

## Projets de réforme hospitalière : réflexions, analyse et propositions

### L'ordonnance

Le 10 juin 2004, l'Assemblée Nationale a adopté en première lecture un [projet de loi habilitant le gouvernement à " simplifier le droit "](#), comprenant 63 articles dont seulement 2 paragraphes (les 7° et 8° de l'article 50) concernent les établissements hospitaliers :

#### *Article 50*

*7° Réformer les règles de fonctionnement des établissements publics de santé, les règles et les modes d'organisation budgétaires et comptables ainsi que les règles de gestion des établissements de santé, adapter et aménager les compétences des agences régionales de l'hospitalisation en ces matières et réformer les règles de gestion des directeurs de ces établissements ~~et des praticiens hospitaliers~~ ;*

*8° Unifier et clarifier la compétence des juridictions en matière d'allocation des ressources des établissements de santé ;*

Ces quelques lignes annoncent le bouleversement des règles du fonctionnement hospitalier public. Malgré l'assurance donnée par le Ministre Douste-Blazy au Collectif des Syndicats de Praticiens Hospitaliers lors d'une entrevue le 29 avril qu'il n'y aurait pas d'ordonnance pour la nouvelle gouvernance à l'hôpital, c'est le contraire qui a prévalu. On peut penser en fait que le Ministre n'était tout simplement pas au courant que le processus avait déjà été engagé avant son arrivée. En effet, le projet de loi avait été adopté en Conseil des Ministres le 17 mars et transmis à l'Assemblée Nationale le 29. En cela, la chronologie de ce projet de loi est identique à celle de l'année précédente, qui a abouti dans un premier temps à la [Loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit](#), puis en ce qui concerne l'hôpital, à l'[Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation](#).

### Le statut

Tout ce qu'ont pu obtenir les syndicats de praticien hospitalier est le retrait des mots "et des praticiens hospitaliers" du 7° de l'article 50. Cependant, cela n'engage pas le gouvernement à grand-chose puisque les mesures générales concernant le statut des praticiens hospitaliers ne relèvent pas d'une loi ou d'une ordonnance, mais d'un décret. Le Centre National de Gestion (CNG) sera créé par voie réglementaire et concerne également les directeurs hospitaliers. La liste des corps professionnels et des statuts gérés par le CNG sera donc établie et modifiable par un simple décret.

De plus, lors des futures négociations statutaires à l'automne, il est probable que l'ordonnance sera parue et il sera difficile de défendre un statu quo par rapport à un environnement juridique hospitalier qui aura entièrement changé.

Pour avoir une idée des conséquences de ce nouveau système sur la gestion des carrières, il faut se reporter au protocole d'accord concernant la réforme du statut des directeurs signé le 25 mai par le SNCH, accessible à l'adresse [http://www.snch.fr/Actu/fichiers/protocole\\_signé\\_le\\_25\\_05\\_04.doc](http://www.snch.fr/Actu/fichiers/protocole_signé_le_25_05_04.doc)

Parmi les points les plus importants, signalons :

- la création d'un Centre National de Gestion ;
- la définition et le suivi des procédures d'évaluation des directeurs (qu'en sera-t-il pour les praticiens hospitaliers ?) ;
- la création du corps des Conseillers Généraux des Hôpitaux, chargés de certaines missions

- d'audit, et surtout du redressement des établissements publics de santé déficitaires ;
- la création d'une position dite " en recherche d'affectation ", terme pudique qui recouvre en fait la démission forcée des individus jugés indésirables dans leur établissement.

