

Les Médecins des Hôpitaux Publics

SPHP
SYNDICAT DES PRATICIENS
DES HÔPITAUX PUBLICS

Janvier / Juin 2010

N° 225-226

fnap
FEDERATION NATIONALE
DES PRATICIENS
DES HÔPITAUX GENERAUX

Numéro spécial double

CPH
CONFEDERATION DES PRATICIENS
DES HÔPITAUX

SOMMAIRE

EDITO

P. 2

**PRATICIENS HOSPITALIERS
L'ESPRIT DE CORPS ?**

Un rapport qui tombe à point ! P. 3

QU'ATTENDRE DE LA PSYCHIATRIE ? P. 4

*Plateaux techniques et permanence des soins :
Nouveaux enjeux pour l'Hôpital Public, nouvelles contraintes pour les PH* P. 5

*Crise de confiance et crise de vocation
Une lecture sociologique de la crise hospitalière* P. 6-8

P. 9-16

HPST pour les nul(le)s

Directeur de la publication : Dr François DOUCHAIN

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 TUETEY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2010

Commission paritaire n° 1012S06230

Cahiers FNAP-SPHP
N°225-226 Janvier/Juin 2010
Trimestriel

Administration, abonnement

Revue MHP - SPHP

31 Bis, Ave Frédéric Raboisson

60600 CLERMONT

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

EDITO

PRATICIENS HOSPITALIERS

L'ESPRIT DE CORPS ?

Le « corps troué des PH », ce titre ironiquement accroché de Karine Piganeau, dans un récent *Quotidien du Médecin*, renvoie bien sûr aux très sérieuses études du CNG et de sa directrice générale sur notre démographie par trop mitée. Mais en filigrane l'image forte qui s'en dégage, c'est quand même le matraquage dont nous sommes l'objet, attaque en règle des pouvoirs publics, cour des comptes, missions parlementaires et media, avec pour objectif de réduire sans fin nos garanties statutaires, l'attractivité de nos carrières et, plus grave, nos espaces d'élaboration, d'expression et de représentation.

Et donc nos capacités d'action et d'intervention au service du meilleur soin.

C'est le dépérissement du rôle de la CME, c'est la nomination ou la mise à pied d'un praticien mis à la main du seul directeur, c'est la quasi éviction de nos représentants des instances contribuant au pilotage régional de la santé.

C'est les praticiens au charbon et les directeurs aux manettes...

Pour la plupart d'entre nous dont l'engagement au quotidien et la compétence pro-

fessionnelle fondent la légitimité et la responsabilité, tant dans le colloque singulier que dans l'animation des équipes, cette dérive est à la fois formelle, subalterne et surtout incroyable. C'est sans doute ce qui explique l'insuffisance de la mobilisation de notre corps, quand il était encore temps, à l'heure des débats d'avant la promulgation de la loi HPST...

Alors aujourd'hui ?

D'abord nous n'avons ni le temps ni l'envie de nous lamenter. Nous sommes toujours au cœur du soin dont nous savons bien que nous représentons l'alpha et l'oméga. Comment pourrait-il en être autrement ? Ce n'est pas une loi qui peut changer cela !

Aujourd'hui, il nous revient d'accompagner cette révolution textuelle en oeuvrant au quotidien pour les patients, pour la préservation des moyens et des outils du soin dont notre indépendance professionnelle est partie intégrante. Cela passe par la défense individuelle sur le terrain des collèges en difficulté. Cela passe d'abord et toujours par l'exigence de moyens suffisants pour le service public hospitalier. Nos collègues réalisent, et l'exemple de l'AP HP, dont témoignent plusieurs articles de ce numéro, contribue à nous ouvrir les yeux, que le principe de l'intangibilité de l'emploi

hospitalier est passé à la trappe, autorisant toutes les dérives et tous les modèles de restructuration. Cela passe donc aussi par la défense de notre statut. Ce statut de PH aussi imparfait et perfectible qu'il soit reste un élément important de la sécurité des carrières. Il est le dernier rempart de notre liberté d'expression. Ne soyons pas complices de sa précarisation.

Aujourd'hui, le premier round du combat que nous devons mener pour notre statut, se joue sur l'avenir de notre système de retraite, très lourdement hypothéqué par les menaces tombées sur le régime Ircantec. C'est un combat solidaire qui nous concerne tous et particulièrement les plus jeunes d'entre nous qui entrent dans la carrière.

Si nous voulons avoir quelques chances d'obtenir des pouvoirs publics les mesures compensatoires capables d'en limiter les dégâts et forcément coûteuses, nous devons, vous devrez, vous engager dans des mobilisations et des actions, fortes et durables.

Alors, ensemble, préparons nous, **retrouvons notre esprit de corps !**

*Dr Pierre Faraggi
Président de la CPH*

Un rapport qui tombe à point !

En mai 2009, pendant le débat parlementaire sur HPST, on avait vu côte à côte patrons et infirmières battre le pavé parisien. Ces manifestants, pour beaucoup, peu accoutumés à ces promenades en plein air, découvriraient l'action collective...un an après la loi est passée, la bataille législative est perdue mais les médecins hospitaliers ont gardé une capacité de mobilisation dont ils n'avaient jamais fait preuve auparavant. En novembre 2009, suite aux 3500 à 4000 suppressions d'emplois annoncés à Paris, le président de la CME a menacé de démissionner, le collectif formé autour d'André Grimaldi et Bernard Granger a pu réagir rapidement. Ce groupe hétéroclite (élus à la CME, syndicalistes des Hôpitaux de Paris, médecins tout simplement motivés) a permis la collecte d'un millier de promesses de démissions de fonctions administratives. Pragmatique face au risque de nouvelle explosion parisienne, le gouvernement a fait traîner, remis au mois de juin les décisions...

Les élections n'ont pas été

Après l'annonce en novembre de suppressions d'emplois à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), la levée de boucliers était telle (menace de démission du président de la commission médicale d'établissement et soutien de la communauté médicale) que le plan était remis à plus tard, « on vous répondra en juin, rien n'est arrêté... ». L'échéance se rapproche, la tension monte, le siège de l'AP est occupé... et un rapport qui tombe vraiment bien.

Nous avons lu ce rapport de la Cour des Comptes d'Ile de France sur l'organisation des soins à l'APHP. Quatre éléments sont à relever

I/ Malgré la hausse du nombre de séjours hospitaliers (+10 % en 5 ans), l'application de « tarifs » aux maladies (financement par maladie se substituant au financement global antérieur), entraîne un déficit de 1.5% du chiffre d'affaires. Ce qui est le cas de près de la moitié des hôpitaux publics en particulier de ceux de grande taille comme Paris. C'est le résultat mécanique de la tarification à l'activité dont la cour des comptes relevait en 2008 le caractère injuste pour les hôpitaux publics prenant en charge des maladies « non programmées », accueillant des populations précaires, porteuses de pathologies intriquées. La méthode de financement « à l'activité » avec une enveloppe fermée impliquant une baisse automatique des tarifs quand l'activité augmente, défavorisera toujours l'hôpital public si elle n'est pas pondérée par des indices de précarité, de lourdeur des pathologies, éventuellement intriquées. Il n'est pas rare d'adresser dans les grands centres hospitalo-universitaires, des patients initialement pris en charge ailleurs. La complexité de la maladie justifie le transfert... Ce sont évidemment les malades les plus difficiles, dont la « rentabilité » n'est pas évidente. L'APHP joue aussi ce rôle de recours et cela à un coût. La convergence des tarifs entre les hôpitaux n'est pertinente que si elle s'applique entre hôpitaux de même taille, de mêmes missions et de mêmes contraintes (en particulier liées à la vétusté du

un bon appui pour les décisions gouvernementales...il faut donc gagner la bataille de l'opinion. Alors bien opportunément un rapport de la cour des comptes sorti le 18 février est repris dans la presse le 30 mars. Comme tout rapport de la cour des comptes, il est communiqué aux administrations concernées afin qu'une argumentation issue de cette administration puisse être rédigée et que la réponse puisse être publiée de façon simultanée... mais de façon « surprenante », aucun élément du contre rapport rédigé par l'AP, mettant en lumière les inexactitudes voire les affirmations erronées n'ont été repris par la presse.

