

« Ce n'est pas en perfectionnant la bougie qu'on a inventé l'électricité »

En 1970, le président américain Nixon lançait le premier plan « Cancer », investissant plusieurs millions de dollars dans la recherche contre cette maladie, selon un programme aussi ambitieux que celui engagé dix ans plus tôt par Kennedy pour conquérir la lune. Las ! 40 ans plus tard, l'espérance de vie au moment du diagnostic des principaux cancers a bien peu progressé. Les programmes gouvernementaux anti-cancer, faute de percée conceptuelle, s'en tiennent modestement aujourd'hui à optimiser les moyens et à humaniser la prise en charge des malades.

Jusqu'à la fin du siècle dernier, l'ulcère de l'estomac et du duodenum était une véritable maladie de civilisation, attribuée à la sécrétion acide de l'estomac, qui touchait des millions de personnes de part le monde et dont la sanction thérapeutique définitive était souvent chirurgicale... jusqu'à ce que 2 australiens, même pas chercheurs, relégués au fond d'un laboratoire, et peut être pour cela briseurs d'idées reçus, découvrent, sans avoir sollicité le moindre dollar d'aucun programme de recherche, la responsabilité d'une bactérie (*Helicobacter pylori*) à l'origine de cette maladie qui est aujourd'hui facilement guérie par une cure d'antibiotiques. Robin Warren et Barry Marshall, c'est leurs noms, ont vu leur persévérance iconoclaste récompensée quelques années plus tard par le prix Nobel de médecine. Curieusement, cette histoire édifiante est peu connue alors qu'elle devrait être racontée en début d'année dans toutes les classes scientifiques de l'enseignement supérieur. Est-ce parce qu'elle fait la part trop belle à la curiosité inventive du génie humain, à rebours d'un enseignement supérieur qui privilégie la transmission d'un savoir peu accessible au doute, et la demande de moyens toujours supplémentaires à la réflexion hors des sentiers battus ?

Les fruits de la recherche sont des fruits sauvages dont la production échappe à la planification; ils naissent de la confrontation transversale des compétences, d'un regard décalé qui fait changer de paradigme. Et rappelons nous que les 3 hommes qui ont peut être le plus fait progresser la médecine (Mendel, Pasteur, Röntgen)... n'étaient pas médecins.

Dr Vincent Maunoury,
Gastroentérologie CHRU de Lille

AP-HP

Cher Pierre,

Il n'est pas dans nos habitudes de polémiquer publiquement avec le Président de la CME. Mais ton intervention récente intitulée « vœux CME » nous incite à ne plus rester silencieux.

Il est faux d'avancer comme tu le fais que :

- 1) « notre menace de démission a pesé »
- 2) « la CME garde la place incontournable qui est la sienne dans les décisions concernant les soignants ».

La période est certes difficile mais, cher Pierre, nous attendions autre chose. Nous voulions un projet préparé, approfondi, structuré, discuté, partagé et non pas une navigation à vue visant à éviter les obstacles. Faute de vision et de projet sur lequel nous pourrions nous appuyer, nous allons, comme les années précédentes, voir plus de 1000 emplois soignants disparaître. Réfléchis : combien d'emplois supprimés sous ta mandature ? Plusieurs milliers et tu continues à avancer que ces suppressions étaient médicalement justifiées ! Ouvre les yeux, interroge, tu auras la réponse. Le rôle du président de la CME n'est pas de couvrir d'un voile médical pudique la cruauté de la rigueur. Bientôt, on nous expliquera que le paiement des chambres individuelles est « médicalement justifié ».

Depuis quatre ans, nous ne cessons d'appeler à une véritable discussion stratégique sur l'organisation des soins et les restructurations. Ceci passe par une analyse prospective du devenir des spécialités et des besoins de santé publique, bref par une méthode appuyée sur le savoir et non sur l'impulsivité. On ne peut pas dire que ce fut la méthode suivie.

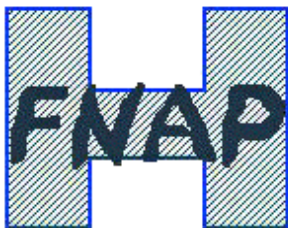
Nous sommes tous attentifs au contexte économique et conscients de la nécessité d'améliorer à tous les niveaux l'efficacité sans dégrader la qualité. Toutefois, on ne peut tolérer la réduction mécanique des emplois, les restructurations bancales, voire coûteuses faute de projets partagés, le dramatique gel des investissements, la réduction drastique des plans d'équipements et de travaux d'entretien. Nous avons tous notre part de responsabilité, en nous résignant tant que nous ne sommes pas personnellement touchés et en acceptant encore la convergence intersectorielle qui fait la part belle aux secteurs et assurances privés. Certes, la CME n'a pas le pouvoir de décision mais elle a celui de manifester sa réprobation vis-à-vis de ce qui se produit.