Il faut donc s'attendre dans le même esprit à des modifications importantes concernant le statut des praticiens hospitaliers :

- Les décisions de création, de transformation ou de suppression de postes devraient relever de l'autorité propre de l'établissement, c'est-à-dire du directeur.
- Le choix des candidats relèverait essentiellement du " Conseil exécutif " et du conseil d'administration de l'établissement, dominés par le directeur, et serait entériné par le Ministre (déléguant peut-être sa signature au CNG ?) après avis de la Commission Statutaire Nationale. On ignore le poids qu'aura encore cette dernière mais il n'y a guère lieu d'être optimiste.
- La rémunération des praticiens hospitaliers risque d'éclater selon les fonctions exercées. Un [rapport parlementaire](#) récent, remis à l'occasion de l'adoption du projet de loi autorisant le gouvernement à " simplifier le droit " par ordonnance, préconise " *le recrutement des praticiens et nomination des chefs de service et des responsables de pôles ou de départements par le conseil d'administration, évaluation des chefs de service par le conseil d'administration, sur la base d'un contrat interne, développement des dispositifs d'intéressement pour les personnels, dont la différenciation des rémunérations des praticiens hospitaliers...* ". A noter que, dans le cadre des Groupements de Coopération Sanitaire public – privé (GCS), la [loi de financement de sécurité sociale 2003](#) (article 36) autorise déjà l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des praticiens hospitaliers, avec une part forfaitaire et une part liée à l'activité : " *Les professionnels médicaux des établissements de santé membres des groupements de coopération sanitaires, pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements, peuvent être rémunérés dans des conditions dérogatoires à celles découlant de leur statut ou de leur contrat de travail, selon des modalités fixées par une convention conclue entre l'établissement public de santé ou l'établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de financement membre du groupement autorisé à participer à l'expérimentation, et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.* " De tels contrats qui nécessitent l'aval de l'ARH, n'ont pas encore été portés à notre connaissance. Mais la réforme a déjà commencé à s'appliquer... Un récent [décret sur les pharmacies hospitalières](#) comprend des dispositions qui permettent aux diverses catégories de praticiens (temps plein, temps partiel, assistants, attachés) d'être mis à disposition des futurs GCS. Cette possibilité n'est pas sans conséquence puisqu'elle entraîne par exemple la perte de la prime d'engagement de service public exclusif. Les syndicats ont obtenu l'engagement du ministre et de la DHOS pour une correction de cet effet.

A terme, toutes ces dispositions pourraient conduire à l'éclatement du statut unique de praticien hospitalier.

### **La tarification**

La réforme de la tarification des établissements de santé, dite " Tarification à l'activité " ou T2A, a été mise en oeuvre depuis le début de l'exercice 2004. Les problèmes rencontrés n'ont pas manqué et les critiques ont fusé de toute part. Elles portent essentiellement sur les points suivants :

- Les systèmes d'information hospitaliers sont rudimentaires et le recueil des données consomme un temps prohibitif aux praticiens chargés de remplir les paperasses nécessaires, et aboutit souvent à un recueil partiel ou avec beaucoup de retard de l'activité concernée.
- Le risque inflationniste est énorme: en effet les établissements de santé peuvent inciter (certains l'ont déjà fait) leurs praticiens à surcôter les séjours, au nom de "l'intérêt de l'établissement". Les incitations portent non seulement sur les diagnostics principaux

(exemple : détresse respiratoire aiguë pour une crise modérée d'asthme) mais aussi sur les diagnostics associés et comorbidités ("alcoolisme chronique", BPCO chez les fumeurs). Il existe même des logiciels associés à la saisie aidant à optimiser pour obtenir le coût le plus lourd. Ceci risque de favoriser ceux acceptant ces pratiques au détriment des professionnels honnêtes, l'enveloppe financière (ONDAM) étant constante. Il ne semble pas avoir été prévu de réactivité (contrôle qualité rapide) pour éviter ce genre de dérapage.