Mieux, alors même que le directeur de l'AP signe une réponse offensive et détaillée à la cour des comptes, ce même directeur se sert du rapport pour diffuser le 2 avril un courrier général à ses employés les incitant à adhérer à ses projets : regrouper 37 hôpitaux sur 12 sites, supprimer 3500 à 4500 emplois...La CME ne servant plus à grand-chose et le directeur ayant des comptes à rendre, peu de risque qu'il

bâti)

II/ L'absentéisme du personnel non médical (PNM), évalué dans ce rapport à 10 à 15% selon les hôpitaux de l'APHP entraîne un surcoût en raison de l'emploi de CDD ou d'intérimaires. Ce surcoût est estimé à 102 millions d'euros (71 millions pour les CDD, 31 pour l'intérim). Plutôt que crier au scandale il serait bon de s'interroger sur les raisons de cet absentéisme (maladie dans 3/4 des cas). C'est la preuve d'un dysfonctionnement majeur. Cela alourdit, dans un cercle vicieux infernal pour le PNM, la charge de travail : trop de travail, donc absentéisme, donc trop de travail. Pourquoi le turn over des infirmières est si important ? C'est un indicateur reconnu (projet compaqh inserm) de démotivation et d'épuisement professionnel.

III/ La surdotation de l'APHP en médecins relevée dans le rapport (+44%), est le résultat d'une comparaison avec l'ensemble des hôpitaux publics, dont la plupart n'ont pas les mêmes caractéristiques. Comparons avec des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), on tombe à 11,6% de « surdotation ». Et maintenant attachons-nous aux hôpitaux des grandes villes françaises. Selon la base de données SAE du ministère de la santé, il y avait à Lyon en 2008, 4679 lits d'hospitalisations complètes et 1628,5 temps pleins médicaux, à Marseille 2800 lits et 1110 temps pleins médicaux. La même année à l'APHP, on trouvait 21458 lits pour 7367 temps pleins médicaux. Donc en appliquant un calcul simple : il y avait un médecin pour 2,87 lits à Lyon, pour 2,52 lits à Marseille, pour 2,91 lits à l'APHP. L'APHP est donc dans une situation analogue à celle des CHU des grands centres urbains français.

Le rapport signale par ailleurs que « les nouvelles dispositions (repos de sécurité, directive européenne sur les gardes) ont accru le besoin en temps plein médical de l'ordre de 40% », or le personnel médical de l'APHP n'a vu ses effectifs en temps

s'encombre de l'avis de professionnels interloqués par des décisions parfois absurdes (services baladés d'un hôpital à l'autre pour remplir des bâtiments vides, chirurgiens envoyés dans des hôpitaux sans blocs libres ...)

Soyez confiants braves gens, le management moderne est en marche, HPST s'occupe de vous !

Oui mais voilà même si tous les outils sont en place pour permettre à des préfets sanitaires d'appliquer le Gostplan néolibéral, le rapport de force n'est pas forcément du côté des décideurs : le projet ahurissant de dispersion des moyens de l'hôpital Trouseau, sans tenir compte des projets médicaux, ni des besoins de santé publique, se heurte à une mobilisation de tous les soignants associés aux usagers. Cette première bataille postHPST n'est donc pas, pour les managers une victoire.

Dans une démocratie les citoyens restent les seuls décideurs, encore faut ils qu'ils soient correctement informés.

plein ne croître que de 9% entre 2004 et 2008 selon la base SAE.

4/ Les effectifs de directions eux sont considérés comme surdotés de 115% par rapport à ceux des autres hôpitaux publics, de 40% par rapport aux autres CHU. Selon SAE les effectifs de directions sont passés à l'APHP, entre 2004 et 2008, de 522 à 692 temps pleins (+33%). Mais la comparaison avec Lyon (170 directeurs) ou Marseille (87) là encore relativise ces effectifs.

Alors, non les hôpitaux de Paris, Lyon ou Marseille ne sont pas surdotés. Ils ne font pas exactement le même travail que ceux de Blois ou Sélestat mais à Paris, à Blois comme à Sélestat ils sont indispensables.

La restructuration de l'APHP est attendue et nécessaire. Il faut réfléchir à répartir les moyens de façon adaptés aux besoins de santé, pas en appliquant une réforme des politiques publiques aveugle, pour purger 10% des effectifs des fonctionnaires hospitaliers.

Après la lecture de ce rapport, nous restons décidés à réclamer une modification du financement de l'hôpital public et un moratoire des suppressions d'emplois tant que les besoins de santé n'ont pas été définis et évalués de façon transparente. Les hôpitaux de l'île de France ont besoin d'un véritable plan d'investissements pour leur modernisation. Les personnels demandent à être associés aux changements. Ils attendent des restructurations pas des déstructurations aidées ou non par un rapport dont l'analyse peut sembler partielle voire partielle, guidée par sa conclusion : la nécessité « d'une réduction effective des effectifs ». ■

**Dr Anne Gervais, pour la
coordination des PH de l'APHP,
membres du MDHP**

QU'ATTENDRE DE LA PSYCHIATRIE ?

par Jean-Pierre Martin pour l'USP

La psychiatrie a créé avec la politique de secteur un service public généraliste unique qui permet l'accès aux soins gratuits en ambulatoire et à l'hôpital. Rappelons ici que la politique de secteur créé un dispositif territorialisé en amont et en aval de l'hospitalisation, qui permet d'accéder aux soins sans passer par une hospitalisation et d'être suivi dans la durée après une hospitalisation. **Elle inscrit le soin psychiatrique comme un service public dans la communauté en lien avec les politiques sanitaires et sociales locales, dans une perspective de rupture avec l'internement.** Elle n'a d'équivalent historique que dans les dispensaires de lutte contre la tuberculose de l'avant deuxième guerre mondiale. Issue des luttes de la Résistance et des réformes démocratiques de la Libération qui instituent la sécurité sociale, elle est ouverte le dispositif à tous. Même si son application est loin d'être satisfaisante, dans le sens où le secteur s'est développé en restant centré sur l'hôpital là où il prônait son intégration dans les politiques de la ville, elle a permis de déplacer le travail thérapeutique et d'accès aux soins hors de l'hôpital et dans la continuité.

Les résistances financières et idéologiques (préjugé de la peur du fou qui traverse la société et les politiques, résistance au changement des corps soignants, en particulier celui des psychiatres) qui ont présidé à sa mise en place tracent ses limites, mais aussi se retrouvent avec de nouvelles formes dans les attaques qu'il subit aujourd'hui. Celles-ci sont principalement le résultat des nouvelles gouvernances qui traitent les actes de soin dans une perspective marchande et ses dispositifs comme une gestion d'entreprise. Les critères ne reposent donc plus prioritairement sur les contenus subjectifs et sociaux du soin mais sur la rentabilité financière, en rupture avec la dimension de solidarité fondatrice des services publics et de la protection sociale. Le vote de la loi HPST dite loi Bachelot et le rapport d'Edouard Cauty (président de la commission ministérielle Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie), prolongeant les gouvernances Hôpital 2007, cliquent la continuité des soins, donc sa finalité d'intérêt général, par sa mise en concurrence avec le privé et son articulation avec une politique de santé mentale fondée sur l'ordre social et sécuritaire. Le projet de loi sur la psychiatrie à venir envisage, en effet, d'introduire le soin obligatoire à domicile et des lieux d'accueils hospitaliers de 72 heures fondées sur la rétention sous contrainte, mesures qui complètent les lois de rétention de sûreté et contre la récidive dans une idéologie de criminalisation des comportements liés à la souffrance psychique. Il s'inscrit dans une ges-

tion maîtrisée et de traçabilité au plus grand profit des laboratoires pharmaceutiques et du management industriel. Les patients en sont victimes au moins à double titre :

- comme « bons patients » - c'est-à-dire acceptant les soins et ses contraintes -, dépendants des « bonnes pratiques » de la psychiatrie - c'est-à-dire des pratiques normées sur l'efficacité immédiate - et des décisions de justice de mise sous tutelles, les psychiatres étant appelés à en être les experts et les régulateurs pour l'ordre public.

Le terme usager devient ici synonyme de consommateur, dont les restes à charge s'aggravent d'année en année (franchises, forfait hospitalier, limitation des ALD...).

- Comme patients qui réagissent négativement aux programmes de soins et d'insertion, souvent déjà exclus de la vie sociale, et à nouveau exclus d'un dispositif, qui n'ont d'autres ressources que l'action caritative avec ses nouveaux lieux de relégation (asiles médico-sociaux, appelés CHRS en France) référés à l'urgence sociale, nouvelles classes dangereuses dans la société, il n'est donc pas étonnant qu'apparaissent de nombreuses « réactions thérapeutiques négatives » au traitement : le patient opte plutôt de « rester malade que tomber guéri ». (J.B. Pontalis)

Qu'attendre de la psychiatrie dans ce contexte ? Quel service public à promouvoir ?

Si de nombreux professionnels cèdent au nom du « réalisme » ou résistent de façon conservatoire, la défense du service public appelle de nouvelles réponses de résistance démocratique...

La psychiatrie ne peut se réduire à un cadre d'« accompagnement » : expertise des troubles individuels, gestion des traumatismes psychologiques (plans sociaux, ruptures de liens familiaux, catastrophes naturelles et industrielles, effets du terrorisme...), réponses médicalementes et psychologiques dont les évaluations sont basées sur des critères de distribution (files actives, nombre de pôles d'activité, ratios de soignants, protocoles de soin et d'organisation du travail).