Nous sommes à un tournant. La future CME ne devra pas lâcher sur les principes qui sont à la base de notre engagement dans le service public. La manière dont se placera et se comportera la communauté médicale de l'APHP influera sur l'avenir de l'institution.

Il est temps d'abandonner la ligne de l'illusion. En un mot, nous ne te suivons pas.

Bien à toi.

Noël GARABEDIAN Olivier LYON-CAEN
Membres du MDHP



FEDERATION NATIONALE DES PRATICIENS DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

APPEL DE COTISATION 2011

Cher(e) amie(e), Cher(e) Collègue,

2011 est là avec les **premières conséquences** de la loi **HPST**. Nous voyons de plus en plus les difficultés rencontrées localement : perte de l'indépendance professionnelle, licenciements abusifs déguisés par de prétendues restructurations, procédures qui s'apparentent à du harcèlement.

Notre syndicat non catégoriel majoritaire assure au sein de la **CPH** (Confédération des Praticiens des Hôpitaux) la **défense de tous les praticiens** et celle de l'**hôpital public** en siégeant dans les instances représentatives.

Notre rapprochement avec le **SPHP**, autre syndicat non catégoriel présidé par Bruno **DEVERGIE**, a augmenté notre poids.

Nous siégeons dans les **CRSA** (Commissions régionales de santé et d'autonomie). Un recours est en instance pour y augmenter notre représentativité afin qu'elle respecte les résultats des dernières élections professionnelles.

Avec la **CPH** nous poursuivons notre lutte contre les décrets stupides de la loi **HPST** dont celui introduisant la non concurrence pour les praticiens ayant consacré plus de 5 ans à l'exercice public. Ce projet est totalement contre productif, il a déjà causé le départ ou le changement de statut de beaucoup d'entre nous. Si l'on veut recruter ou garder les **PH** à l'hôpital, il faut que celui soit attractif. Cet article vise simplement à le transformer en prison d'où on ne peut sortir. C'est le constat le plus négatif sur le management actuel des hôpitaux...

La crise de l'hôpital public est loin d'être terminée, hélas nous pouvons encore tomber plus bas.

L'année 2011 sera une **année charnière** car elle sera celle des **élections professionnelles**. Nous présenterons, au sein de la **CPH**, des délégués dans chacune des catégories : médecine, chirurgie, anesthésie réanimation, radiologie, pharmacie. Cette fois les temps plein et partiel ne seront plus séparés, les listes seront communes. Les élections se feront, a priori, par des moyens électroniques. Soyez attentifs.

Nous vous invitons dès maintenant à retenir la date du **vendredi 20 mai 2011**. Nous organisons à **PARIS au MEDITEL rue Pasteur**, avec la **CPH** une **grande journée sur le statut du PH**, ses droits et ses **moyens de défense**, les **difficultés au travail**, etc.

Venez nombreux. Informations sur : <http://www.cphweb.info/> ou inscription gratuite sur : journee.praticien@gmail.com

L'**avenir de l'hôpital public** dépend de votre engagement, ne vous laissez pas endormir par les discours de désinformation émanant tant du ministère que de certains responsables de syndicats minoritaires ne cessant de jouer les girouettes. La **défense de la place du médecin et son indépendance professionnelle** sont des enjeux majeurs.

C'est ainsi que nous pourrions poursuivre toutes nos autres actions :

- la défense de l'activité libérale pour ceux qui le souhaitent,
- la revalorisation réelle des astreintes et leur reconnaissance en tant que temps de travail,
- la rémunération des plages additionnelles de travail,
- la prise en compte de la pénibilité des fonctions et la modulation de l'âge de la retraite, ainsi que le maintien du niveau de ces retraites,
- l'amélioration de la démographie médicale hospitalière,
- la consolidation de l'activité médicale programmée qui a tendance à disparaître de nos hôpitaux du fait de la diminution du temps médical disponible et de la politique du « tout urgence »

Nous avons besoin de votre soutien financier pour continuer à vous défendre.

Le montant de la cotisation FNAP 2011 a été fixé
à 120 € pour les temps plein - à 60 € pour les temps partiel

à régler par chèque à l'ordre de la FNAP accompagné impérativement du coupon complété ci-dessous et à adresser au trésorier :

Dr Jean-Bernard TUETÉY - TRESORIER FNAP - 71640 DRACY LE FORT
Tel : 03 85 44 65 78 Fax : 03 85 94 10 13 e-mail : fnap@voilà.fr

Un certificat de paiement pour déduction fiscale vous sera adressé.

Merci d'avance et bien amicalement

Dr Jean-Marie LELEU
Président

✂

Nom :

Code :

Adresse professionnelle :

Région :

Spécialité :

Tel professionnel :

e-mail :

Je suis disposé à prendre des responsabilités syndicales régionales et/ou nationales : **OUI NON**