- Le montant des enveloppes MIGAC reste un mystère pour tout le monde. Beaucoup pense qu'elles seront une variable d'ajustement des données issues du recueil de la T2A, au moins pour cette année.
- Les critiques concernant le principe même de la T2A n'ont pas reçu de réponses suffisantes : risque de sélection des patients, diminution de la qualité des soins... Les éléments qui permettraient de pallier à ces risques réels identifiés dans d'autres pays, comme le contrôle de la qualité des soins, n'ont pas été mis en place.
- Cette tarification ne laisse pas de place à la santé publique, notamment à la prévention (sauf à l'inclure dans le "fourre tout" MIGAC). A titre d'exemple, il y aura plus d'intérêt pour un établissement à voir revenir un patient mal éduqué pour plusieurs séjours, voire des séjours en soins intensifs, plutôt que de lui assurer une éducation préventive. C'est le cas pour des affections telles que le diabète ou l'asthme, etc. Cherchez l'erreur... Comment reconnaître et valoriser les efforts de prévention, seuls garants de l'état de bien-être et de moindre coût ?
- Dans l'actuelle loi, il est prévu un passage total à la T2A, avec alignement des tarifications public – privé. Cet *a priori* idéologique ne tient pas compte des spécificités de missions de service public et il est observé que dans aucun autre pays, le montant des budgets T2A ne dépassent la moitié des budgets hospitaliers publics. Cette objection a été reprise par de nombreux organismes comme la [FHF](#) ou le [SNCH](#) et il semble possible qu'elle sera entendue...

### **Le régime budgétaire et comptable**

C'est la prochaine " grosse affaire " pour les établissements publics de santé. Dans l'ordonnance qui sera promulguée à l'automne, la présentation budgétaire des comptes des établissements publics de santé sera profondément modifiée, probablement dès l'exercice 2005.

En particulier, la présentation habituelle sous forme de Budget Prévisionnel (BP) suivi des habituelles Décisions Modificatives (DM) en cours d'année, sera remplacée par un nouveau système baptisé [Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses](#) (EPRD). Sur le fond, il faut souligner essentiellement 2 différences avec l'existant :

- Actuellement, les budgets hospitaliers sont divisés en quatre sections : dépenses de personnel, dépenses médicales, dépenses hôtelières et section d'investissement. Les budgets entre ces sections sont théoriquement étanches et toute DM doit faire l'objet d'un avis des instances de l'hôpital (CME, CTE) et d'une approbation du CA puis de l'ARH. Dans le cas de l'EPRD, seule la décision du directeur importera pourvu que l'économie générale du budget ne soit pas modifiée. Les différentes sections qui fonctionnaient comme des caissons étanches pourront faire l'objet de transfert de crédits sans nécessiter l'aval des tutelles ou des instances de l'établissement.
- Le système budgétaire actuel ne permet pas de faire apparaître des déficits, aussi lorsque les ressources d'un établissement hospitalier sont insuffisantes, les charges non budgétées font l'objet d'un report d'un exercice à l'autre. L'EPRD n'obéit pas à ces mêmes contraintes puisque les déficits apparaîtront immédiatement dans la présentation des comptes, sans possibilité de report de charges comme actuellement.

On comprend tout de suite les conséquences de ce changement radical, combiné à la tarification à l'activité : les hôpitaux vont passer d'une logique budgétaire (dotation de fonctionnement allouée pour une année) à une logique financière (équilibre entre recettes à assurer et dépenses à contrôler). L'EPRD sera sans doute appliquée dès l'exercice 2005.

Lorsque ce nouveau régime budgétaire a été présenté aux groupes de travail " Hôpital 2007 ", les organisations de directeur ont été les premières à souligner les dangers d'une telle réforme si les reports de charge actuels n'étaient pas comblés auparavant : une grande majorité des établissements hospitaliers risque de se retrouver en faillite dès le printemps prochain ! C'est sans doute ce qui a poussé M. Douste-Blazy à annoncer lors d'[Hôpital Expo](#) qu'il allait en quelque sorte " remettre les compteurs à zéro ". Malheureusement, les sommes annoncées (300 millions d'euros) sont très en dessous des besoins réels. Des sommes dix fois plus élevées seraient plus réalistes.