Nous mettons en avant les acquits réels des pratiques soignantes relationnelles comme fondement d'un service public de qualité, des budgets adaptés à ces besoins de psychiatrie et la défense du concept généraliste de prévention qui n'est pas réductible à la notion de gestion des risques. Nous mettons en avant la défense et la sécurité des patients et non l'instrumentalisation du psychiatre comme agent de contrôle social et d'ordre public.

L'indépendance professionnelle et le travail de réseau avec les autres champs de la société en sont les conditions.

Ceci nécessite le refus d'une politique uniquement fondée sur la planification de la réduction des coûts (réduction des lits, durées moyennes de séjour pensées en termes

comptables, travail d'équipe limité à l'addition d'une série de compétences ciblées, spécialisation par symptôme, rationalisation du temps de travail, référence aux théories fonctionnalistes du soin, augmentation de la productivité soignante), véritable pensée unique de l'hôpital-entreprise.

Entrer en résistance et construire des contre-pouvoirs à partir des acquits les plus novateurs du secteur :

- l'accès aux soins est libre et gratuit 24h sur 24 dans des structures à proximité des lieux de vie quotidiens, en particulier pour les populations précaires qui se multiplient sous l'effet des politiques néolibérales.

- L'utilisation de la contrainte ne peut être que l'échec d'une négociation à engager des soins et non la seule réponse symptomatique souvent appelée aujourd'hui urgence psychiatrique. L'obligation de soin dans ce contexte ne peut être amalgamée à une quelconque dangerosité sociale. Toute nouvelle loi nécessite donc la reconnaissance de la citoyenneté du fou et non sa criminalisation, voire le retour d'une forme d'eugénisme.

- Le travail de soin est basé sur la réciprocité dans l'échange avec le sujet en souffrance et son entourage, à partir des situations de crise. Les dimensions du social et du culturel, qui fondent tous les liens sociaux, sont les ressources fondamentales qui permettent le repérage d'une psychothérapie possible. Le réseau de soin n'est donc pas une filière standard prévue d'avance, mais une construction avec le patient et les ressources humaines qui l'entourent. La continuité, le temps à prendre, le rôle des tiers en sont les conditions thérapeutiques.

- La psychiatrie est l'affaire de la société et non des seuls professionnels. Sa place dans la politique sanitaire et sociale est donc essentielle. Tous les champs du social, de l'éducation, du monde du travail, de la justice sont concernés. Les associations de patients et des familles sont étroitement associés à la politique de secteur par la médiation de leurs associations, dont la reconnaissance et le financement sont à obtenir ou à confirmer dans le temps.

- La psychiatrie est avant tout un service public, en opposition avec les tentatives des gouvernements européens actuels d'en faire un marché privé fondé sur « un niveau de soins selon ses moyens ».

Ces points sont autant d'éléments de transition qui participent d'une autre psychiatrie possible qui ne pourra se développer si des financements adéquats et spécifiques selon des critères sociodémographiques ne sont pas au rendez-vous. Ce sont les points clé du paradigme économique actuel qui pèse sur les pratiques et leur avenir et sur les acquits de la protection sociale fondés sur la solidarité et non sur l'assurantiel, et du contexte sécuritaire qui réduit le métier de soignant à être un agent de l'ordre public, un des visages d'une politique de la peur. ■

Plateaux techniques et permanence des soins :

Nouveaux enjeux pour l'Hôpital Public, nouvelles contraintes pour les PH

Définis initialement comme le seul Bloc Opératoire, on peut penser maintenant les plateaux techniques (PT) comme un secteur regroupant ce BO, les unités de réanimation et de soins continus, les services d'urgences, et l'ensemble des interfaces institutionnelles avec l'imagerie et d'autres services de soins continus médicaux. Deux critères exigibles : leur fonctionnement 24/24 - 7/7 et un personnel médical en permanence de soins, au mieux sur place.

Les PT sont devenus en 15 ans la plaque tournante du fonctionnement des EPS.

Pourquoi ? Appel par toutes les spécialités, à commencer par les spécialités chirurgicales, à un environnement aseptique et équipé en matériel et personnels spécialisés ; disponibilité 24/24 d'une structure capable de prendre en charge les urgences ; rôle dans la diminution de la DMS de l'articulation du PT avec l'hospitalisation ambulatoire dont on sait le rôle croissant dans la comptabilité hospitalière et la demande sociétale ; liaison avec les urgences et d'autres unités de soins continus (cardiologie interventionnelle, dialyse, réanimation) dans le cadre d'un PT élargi. Voilà quelques facteurs qui ont entraîné un développement parfois anarchique de ces structures qui sont vécues par les directeurs comme la vitrine de « leur » hôpital.

La conséquence ? Voilà la raison de la prépondérance numérique des anesthésistes-réanimateurs parmi les ETP PH (19,15% selon le rapport Berland sept 2006) et la demande toujours accrue de ce temps plein médical expliquant le recours sans discussion à l'intérim médical coûteux pour occuper les places restées vacantes par les départs à la retraite d'une catégorie dont la moyenne d'âge est de 55 ans, les défections vers le privé moins contraignant et plus lucratif, la désertification entraînées par la production insuffisante de jeunes professionnels (250/an).

Cette profession fortement réglementée sur le plan professionnel (décrets, RFE, obligations HAS) est aussi soumise à des contraintes institutionnelles communes avec celle des médecins urgentistes (exigences de prestations simultanées, multiplicité des donneurs d'ordre, travail cadencé, travail en multi-site) qui expliquent leur souffrance, leur crise démographique, leur place dans la sociologie hospitalière et donc leurs préoccupations syndicales communes, dont la prise en compte d'une « pénibilité » spécifique abondamment

documentée et non assimilable à celle des autres PH .

La permanence des soins (PdS) a dans son ensemble fortement impacté l'augmentation du coût de l'Hôpital (coût moyen d'une ligne de garde de senior : 419 720 • en mai 2009). Il a donc fallu réglementer autant pour interdire les abus délictuels de « fausses gardes » agissant comme complément de rémunération pour PH sans scrupules que pour restructurer une activité souvent peu productive mais maintenue par la seule volonté de directeurs ego maniaques.

Depuis le 1 avril 2009, elle a donc fait l'objet en 2009 d'une nouvelle modalité de financement : elle est désormais sortie des tarifs nationaux et constitue une mission d'intérêt général (MIG) à part entière. Cette révolution, passée inaperçue pour beaucoup, va permettre dès 2009 après étude des coûts totaux avant pondération et débasage, **en regard de sa production réelle en terme de GHS/T2A pour 2008, de réduire d'un tiers, voire plus, le nombre de lignes de garde, à l'horizon 2012.**

Cet effort d'efficacité demandé par le ministère aux EPS s'accompagne aussi par exemple, et tout concerne les PT, du développement de l'ambulatoire, de l'HAD, d'une nouvelle classification des GHM défavorisant l'hospitalisation classique, la mise en place des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) associée à la poursuite de la convergence tarifaire intra-sectorielle.

La Loi HPST prévoit pour la PdS, et donc le fonctionnement des PT, plusieurs dispositions novatrices (!) :

S'agissant de l'offre de temps médical :

➤ Possibilités pour des médecins exerçant à titre libéral à participer aux missions de service public et à être rémunérés selon un tarif libéral ou « à des conditions de rémunération particulière » (article 13 créant l'article CSP 6146-2) ;

➤ création de contrats de cliniciens hospitaliers sur « des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus » (article 19) ;

➤ autorisation à l'exercice en EPS de ressortissants hors-CEE, « titulaires d'un titre de formation obtenu dans un état de la CEE » (article 19 créant l'article L4381-4 du CSP) ;

➤ la création d'une liste de médecins libéraux par le CNG disposés à travailler en EPS en tant que praticiens contractuels (article 20) ;

S'agissant de l'effort de réorganisation :

➤ Article 22 créant les CHT pour ce qui concerne les coopérations publiques ;

➤ Article 23 modifiant les GCS pour ce qui concerne les coopérations impliquant le secteur privé ; (« La permanence des soins, (...)

les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire ») ;

➤ L'article 49 sur la PdS en ville et son articulation avec l'Hôpital.

Ce texte, extrêmement touffu, à tel point que certains y ont vu un texte « fourre-tout », actualise le CSP à l'aune du début du XXI siècle, et ne peut donc être « refusé en bloc ». Certaines dispositions sont d'ailleurs réclamées par le SMARNU depuis 30 ans, en particulier les CHT, les ARS, donc les efforts de regroupements des PH de la PdS, donc de leur santé et satisfaction au travail. Encore faut-il s'assurer que l'offre de soins est homogène et « raisonnable » sur le territoire, les coopérations inter-hospitalières fonctionnelles et organisées, et pour cela il faut attendre la publication des décrets d'application.