En revanche, il ne semble plus être question de la [réforme du régime comptable des établissements publics de santé](#) à laquelle la DHOS paraissait pourtant particulièrement attachée. Explication : actuellement, hormis quelques régies d'avance de faible importance, les hôpitaux publics ne manipulent aucun argent. Toutes les opérations de paiement des factures ou des salaires, de même que le recouvrement des créances, sont effectuées par les comptables du Trésor Public. Lors d'une réunion d'un groupe de travail " Hôpital 2007 " consacré au régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé, la DHOS a proposé une réforme radicale consistant à créer au sein des hôpitaux publics des agences comptables, sous la dépendance directe des directeurs d'établissement. Cette proposition rencontra l'hostilité générale, à commencer par celle des fonctionnaires concernés du Ministère des Finances. L'importance de l'enjeu n'échappa à personne car cette réforme a largement nourri le soupçon persistant que l'ensemble du plan " Hôpital 2007 " était en réalité une première étape vers la privatisation des EPS. En effet, dans une telle hypothèse, il serait nécessaire que les hôpitaux disposent de leurs propres services de paiement des factures et de recouvrement des créances. La remarque la plus cinglante est venue de la FHF : " Sauf à considérer que les établissements publics de santé doivent évoluer vers un statut différent, de type privé, cette réforme ne s'impose pas ". On ne saurait mieux dire.

Malgré cela, la loi de finances pour 2004 a déjà prévu que les collectivités locales pourraient déposer certaines ressources financières hors les trésoreries générales. Un récent décret vient de définir les premières recettes qui peuvent échapper au contrôle des trésoreries et qui sont donc gérées directement par les directeurs.

### **La gouvernance**

C'est le point qui a été à l'origine de la mobilisation des personnels hospitaliers, médicaux et non – médicaux. Et pourtant, aucune avancée sérieuse n'a été obtenue après des mois de mobilisation.

Le [projet de loi proposée le 7 janvier 2004](#) est toujours d'actualité et n'a plus été amendé. Il devrait être publié tel quel dans l'ordonnance de l'automne.

Après la signature de 3 des 4 intersyndicats de praticien hospitalier, un Comité de suivi a commencé à se réunir pour en aborder les modalités d'application pratique. Composé à l'origine des seules organisations signataires, il semble que le Ministre de la santé s'oriente vers l'intégration de toutes les organisations syndicales sans que la signature du relevé de conclusion ne soit toujours un préalable.

Il n'en reste pas moins que les orientations générales du projet n'ont guère évolué :

- Le principe du découpage de l'activité hospitalière en pôle est au centre de la réforme. Cette organisation se superposant aux services, accusés de fonctionner comme des fiefs imprenables, on ne voit guère de raisons pourquoi ce niveau de décision supplémentaire ne se transformerait pas lui-même en super-fiefs, d'autant plus que la délégation de gestion serait réelle, en particulier sur la gestion des effectifs, des dépenses à caractère médical, voire certains investissements. A moins que...
- Les directeurs veulent absolument conserver la main-mise sur la nomination des responsables

de pôle et s'opposent fermement à l'établissement de toute liste d'aptitude nationale, nourrissant ainsi le soupçon de copinage local. La publication d'un projet d'organisation en pôles de l'AP-HP montre que la délégation de signature, en cas d'absence du responsable de pôle, serait attribué aux cadres qui l'assistent et non à un autre praticien. Dans ces conditions, on peut légitimement s'interroger sur la capacité réelle des futurs responsables de pôle à exercer leur fonction (estimée en général à un mi-temps), s'agissant notamment de PU-PH dont l'emploi du temps est parfois fort chargé. La dérive vers un fonctionnement de type mérovingien (un " roi fainéant " grassement payé avec un " maire du palais " détenant la réalité du pouvoir) devient alors tout à fait possible. Serait-ce pour cela que les organisations de directeurs ne souhaitent pas particulièrement que les futurs responsables de pôle aient une qualification particulière en matière de gestion ?...