D'autres sont par contre discutables : la création du contrat de clinicien hospitalier ne détrônera pas la prééminence numérique et fonctionnelle du PH, ni ne résorbera à lui seul la masse de l'intérim. Par contre, il pourrait inaugurer une phase de mise en précarité statutaire de tous s'il n'est pas combattu dans un sens d'application restrictive ; la mixité statutaire des « libéraux » et des PH dans de mêmes structures de PdS avec des rémunérations asymétriques ne pourra que créer des dysfonctionnements de service, voire les vider de leur cadres permanents et fortement impliqués, les PH, dont les émoluments stagnent depuis 10 ans.

D'autres sont dangereuses : tout le volet « gouvernance » aussi bien dans l'EPS que dans la représentation professionnelle et syndicale des PH au niveau des ARS est condamnable, car excluant les cadres de discussion, la responsabilisation de professionnels dans la marche de l'Hôpital. Les contraintes alors deviendront insupportables : passer d'un rôle de décideur de son temps et de son action à un rôle d'exécutant des projets d'un Conseil Exécutif lointain ! La démission intellectuelle collective serait alors imminente !

Plus qu'une entreprise au sens économique du terme, l'Hôpital est devenu une société prestataire de services à but lucratif, minorant ce qui en a fait en 200 ans un milieu de solidarité sociale, de recherche et même d'enseignement.

Le 11 mars 2010,

5

Dr James Brodeur,
Président du SMARNU
(CH François Mitterrand, Bourges)

Crise de confiance et crise de vocation

Une lecture sociologique de la crise hospitalière

Le titre de ce colloque « CHU, crise de vocation ou crise de confiance ? » ne peut qu'inspirer le sociologue. En effet, la vocation et la confiance constituent deux piliers essentiels du professionnalisme, modalité de coordination des activités économiques, alternative au marché¹ et à la bureaucratie². Ce sont ces deux valeurs qui ont justifié, au moins jusqu'à une période récente, les attributs de la profession médicale : autonomie, collégialité/autorégulation et monopole (des soins). Les débats autour de la loi HPST, notamment dans son volet « gouvernance », ont justement porté sur l'avenir du professionnalisme médical dans des organisations appelées à devenir plus hiérarchiques, plus intégrées et (parce que) soumises à des pressions concurrentielles de plus en plus fortes. Ces deux notions de vocation et de confiance, notions éminemment « symboliques », sont donc une voie d'entrée très pertinente, me semble-t-il, pour aller au cœur des enjeux de la réforme actuelle.

Commençons donc par la notion, délicieusement surannée, de *vocation*.

A l'heure des débats sur l'hôpital entreprise, on ne peut qu'être frappé par l'actualité des propos du célèbre sociologue allemand Max Weber qui raillait, en 1919, déjà, l'idée répandue selon laquelle « la science serait devenue une opération de calcul qui se fabriquerait dans les laboratoires et les bureaux de statistique avec le seul secours du froid entendement et non avec toute « l'âme », un peu comme le travail dans une usine »³. Le grand savant est, en effet, pour Weber, celui qui se consacrerait totalement à la cause de sa science, s'engagerait complètement dans son activité et se distinguerait par ses intuitions par-delà les inévitables aspects routiniers de l'activité scientifique quotidienne. Les savants, et par extrapolation les « professionnels », se distingueraient des acteurs économiques par leur « désintéressement » et leur contribution au « bien collectif » tandis qu'ils se sépareraient des fonctionnaires en ce qu'ils chercheraient avant tout à casser les routines de pensée et d'action. La vocation est l'une des raisons pour lesquelles les professionnels manifestent de fortes dispositions à l'engagement dans l'espace public pour défendre des causes, la leur bien sûr, mais aussi des causes plus générales et ambitieuses. Le mouvement de défense de l'hôpital public l'a, une nouvelle fois, démontré. Ces dispositions morales et mentales ne sont, bien sûr, pas spontanées : elles sont intériorisées tout au long d'un processus d'apprentissage et de socialisation, dont les lieux principaux sont les hôpitaux et les facultés de médecine, les CHU en France. Dans tous les cas, le terme de vocation ren-

voie à un *idéal moral* qui différencie fortement le professionnel du fonctionnaire et du *businessman*. Alors que le fonctionnaire met un point d'honneur à appliquer « sans haine ni passion » des règles générales et impersonnelles, le « *businessman* » s'efforce de maximiser son intérêt individuel dans un univers concurrentiel.

La notion de *confiance* ensuite.

Toute relation de confiance est inscrite dans une relation de délégation⁴. Un représentant s'en remet à un représentant, comme le malade s'en remet au médecin et, plus généralement, comme la société s'en remet à la médecine pour les problèmes de santé ; de fait, le représentant (le médecin) acquiert un pouvoir discrétionnaire sur le représenté (le malade). Les premiers économistes de la santé, tel Kenneth Arrow, accordaient un rôle capital à la confiance dans le secteur médical, où règnent une forte incertitude et de grandes « asymétries d'information » : « la confiance a, écrit-il, au moins une valeur pragmatique très importante. La confiance est un important lubrifiant du système social. Elle est extrêmement efficace : cela évite beaucoup de complications que de pouvoir raisonnablement faire confiance à la parole d'autrui. » Pour ces pionniers de l'économie de la santé, le marché ne peut fonctionner dans le monde médical puisque ce dernier suppose, notamment, pour fonctionner l'égal partage du savoir. Or ce n'est à l'évidence pas le cas puisque le savoir profane sur la médecine, si grand soit-il, sera toujours incomplet et laissera toujours une importante marge de manœuvre au professionnel. Dès lors que tout savoir est incomplet, il faut introduire quelque chose de plus qui permet d'opérer le saut dans l'inconnu qu'est la remise de soi à l'expert. Cette autre chose, c'est la *croissance*. La confiance, alliage de *savoirs* et de *croissances*, est une entité qui permet de neutraliser l'incertitude et de modérer la recherche de l'intérêt égoïste. En matière médicale, cette croissance a longtemps été la *croissance en la science*.

C'est un point capital : la médecine a construit sa légitimité, à l'égard des patients et de l'Etat, en identifiant le raisonnement médical au raisonnement scientifique, c'est-à-dire à l'application d'un savoir général et abstrait à des cas concrets et particuliers. C'est cette croissance qui a été remise en cause au cours des vingt-cinq dernières années. Je vais y revenir. Pour l'heure, dans l'hôpital triomphant de l'après 1958, symbolisé par la modernité biomédicale du CHU, la confiance placée par le corps social dans la médecine s'incarne dans l'organisation hospitalière traditionnelle, aujourd'hui si décriée, où coexistent assez pacifiquement deux lignes hiérarchiques, admi-

nistrative et médicale, bien distinctes et où les professionnels disposent d'une grande autonomie dans leur activité quotidienne au sein de services de plus en plus spécialisés. L'Etat joue alors le rôle de caution ultime du professionnalisme, dont il respecte à la lettre les valeurs « aristocratiques »⁵. A la légitimité scientifique s'ajoute donc la légitimité étatique pour faire de la médecine une sorte d'enclave, de « niche » dans une économie en pleine modernisation, de plus en plus dominée par les grandes organisations bureaucratiques « tayloriennes », qu'elles soient publiques ou privées.

Or, la « dominance professionnelle » a ses pathologies, ses excès, ses carences qui vont apparaître de façon de plus en plus nette à compter des années 1970 : surutilisation des services médicaux, coûts élevés, balkanisation liée à l'hyper-spécialisation, tendance deshumanisante de la biomédecine, etc. Au même moment, les institutions traditionnelles sont de plus en plus contestées socialement, culturellement, politiquement ; parmi elles, la médecine et la science. Les deux piliers de la confiance, le savoir et la croyance, sont fragilisés. En effet, de nouveaux savoirs concurrents de la médecine, économiques⁶, épidémiologiques, gestionnaires, sociologiques se font fort de démontrer que le caractère scientifique de la médecine est une illusion : les variations de pratiques, de coûts, de résultats attestent de la part contingente sinon arbitraire de la pratique médicale. Pire : les hautes valeurs morales publiquement revendiquées par les médecins ne seraient que des écrans de fumée destinés à dissimuler les petits intérêts matériels et les arrangements quotidiens avec l'éthique et la déontologie professionnelles. Du point de vue de ces nouveaux regards critiques sur la médecine, si les professionnels disent vivre *pour* la médecine, selon le modèle de la vocation, ils vivent aussi et surtout *d'elle*, relation à l'argent qu'ils « avouent » moins spontanément.