- Que se passera-t-il en cas de désaccord entre un Directeur et un Chef de pôle ? Le pouvoir de révocation étant lié à celui de la nomination, cette éventualité renforce la nécessité d'une nomination extérieure à l'établissement et indépendante de la direction locale.
- Les prérogatives de la CME et du CTE sont largement amputées au profit du " Conseil exécutif ", composé à part égale de praticiens et d'administratifs mais présidé de droit par le Directeur. Comme la carrière des administratifs et leurs primes annuelles dépendent totalement de leur chef d'établissement, ils voteront toujours comme ce dernier. Il suffira donc qu'un seul praticien vote avec les administratifs pour que le directeur obtienne systématiquement la majorité. Par ailleurs, on constate que les personnels non médicaux sont les grands oubliés de ce dispositif. Le [Conseil National de l'Ordre des Médecins](#) s'en est récemment ému et réserve actuellement sa position.
- L'indépendance professionnelle des praticiens hospitaliers est sérieusement menacée au nom de la " contractualisation ", qui se substitue à la légitimité issue des missions de service public. Les directeurs pourront ainsi fixer aux responsables médicaux des objectifs de productivité et de rentabilité qui entreront inévitablement en conflit avec la déontologie médicale et la qualité des soins.
- Les nouveaux " Conseillers Généraux des Hôpitaux " sont manifestement un corps créé pour faire peser une menace sur la carrière des directeurs qui n'exécuteront pas les instructions de l'ARH en cas de déficit financier de l'établissement. La pression exercée pour que des restructurations drastiques soient imposées sera énorme. Lors de ces restructurations, les services, pôles ou activités médicales pourront disparaître et les praticiens concernés remis à disposition du Centre National de Gestion.
- L'ensemble du dispositif vise à instaurer un " exécutif fort " au sein des hôpitaux publics, au motif que ceux-ci étaient jusqu'à présent " administrés et non managés " et que ce serait la raison de la crise actuelle. Cette explication semble surtout destinée à masquer la responsabilité des directeurs et servir de prétexte afin de leur donner les pleins pouvoirs. Si les hôpitaux publics avaient été correctement " administrés ", la crise aurait peut-être été moindre, au moins sur le plan moral.

Les solutions adoptées par le " plan Hôpital 2007 " visent en fait à transformer l'hôpital – service public en hôpital – entreprise, par pure idéologie.

## **Quelques propositions**

### 1. Gouvernance

La structuration des activités hospitalières en pôles n'est pas un gage d'amélioration de leur fonctionnement, notamment en matière de complémentarité. Contrairement à l'opinion généralement invoquée par les directeurs, le service est une réalité concrète qui, renouvelée, peut toujours parfaitement convenir pourvu que l'on définisse clairement ses moyens, ses missions (sans rogner celles-ci au fur et à mesure de la création de nouveaux profils de poste administratifs) et que l'on évalue régulièrement son fonctionnement.

La situation est cependant différente selon les structures hospitalières. Dans les centres hospitaliers non-universitaires, les rivalités chef de service / non chef de service ont

généralement (pas toujours) perdu au fur et à mesure du renouvellement des postes leur caractère conflictuel, les fonctions de chef de service étant devenues au fil du temps assez interchangeables entre praticiens. Dans les centres hospitaliers universitaires, les praticiens hospitaliers non-universitaires souffrent d'un déficit de représentation face à leurs collègues universitaires, ce qui entraîne des conflits et des rigidités qui peuvent se cristalliser sur l'organisation actuelle en service. C'est pourquoi l'organisation en pôles pourrait être proposée si les praticiens hospitaliers de tous statuts dans un domaine d'activité y sont majoritairement favorables. Toutefois, une telle décision ne doit pas être obligatoire et permettre un retour en arrière si elle montre son inefficacité. Dans les larges structures il nous paraît, au contraire, plus important de redonner de la valeur aux Unités Fonctionnelles, bien plus proche des personnels soignants et des soignés. Dans la réforme proposée, tout en dénonçant le caractère obsolète des services, on crée des "superservices", annonciateurs d'un supermandarinat, celui des chefs de pôle, avec nuance essentielle, une sélection basée bien plus sur l'allégeance administrative que sur la compétence médicale, le Directeur s'invitant dans la désignation et la régulation du "clan" de ces nouveaux supermandarins que représente le "Conseil exécutif".

Il est tout aussi nécessaire de faire progresser à pas de géant les systèmes d'information hospitaliers afin de mieux connaître les activités de soins et d'améliorer la prise en charge des patients. En cela, l'informatique est un outil indispensable à condition que celle-ci soit aussi au service des praticiens (par exemple sous la forme d'une aide à la décision médicale) et non destiné à un simple recueil des informations nécessaires à la tarification des soins, auquel cas il n'intéressa pas le corps médical.

Il faut également développer le rôle des structures transversales qui permettent à tout le corps médical d'être associé aux décisions en matière d'organisation des soins, comme l'Assemblée Générale du corps médical. Elle pourrait devenir un lieu de débat et de proposition, avec la possibilité de désigner des groupes de travail chargés d'élaborer des projets médicaux, qui pourront le cas échéant être adoptés en CME.

Dans le même ordre d'idée, la suppression des structures transversales existantes comme le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ou le Comité des Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) et quelques autres, serait un non-sens. La CME des CHU doit également devenir plus représentative des statuts des personnels médicaux et ne plus sur-représenter les universitaires, comme depuis toujours. Dans tous les cas, elle doit rester l'organe principal des avis institutionnels du corps médical, au même titre que le CTE pour les personnels non-médicaux. En aucun cas, un " Conseil exécutif " contrôlé de fait par le directeur ne doit se substituer à leurs prérogatives. Il serait par contre possible de mieux cerner le rôle d'un bureau de la CME et d'un bureau du CTE, en tant qu'interlocuteurs des cadres de direction dans le fonctionnement quotidien des institutions hospitalières.

Mais le plus dangereux est le pouvoir d'injonction de l'ARH, pouvant aller jusqu'à la suspension du directeur et du conseil d'administration. Ces méthodes ne sont pas compatibles avec le service public. Elles visent à aligner le droit hospitalier sur le droit des entreprises privées, afin de pouvoir liquider les établissements publics de santé non rentables.

## 2. Le régime budgétaire et comptable

Depuis le début de la réforme de la " tarification à l'activité ", la DHOS n'a cessé de vouloir faire croire à ses interlocuteurs hospitaliers qu'il n'était pas possible de maintenir la présentation budgétaire actuelle avec des recettes qui ne pouvaient être qu'estimatives.

Dans la réalité, il n'y a aucune obligation réelle à adopter l'EPRD, sauf à vouloir supprimer le phénomène du report des charges et les transformer en déficit bien réels que les directeurs auront pour mission de résorber coûte que coûte.

Il s'agit encore une fois d'un choix idéologique parfaitement inutile. Le système actuel est parfaitement compatible avec la T2A et de toute façon, il faudrait modifier les logiciels de gestion hospitalière de façon profonde pour intégrer l'EPRD, et donc des investissements coûteux. Il serait plus sage que ces sommes soient investies dans la mise au point de programmes conviviaux et utiles pour les activités médicales.

Cette réforme devrait donc être abandonnée sans regrets.

Cet abandon n'est pas incompatible avec une saine continuation de la comptabilité analytique. Observons que les administrations hospitalières, malgré l'avènement de la comptabilité analytique dans les années 80 ont toujours tenu à conserver de larges marges de manœuvres induites par un flou bien entretenu. A titre d'exemple, les secrétariats médicaux relèvent des coûts administratifs comme les frais de correspondance et de téléphone d'ordre soignant. Est-ce pour entretenir quelques arbres qui cachent bien la forêt? Quant au coût réel de l'informatique hospitalière n'en parlons pas... Rappelons le refus en 1985 du "point ISA éclaté" qui aurait permis une approche analytique des coûts.. C'était il y a presque maintenant 20 ans...