Pour ces savoirs critiques, se réclamant parfois d'idéaux « démocratiques », les valeurs aristocratiques des médecins font figure de *punching balls*. Les attributs professionnels traditionnels, jadis encensés, sont disqualifiés comme autant de privilèges exorbitants d'un « corporatisme » médical qui exploiterait indûment, aux frais d'une collectivité qui solvabilise la demande de soins, des rentes à l'abri de l'autonomie et du monopole. La confiance laisse alors place à la méfiance, laquelle cherche à s'équiper en outils d'information et de rationalisation. Lorsque la croissance s'effrite, une quête acharnée de connaissances s'amorce, afin d'instiller toujours

plus de « transparence » qui, poussée à l'extrême, peut devenir, aux yeux des professionnels, une forme de « tyrannie ». Il n'est plus question, pour l'Etat et les patients/assurés, de croire inconditionnellement le corps médical ; la confiance se sécularise, s'économicise pour devenir une confiance-calcul, conditionnelle et conditionnée par des contrôles et des évaluations. Toute variation, statistiquement objectivée, devient suspecte dès lors que la prétention scientifique de la médecine est prise au mot. Ainsi, les avancées des connaissances sur les ressorts de la pratique médicale fragilisent toujours plus la confiance, ce qui justifie, en retour, l'investissement dans de nouveaux savoirs « désenchantés ».

Surtout, une fois la confiance publique et du public partiellement retirée, leur statut d'exception critiqué, il n'y a plus aucune raison de ne pas soumettre les médecins aux projets rationalisateurs du marché et de la bureaucratie. On a l'habitude d'opposer le marché/la concurrence et l'Etat/bureaucratie. Il me semble que cette opposition fait obstacle à la bonne intelligence des actuelles réformes des systèmes de santé. En effet, loin de s'opposer, ces deux formes de coordination des activités économiques s'épaulent l'une l'autre pour instiller plus d'organisation, plus de régularité, plus de prévisibilité, plus d'économicité dans la pratique de la médecine. Les pressions concurrentielles doivent déstabiliser l'organisation professionnelle traditionnelle pour lui substituer, au moins partiellement, des formes de coordination des activités plus intégrées, plus hiérarchiques, plus formalisées. L'organisation hospitalière traditionnelle, faite de décisions décentralisées et autonomes, de modalités relativement informelles et souples de coordination des acteurs, est désormais décriée comme le repoussoir de la « désorganisation ».

En fait, la notion d'« hôpital-entreprise » est comme Janus : elle prend aussi bien le visage de l'*entreprise* guidée par la *main invisible du marché* que celui de l'*usine*, intégrée, dirigée par la *main visible (et ferme) de managers* soucieux d'optimiser et de contrôler l'activité des opérationnels. Dans les deux cas, l'hôpital-entreprise interpelle les valeurs et l'organisation du professionnalisme traditionnel. Partant, les innovations gestionnaires (T2A, pôles, projet, contrats, etc.) ont, selon moi, trois ambitions qui expliquent les crispations dont elles font parfois l'objet de la part du corps médical :

1. Elles promeuvent des logiques intégratrices et centripètes là où la clinique tendrait à aller vers toujours plus de différenciation, de spécialisation, bref à alimenter des dynamiques centrifuges ;
2. Elles tentent d'hybrider des logiques et des territoires jusqu'alors bien distincts, en une forme sociale inédite, de nature médico-gestionnaire, incarnée par exemple par les pôles, véritables interfaces entre logiques soignante et économique ; cette *position intermédiaire*

qu'occupent ces innovations gestionnaires pose la question de leur légitimité, forcément incertaine et dans tous les cas à construire ;

3. Elles s'efforcent de « cadrer » l'autonomie professionnelle, en particulier par un système complexe d'incitations, économiques surtout, qui visent à orienter la pratique médicale vers plus d'économicité.

Bien entendu, ces outils de planification, de financement et de gestion ne sont en eux-mêmes et par eux-mêmes ni bénéfiques, ni maléfiques. Tout dépend de leur mise en œuvre.

Or celle-ci dépend, à son tour, de l'équilibre (ou du non-équilibre) des relations entre les mondes de l'hôpital que sont le monde soignant, le monde gestionnaire, le monde des tutelles, auxquels on doit ajouter le monde des patients. Ces mondes sont confrontés à la nécessité (et la difficulté) de se décloisonner pour des raisons qui tiennent tout autant à la maîtrise des coûts, qu'aux impératifs de raccourcissement des délais de prise en charge ou, encore plus essentiellement, aux exigences de continuité, de coordination, de sécurité et de qualité des soins. Mais comme l'a bien montré le sociologue François Dupuy, cette dynamique de décloisonnement n'est pas un long fleuve tranquille pour celles et ceux qui y sont confrontés⁷. L'hôpital ne pouvant désormais plus fonctionner en silos étanches, le décloisonnement brouille les juridictions et les identités professionnelles, déstabilise les routines de travail, oblige à la coopération, et, finalement, multiplie les situations inconfortables et stressantes, en particulier pour l'encadrement. Travailler de façon plus transversale et coopérative emporte une forme de « déprotection organisationnelle » du travail et, partant, un sentiment d'insécurité accrue, parfois de réelles souffrances au travail. Les sensibilités sont alors aiguës. Toute manœuvre brusque de l'un de ces mondes peut mettre le feu aux poudres.

Les excès et carences de l'organisation hospitalière traditionnelle ont fait naître un pouvoir gestionnaire qui semble tenté, récemment, par la radicalisation. Des outils qui, comme le PMSI/T2A, ou plus récemment les pôles, avaient donné lieu à des usages prudents, négociés, dans lesquels les professionnels s'étaient investis, non sans réticence parfois, mais investis quand même, sont désormais mis au service (détournés par ?) d'une puissante dynamique de verticalisation du système de santé⁸. L'impatience éprouvée face aux lenteurs inévitables des restructurations hospitalières, la nécessité de maîtriser les déficits publics, la gestion des pénuries locales de praticiens conduisent les tutelles, qui rassemblent leurs forces, à rompre le fragile équilibre des mondes de l'hôpital. De manière inattendue, les pratiques managériales de la *corporate governance*, qui concentre les pouvoirs en haut et multiplie les contrôles en bas⁹ se combinent avec la tradition jacobine française, prolongée par la très

centralisatrice et autoritaire *Revue générale des politiques publiques*¹⁰. Les contre-pouvoirs, professionnels notamment, sont confrontés à leur marginalisation, perçus qu'ils sont comme des « facteurs de blocage » ou des « résistances au changement ». Dès lors, les innovations organisationnelles et gestionnaires semblent devoir être prises dans une *guerre des professionnalismes*, longtemps larvée mais qui s'est déclarée ouvertement à l'occasion du vote de la loi HPST ; car être « professionnel » ne signifie pas toujours la même chose pour le gestionnaire ou le médecin¹¹.

En effet, là où le premier demande au second de s'identifier à la logique et à la stratégie de l'organisation, de prendre sa part dans la gestion de la pénurie, d'accepter des formes de reddition de compte dans son activité quotidienne, le second lui rétorque qu'il s'identifie d'abord à sa profession et à sa spécialité, qu'il lui revient déontologiquement de soigner tous les patients sans distinction et qu'il ne saurait renoncer à son autonomie, condition *sine qua non* de la qualité des soins.

Tout se passe comme si les critiques adressées, ces vingt-cinq dernières années, au modèle professionnel traditionnel, non sans fondement parfois, avaient préparé le terrain à un utilitarisme, étroit mais généralisé, qui tend à ignorer la diversité des mobiles engagés dans l'activité médicale quotidienne. Tout ne serait plus qu'affaire d'intérêts, d'incitations, de primes, d'indicateurs de « performance »¹². Or si une rationalité économique est indéniablement à l'œuvre dans la médecine, est-il raisonnable de la réduire à cette seule dimension ? La vocation, l'engagement, le dévouement, le sentiment de justice, la fierté du « travail bien fait » ne seraient-ils que de vains mots, voire de pieux mensonges ? Dans le même temps, les notions de contrat, de projet, de responsabilisation, d'autonomie semblent vidées de leur contenu par la « centralisation » au niveau régional. La méfiance est à son paroxysme et grippe les complexes rouages de la recomposition du monde hospitalier. Le véritable défi est donc de restaurer la confiance, sans laquelle aucune réforme, si nécessaire soit-elle, n'est viable. Très modestement, nous aimerions, pour finir, proposer quelques pistes de réflexion dans ce travail politique de longue haleine et périlleux.

Nous l'avons dit, la clinique s'est identifiée à la science, alors parée de toutes les vertus, pour fonder sa légitimité et bénéficier de la confiance des patients et des pouvoirs publics. Les CHU ont incarné la modernité biomédicale. C'est cette identification à la science qui a été prise en défaut par les savoirs concurrents de la médecine : l'intuition, l'arbitraire, les croyances et, surtout, l'intérêt économique doivent être intégrés dans l'analyse pour expliquer l'hétérogénéité des pratiques médicales. Toutefois, on peut se demander si ce paradigme scientifique n'a pas généré

un malentendu en niant les spécificités de l'activité professionnelle, préparant, ainsi, le terrain à la rationalisation par les efforts conjoints de la concurrence et de la hiérarchie.

Mon collègue du CNRS Florent Champy, spécialiste de sociologie des professions, s'est, justement, efforcé récemment de restituer la spécificité de la connaissance professionnelle par rapport à la connaissance scientifique¹³. La connaissance professionnelle, loin d'être assimilable à l'application mécanique de savoirs abstraits et scientifiques, est d'abord une forme particulière de connaissance, conjecturale et délibérative. Parce que les professionnels travaillent sur des cas singuliers et des situations éminemment complexes, ils sont confrontés à des incertitudes majeures. Le travail professionnel est conjecturel parce qu'il porte sur une réalité qui échappe inévitablement à toute maîtrise systématique. Dès lors que la solution n'est pas automatique, la délibération plus ou moins longue du professionnel est incontournable. Remettre le travail professionnel sur ses pieds amène à prendre conscience qu'il y a quelque chose dans la connaissance et la pratique médicales qui justifie des formes poussées d'autonomie de réflexion. La transition épidémiologique devrait favoriser la prise de distance avec le paradigme scientifique et aider à repenser les spécificités de la pratique médicale. Surtout, on aperçoit immédiatement que les menaces actuelles qui pèsent sur l'autonomie médicale, paradoxalement au nom de l'efficacité, peuvent aboutir à dégrader la qualité des soins. La bureaucratisation des contextes de travail et l'intensification des rythmes d'activité, entre autres, peuvent nuire à la qualité de la délibération médicale, laquelle requiert du temps et de la souplesse. Là, peut-être, réside la cause principale du dialogue de sourds entre pouvoirs publics et médecins.

Néanmoins, dire cela ne justifie en rien le *statu quo*. Au contraire, elle oblige le corps médical à rénover le professionnalisme, troisième voie entre la bureaucratie et le marché, pour adapter ses valeurs cardinales aux exigences du temps présent : participation des patients à la décision médicale, coordination des soins, maîtrise des coûts, etc. Mieux reconnaître les spécificités du travail professionnel du côté des pouvoirs publics, s'engager résolument dans la rénovation du modèle professionnel pour les médecins : voilà, me semble-t-il une bonne façon de commencer à restaurer la confiance.

En France, certains spécialistes de gestion et de la politique de santé plaident pour une « entrée en gestion » radicale des hôpitaux, en droite ligne des entreprises et cliniques privées, et en rupture totale avec la tradition administrative française. Je dois dire que cette position me laisse perplexe tant l'accumulation des évaluations, anglo-saxonnes notamment, des résultats concrets du *New Public Management* aboutissent à des

conclusions au mieux mitigées, au pire franchement négatives, y compris dans le secteur de la santé¹⁴. En matière de « gestion », il n'y pas de panacée, de *one best way*, universellement applicable et « tout-terrain », contrairement à ce que l'on peut entendre souvent du côté des thuriféraires des expériences étrangères¹⁵. D'autres spécialistes de gestion, au contraire, ont conscience qu'il n'est pas possible de transférer mécaniquement les techniques de gestion de l'industrie dans le monde médical. Ils plaident, au contraire, en faveur d'une « gestion sur mesure », adaptée aux spécificités de l'activité professionnelle. Le défi est, selon eux, d'apprendre à « gérer la singularité à grande échelle », à concilier dimension industrielle de la médecine moderne et prise en compte de la singularité des patients¹⁶.

Cette louable prudence s'accorde bien avec la nature publique du système de santé. Lorsqu'un système de santé, en effet, est abandonné aux forces concurrentielles du marché, il en résulte des décisions inéquitables socialement mais aussi, et surtout, des décisions loin d'être toujours efficaces. Un comble ! La « rationalité » du marché est souvent dévoyée, comme on a pu le constater récemment en matière financière. Ainsi, aux Etats-Unis, la fièvre des fusions hospitalières et de l'intégration verticale et horizontale des acteurs du système de santé a souvent débouché sur des fiascos financiers retentissants parce qu'elle affectait des managers à la mentalité commerciale, prisonniers du court-termisme des engrenages concurrentiels, souvent coupés des cultures soignantes, et dont les raisons d'agir relevaient moins de la théorie économique que de la science politique et/ou de la psychologie : volonté de puissance (grossir pour ne pas périr), comportement mimétiques, esprits animaux¹⁷ et autres « mythes rationnels ».

Un système majoritairement public de santé, à l'inverse, présente trois avantages. Tout d'abord, parce que la *bottom line* n'y est pas une obsession permanente, il autorise la conciliation des intérêts et des logiques en présence, forcément différentes, parfois antagonistes, dans le cadre des exigences démocratiques. Négocier prend du temps, certes, oblige chacun à en rabattre sur ses prétentions, certes, mais, au final, permet d'enrichir le contenu des décisions publiques et de prévenir les éventuels blocages lors de leur mise en œuvre. L'analyse des politiques publiques a fortement souligné que la démocratie, *a fortiori* la démocratie locale, située, aboutissant à des décisions bien plus intelligentes collectivement que les grands plans technocratiques ou les stratégies erratiques/mimétiques du marché. Le cadre public permet, autrement dit, une expérimentation prudente et négociée. En second lieu, un système public de santé permet de prendre le temps de faire les investissements dans les nouveaux rôles et fonctions d'interface et de gestion appelés à se développer dans les années à venir. Les revirements brutaux ne peuvent qu'affaiblir les

professionnels qui ont pris le risque de s'investir dans ces fonctions et rôles nouveaux dont la construction de la double légitimité médicale et administrative constitue une périlleuse entreprise. On en revient à la question clé de la confiance : la réforme permanente qui empile, dans l'urgence sans jamais les évaluer, les instruments tout comme la conception de la gestion hospitalière qui insiste exagérément sur la polyvalence, la rotation accélérée et « l'optimisation » des personnels minent les fondements de la confiance (et donc de productivité), à savoir le temps, l'apprentissage et l'interconnaissance¹⁸.

Enfin, et c'est bien là l'essentiel, un système public de santé demeure la meilleure garantie d'un accès équitable aux soins. Dans la santé, je le réaffirme ici, il n'y a pas d'alternative à la solidarité, à la confiance... et je rajouterai : à la démocratie. ■

¹Pierre François, *Sociologie des marchés*, Paris, Armand Colin, 2009.

²J'emploie ici le terme de « bureaucratie » sans aucune connotation péjorative, mais dans son acception sociologique, wébérienne, qui, au contraire, fait de cette forme de coordination et d'organisation des activités humaines l'incarnation de la rationalité occidentale. Cf. François Chazel, « Éléments pour une reconsidération de la conception wébérienne de la bureaucratie », dans Pierre Lascoumes (dir.), *Actualité de Max Weber pour la sociologie du droit*, Paris, LGDJ, 1995.

³Max Weber, *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 10/18.

⁴Lucien Karpik, *L'économie des singularités*, Paris, Gallimard, 2007, chapitre 6.

⁵Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

⁶Daniel Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, 2005.

⁷François Dupuy, *La fatigue des élites*, Paris, Seuil, 2004.

⁸Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, « Gouvernance sanitaire : le risque autoritaire », *Libération*, 17 mars 2009.

⁹Et dont les effets délétères sur les conditions de travail des salariés commencent à être abondamment documentés, et dramatiquement illustrés par la récente multiplication des suicides chez France Telecom.

¹⁰Philippe Bezès, *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962 – 2008)*, Paris, PUF, 2009.

¹¹André Grimaldi, *L'hôpital malade de la rentabilité*, Paris, Fayard, 2009.

¹²Maya Beauvallet, *Les stratégies absurdes*, Seuil, 2009.

¹³Florent Champy, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009.

¹⁴Ainsi, par exemple, la « modernisation » thatchérienne du *National Health Service*, poursuivie par les néo-travailleurs, avec quelques inflexions mineures, a débouché sur la centralisation et la bureaucratisation accrues, tournant parfois aux délires kafkaïens, d'un système de santé historiquement très administré.

¹⁵Christopher Hood, *The Art of the State. Culture, Rhetoric and Public Management*, Oxford, Oxford University Press, 2002 (2^{ème} édition) et Ezra Suleiman, *Le démantèlement de l'Etat démocratique*, Paris, Seuil, 2005.

¹⁶Etienne Minvielle, « Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain », dans Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville, Didier Tabuteau (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po/Éditions de santé, 2009.

¹⁷George Akerlof, Robert Schiller, *Les esprits animaux. Comment les forces psychologiques mènent le monde et l'économie*, Pearson Education, 2009.