### 3. Tarifification à l'activité

Comme mentionné plus haut, les objectifs fixés par la loi sont irréalistes. Dans un premier temps, il serait raisonnable de ne pas dépasser 30 % de l'activité des hôpitaux de type MCO financée par la T2A et de se donner les moyens d'un audit sérieux des résultats et des difficultés rencontrées. Les efforts d'amélioration devront porter :

- o Sur la définition des groupes GHS qui doivent être plus nombreux et plus précis, et la pertinence de leur tarif.
- o Sur le recueil des données qui doit être intégré à un système d'information hospitalier complet et performant.
- o Sur le contrôle de la qualité des soins, qui doit être pertinent et relever systématiquement les risques de dégradation de la qualité des soins.
- o Sur la prise en compte des activités transversales qui ne relèvent d'aucun tarif GHS, et plus généralement des activités médicales peu intéressantes sur le plan des recettes, qui ne doivent pas être sacrifiées au motif de la rentabilité immédiate.
- o Sur la reconnaissance de la qualité : nous proposons que les établissements accrédités sans réserve, aient une valorisation budgétaire à valeur incitatrice par rapport aux autres (exemple : + 3 à 5%).
- o Les enjeux et masses financières sont tellement considérables qu'il est stupéfiant d'avoir lancé une aussi vaste réforme à l'échelle nationale sans une étude expérimentale, sur une ou quelques régions.

Ce n'est que lorsque ces objectifs seront atteints qu'il sera possible d'envisager un accroissement de la part financée à l'activité à hauteur de 50 % maximum, ce qui correspond à la réalité en Europe.

Dans tous les cas, il n'est pas acceptable que les moyens attribués au secteur public et au secteur privé soient calculés sur les mêmes bases, compte tenu des missions et des contraintes différentes qui leur sont applicables (permanence des soins, type de patients, enseignement).

### 4. Statut

Il n'est pas acceptable que les professionnels médicaux, de part leur responsabilité, perdent leur indépendance professionnelle pour être considérés par les directeurs comme de simples producteurs de soins. Le statut de praticien hospitalier est la pierre angulaire de cette indépendance, aussi il faut réaffirmer que les nominations des praticiens hospitaliers de toute responsabilité relèvent du Ministère de la santé, après avis de la Commission Statutaire Nationale dont le rôle central dans la décision doit être clairement souligné. Les avis locaux, lorsqu'ils sont requis, ne doivent être que consultatifs.

Le statut unique de praticien hospitalier doit être défendu, et étendu si possible à d'autres catégories de personnels médicaux et pharmaceutiques (praticien à temps partiel, praticien contractuel, assistant...).

La notion d'insuffisance professionnelle doit être mieux définie et des garanties doivent être données pour les praticiens en relevant, la situation actuelle n'étant pas satisfaisante avec l'absence de garanties (article 50). Le Centre National de Gestion tel qu'envisagé ne doit pas être un "placard" où échoueront les praticiens en difficulté soit personnelle (maladie, harcèlement institutionnel, insuffisance professionnelle), soit à la suite des restructurations ou faillites d'établissements. Toutes les garanties devront être données pour une gestion paritaire,

humaine et bien cadrée dans le temps des dossiers qui pourraient lui être confiés.  
Les conditions de rémunération des praticiens hospitaliers doivent être les mêmes que celle de leur discipline. La pénibilité, notamment en matière de permanence des soins, doit être justement rémunérée et non, comme trop souvent actuellement, faire l'objet de manœuvres de contournement des directions hospitalières afin de minimiser les sommes à payer.  
Enfin, l'évolution de la démographie médicale et pharmaceutique doit faire l'objet de mesures en concertation avec les professionnels, afin que l'aggravation de la situation existante ne conduise pas au développement de " déserts médicaux " dont les conséquences sanitaires seront dramatiques.

### **Conclusion**

Les décisions qui seront adoptées dans le courant du second semestre 2004 seront décisives pour l'avenir de l'hôpital public. Si de récents contacts avec le Ministre de la santé laissent entrevoir une ouverture sur certains des points fondamentaux décrits ci-dessus, il n'en reste pas moins que la mobilisation de tous est absolument nécessaire afin le service public hospitalier ne soit pas bradé à court ou moyen terme aux acteurs du privé.

Jacques TREVIDIC et François DOUCHAIN (5 juillet 2004)  
UPHP - 15 rue Beaugrenelle 75015 PARIS