¹⁸Richard Senett, *Le travail sans qualité*, Paris, Plon, 10/18, 2006. ■

HPST pour les nul(le)s

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, Journal Officiel du 22 juillet 2009

Prologue

Dès le début de sa campagne électorale de 2007, Nicolas Sarkozy a inclus dans son programme une grande réforme hospitalière. Celle-ci a été présentée à plusieurs reprises dans divers médias par Philippe Juvin, responsable du Programme Santé du candidat, et comportait déjà tous les éléments fondamentaux de la loi HPST : directeur, conseil de surveillance, un seul patron, mise au pas des médecins, obligation d'équilibrer les comptes...

A son arrivée à l'Élysée, Nicolas Sarkozy a sollicité le sénateur Gérard Larcher, ancien président de la FHF, en vue de la rédaction d'un rapport « issu d'une large concertation » dont la principale originalité par rapport au projet du candidat réside dans la promotion des Communautés hospitalières de territoire. Pour le reste, le rapport est parfaitement conforme aux attentes de son commanditaire.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, est parue au Journal Officiel du 22 juillet 2009 après un long et difficile parcours parlementaire, où le gouvernement a finalement imposé ses vues sur la quasi-totalité des points débattus.

Dès lors s'est engagé un nouveau marathon pour la publication des très nombreux décrets d'application, où là aussi la concertation s'est révélée de pure forme puisqu'au final, ceux-ci n'ont fait qu'accentuer le côté « hôpital – entreprise » revendiqué par les conseillers de l'Élysée.

Le Conseil de Surveillance

Adieu le conseil d'administration (CA), voici désormais le conseil de surveillance (CS). Le changement de terminologie directement emprunté au vocabulaire de l'entreprise est significatif de l'esprit de la réforme.

Par rapport au CA, les prérogatives du CS sont nettement plus réduites. Nombre de ses compétences sont transférées au directeur. En particulier, il ne délibère plus sur l'EPRD, sa composition est plus resserrée et les élus, considérés comme directement responsables des difficultés de restructuration des hôpitaux publics, y tiennent une moindre part.

Le CS délibère sur :

- « 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- « 2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

« 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

« 4° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

« 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

« 6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

« 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

« - la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

« - les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat public-privé ;

« - le règlement intérieur de l'établissement.

Il entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

Sa composition est de 9 ou 15 membres selon le ressort et/ou la taille de l'établissement, répartis en 3 collèges de 3 (ou 5) membres chacun :

- Collectivités territoriales (maire, communauté de communes, conseil général) ;

- Personnel médical et non médical : 1 CSIRMT, 1 (ou 2) CME, 1 (ou 2) CTE ;

- Personnalités qualifiées : 1 (ou 2) désigné par le DGARS, 2 (ou 3) désignés par le préfet du département, dont 2 représentant des usagers.

Les présidents du CS n'est plus de droit mais élu au sein du 1er et 3ème collège. Le vice-président est désigné par le président.

A noter que la loi HPST prévoit l'incompatibilité de la fonction de membre du Conseil de surveillance avec celle de membre du directoire (Art L.6143-6 CSP), comme c'était déjà le cas pour le Conseil exécutif (sauf pour le président de CME).

Participent avec voix consultative le DGARS, le Directeur CPAM, le président CME, le président comité éthique, et le Doyen dans les CHU. Le directeur peut se faire assister par toute personne de

son choix.

Le DGARS arrête le nombre ainsi que la répartition des membres.

Durée du mandat : 5 ans - Au moins 4 réunions par an.

Le Directoire

Il remplace le Conseil exécutif. Contrairement aux structures équivalentes du secteur privé, le directoire ne limite en rien le pouvoir décisionnaire du directeur. Il n'a pour fonction que d'être un simple organe de « concertation » entre le directeur et le corps médical. La seule fonction particulière qui lui est reconnue est l'approbation du projet médical et la préparation du projet d'établissement. Le fait qu'il soit désormais à majorité médicale est sans doute un progrès, mais de portée limitée par le fait qu'en dehors du projet médical, le directoire n'a aucun avis à émettre et donc ne peut pas s'exprimer par un vote. Il comporte 9 membres dans les CHU, 7 dans les autres établissements. Le directeur est le président du directoire, le président de la CME étant vice-président du directoire. Dans les CHU sont en outre désignés une vice-président chargé de la partie enseignement (le doyen de la faculté) et un vice-président chargé de la recherche. Le directeur des soins est également membre de droit. Les autres membres sont nommés (et le cas échéant, révoqués) par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix !

On peut penser que cette procédure ubuesque ne sera que rarement totalement mise en œuvre. Il n'est pas interdit de croire que, pour avoir une certaine légitimité, la désignation des membres du directoire doit reposer sur le consensus le plus large, notamment celui de la CME.

A noter que la loi HPST prévoit l'incompatibilité de la fonction de membre du Conseil de surveillance avec celle de membre du directoire (Art L.6143-6 CSP) comme c'était déjà le cas pour le Conseil exécutif (sauf pour le président de CME).

Durée du mandat : 5 ans – Au moins 8 réunions par an.

Le Directeur

En apparence, il est le grand gagnant de la loi HPST, qui fait de lui « le seul patron » l'hôpital, comme le voulait le Président de la République. Dans les faits, il sera lui-même sur un

siège éjectable car le véritable patron sera le directeur de l'ARS qui le note, voire directement le Ministère de la santé et l'Élysée dans le cas des CHU. Si ses capacités de décision ont été largement augmentées au détriment de tous les autres acteurs de la vie de l'établissement, le risque est grand qu'il se retrouve totalement isolé à chaque difficulté dans un contexte économique de plus en plus contraint.

Il faut également souligner le risque suicidaire pris par les organisations de directeurs qui ont accepté sans broncher une division par trois de leurs effectifs et une ouverture partielle de leur corps qui sera en compétition pour les meilleurs postes avec des « managers » issus du secteur privé (10% mais sans doute les plus prestigieux).

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le CPOM ;

2° Décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ;

8° Peut proposer au directeur général de l'ARS, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat public - privé et les conventions de location ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

12° Conclut les délégations de service public ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement.

Le directeur dispose de compétences propres pour :

- Assurer la conduite de la politique gé-

nérale de l'établissement ;

- Représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;

- Agir en justice au nom de l'établissement ;

- Régler les affaires de l'établissement autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance ;

- Participer aux séances du conseil de surveillance et en exécuter les délibérations ;

- Exercer un pouvoir de nomination : il propose au CNG la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la CME, il propose au CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux.

- Exercer son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ;

- Ordonner les dépenses et les recettes de l'établissement ;

- Transiger ;

- Déléguer sa signature.

Vaste programme. En réalité, les directeurs seront sous la dépendance directe des Agences régionales de santé qui leur fixera des objectifs très contraints, notamment en matière financière. Ils seront sur un siège éjectable dès lors que ces objectifs ne seront pas atteints.

La Commission Médicale d'Établissement (CME)

L'étendue des responsabilités de la CME a fait l'objet des discussions les plus vives entre les représentants des personnels médicaux (syndicats et conférences) et les pouvoirs publics ; les premiers défendant la nécessité de maintenir la collégialité des décisions stratégiques hospitalières et des nominations individuelles des praticiens, les seconds considérant que cette collégialité était contraire au principe énoncé par le Président de la République selon lequel il ne doit y avoir qu'« un seul patron à l'hôpital », et désirant recentrer les compétences de la CME sur la qualité.

Le texte publié au Journal Officiel du 2 mai 2010 consacre cette mutation radicale, aucune des modifications de fond souhaitées par les organisations syndicales de praticiens hospitaliers n'ayant été prises en compte.

Désormais la CME est consultée uniquement sur :

« 1° Le projet médical de l'établissement ;

« 2° Le projet d'établissement ;

« 3° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;

« 4° Le règlement intérieur de l'établissement ;

« 5° Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;

« 6° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

« 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;

« 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

« 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

Elle est simplement tenue informée de :

« 1° L'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;

« 2° Le CPOM ;

« 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;

« 4° Les contrats de pôles ;

« 5° Le bilan annuel des tableaux de service ;

« 6° La politique de recrutement des emplois médicaux ;

« 7° L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;

« 8° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 9° L'organisation interne de l'établissement ;

« 10° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Elle n'a plus aucun avis à donner sur les nominations individuelles, et se voit retirer l'essentiel de ses attributions consultatives sur les décisions stratégiques de l'établissement, notamment en matière financière, ce qui est particulièrement inquiétant dans cette période de restriction budgétaire.

Il est particulièrement humiliant de constater que le comité technique d'établissement (CTE), dont le décret de compétence a été publié au JO du même jour, sera obligatoirement consulté sur le plan de redressement, dont la CME est tenue dans l'ignorance, et sur l'organisation interne de l'établissement, dont la CME est simplement informée.

En revanche, la CME est désormais en charge de nombreuses attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en oeuvre les objectifs et les engagements fixés dans le CPOM de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.

Le déplacement important du champ des responsabilités de la CME ne doit tromper personne. Elle a conservé son nom mais sa nature a radicalement changé. Elle n'est plus qu'une commission médicale de la qualité, privée de toute décision stratégique, où l'on peut prévoir que l'absentéisme va devenir dominant comme c'est le cas dans les cliniques privées.

La composition de la CME a également été revue à la baisse. La principale modification est la perte de la qualité de membre de droit des chefs de service, qui devront désormais être élus. Seuls les chefs de pôle restent membres de droit.

Pour les centres hospitaliers, la composition est fixée comme suit :

« 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;

« 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;

« 3° Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;

« 4° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;

« 5° Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;

« 6° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

Assistent en outre avec voix consultative :

« 1° Le directeur ou son représentant ;

« 2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 3° Le praticien responsable de l'information médicale ;

« 4° Le représentant du CTE, élu en son sein ;

« 5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

S'ajoute à cela que le directeur peut se faire assister de toute personne de son choix.

Pour les CHU, la composition de la CME est fixée comme suit :

« 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques lorsque l'établissement compte moins de onze pôles ; lorsque le nombre de chefs de pôles est supérieur ou égal à onze, le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre de représentants élus par et parmi les chefs de pôle, ce nombre ne pouvant être inférieur à dix ;

« 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;

« 3° Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement ;

« 4° Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;

« 5° Des représentants élus des person-

nels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;

« 6° Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;

« 7° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie.

Il faut remarquer que les représentants mentionnés au 3° et au 4° doivent être en nombre égal, sans tenir compte des représentants mentionnés au 1° et 2°, ce qui rompt la parité HU / non HU qui était la règle.

Assistent en outre avec voix consultative :

« 1° Le directeur ou son représentant ;

« 2° Les directeurs d'UFR de médecine ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical et, quand ils existent, le directeur d'UFR de pharmacie et le directeur UFR d'odontologie ;

« 3° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 4° Le praticien responsable de l'information médicale ;

« 5° Le représentant du CTE, élu en son sein ;

« 6° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Là aussi, le directeur peut se faire assister de toute personne de son choix.

En ce qui concerne la répartition et le nombre des sièges au sein de la CME, ils sont déterminés, pour chaque catégorie par le règlement intérieur de l'établissement, qui doit assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement. Néanmoins, en dehors des chefs de pôle eux-mêmes désignés par le directeur, les membres de la CME devant être élus, rien ne permet d'assurer que cette représentation équilibrée soit assurée ne serait-ce que parce que pour être élu, il faut être candidat.

Au final, la totalité des organisations syndicales de praticiens hospitaliers ainsi que les conférences de présidents de CME ont dénoncé la parodie de concertation qui a entouré l'élaboration de ce texte qui conduit à la marginalisation de la CME dans le circuit de décision de l'hôpital. Le corps médical hospitalier devra trouver pour s'exprimer d'autres modalités et lieux d'expression.

Certaines organisations ont demandé à leurs mandants de veiller à réintroduire dans le règlement intérieur les attributions que le décret leur a retiré, en particulier la possibilité de donner un avis sur l'EPRD et les autres décisions stratégiques. C'est oublier que le règlement intérieur est arrêté par le directeur. Cela revient à admettre que toute légitimité institutionnelle ne peut émaner que du seul directeur et c'est bien là l'objectif de la loi HPST. En la matière, la légitimité médicale n'a plus d'existence pro-

pre et ne peut désormais procéder que du bon vouloir du « seul patron ».

Le président de la CME

Il bénéficie d'un décret qui lui est propre, avec des compétences spécifiques et une prime de fonction, mais comme la CME, il perd en réalité nombre de ses attributions antérieures. En particulier, il ne cosigne plus certaines décisions relatives aux chefs de pôle ou au directoire. Il n'est pas membre du Conseil de surveillance, mais y participe seulement avec voix consultative.

Il a beau être paré du titre ronflant de vice-président du directoire, les textes masquent mal que dans les faits, il ne pourra agir que sous la tutelle du directeur.

La CME élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Pour les CHU, le président est obligatoirement un praticien hospitalo-universitaire et le vice-président un praticien hospitalier.

La première fonction du président de CME est la mise en œuvre, conjointement avec le directeur, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il porte ainsi une responsabilité dont les conséquences médico-légales personnelles restent à évaluer.

Il élabore, toujours avec le directeur (mais pas avec la CME), en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement, qui doit être approuvé par le directoire. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical, élaboré pour 5 ans, comprend notamment :

« 1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le SROS et le contenu de l'offre de soins ;

« 2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;

« 4° L'organisation des moyens médicaux ;

« 5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;

« 6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

Le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

« 1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;

« 2° Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;

« 3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;

« 4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;

« 5° Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel

sur la mise en oeuvre de la politique médicale de l'établissement.

Pour remplir ses missions, le temps qu'il consacre à ses fonctions est comptabilisé dans ses obligations de service (sic), et il lui est versée une indemnité fixée à 300 • par mois qui n'est pas assujettie à l'Ircantec ! Cette aumône est perçue comme une humiliation de plus par les conférences de présidents de CME. Enfin, une formation à l'entrée – et à la sortie ! – de sa prise de fonction lui est proposée.

Les Pôles¹

Si le débat au Parlement a permis de réintroduire la notion de service, il est clair que pour les pouvoirs publics seul le pôle a une valeur structurante, la réforme de la gouvernance n'ayant été conçue qu'au travers du prisme grossissant des CHU et autres assistances publiques.

La structuration de l'activité de l'établissement en pôles d'activités est du ressort exclusif du directeur. Le directoire est « concerté », le CTE est obligatoirement consulté mais la CME est simplement informée.

La nomination des chefs de pôles obéit à la même logique ubuesque que celle des membres des personnels médicaux du directoire : le président de CME propose 3 noms, que le directeur peut refuser, puis 3 autres, que le directeur peut également refuser, auquel cas il nomme qui il veut.

Le directeur peut mettre fin à tout moment aux fonctions de chefs de pôle, après avis du président de la CME.

Les responsables des structures internes (chefs de service, notamment) sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle (ce qui veut dire que le directeur ne peut pas choisir quelqu'un d'autre), après avis du président de CME. Ils peuvent être également démis de leurs fonctions par le directeur, le cas échéant sur proposition du chef de pôle, après avis du président de CME.

Les praticiens hospitaliers seront nommés par le CNG sur proposition du directeur qui transmet la proposition du chef de pôle (contraignante pour le directeur) après avis du président de CME (non contraignant).

Le chef de pôle organise le fonctionnement et l'affectation des ressources humaines du pôle. Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

Le directeur met en place une délégation de gestion dans le cadre du contrat qu'il passe avec les pôles d'activité dans des matières portant notamment sur l'engagement des dépenses ou la gestion des ressources humaines. La délégation de gestion peut être retirée à tout moment par le directeur.

Le contrat de pôle définit les objectifs et les moyens du pôle et prévoit, dans ce cadre, les indicateurs retenus pour l'évaluation de la réalisation des objectifs. Il précise le champ et les modalités des délégations de gestion accordées aux chefs de pôles ainsi que, le cas échéant, les modalités d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion. Il comporte,

en outre, des objectifs en termes de politique des soins et de qualité des soins au sein du pôle. Il est élaboré pour une période de quatre ans.

Chose importante : le contenu minimal de la délégation de gestion est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé. En effet, on sait que cette délégation de gestion s'est peu mise en place lors de la précédente réforme, bien souvent en raison des réticences des directeurs eux-mêmes.

La délégation de gestion concernerait :

1. les dépenses afférentes aux remplacements et à la décision de recourir aux heures supplémentaires des personnels médicaux et non médicaux en fonction des moyens attribués au pôle ;
2. des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
3. des dépenses à caractère hôtelier ;
4. des volumes de dépenses déterminés en matière d'équipements hôteliers ainsi que d'équipements bureautiques ;
5. des dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical.

Par ailleurs, le chef de pôle disposerait d'une délégation de signature sur les affaires suivantes :

1. la préparation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
2. la définition des profils de postes des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, ainsi que des personnels non médicaux du pôle ;
3. la décision de recrutement du personnel du pôle ;
4. l'affectation du personnel au sein du pôle ;
5. l'organisation de la continuité des soins, notamment à travers la permanence médicale ou pharmaceutique ;
6. la formation continue ;
7. les responsabilités en matière de fermetures saisonnières liées à l'activité.

La diffusion de ce projet d'arrêté a suscité quelques émois dans la communauté des directeurs hospitaliers. Il n'est donc pas assuré que l'ampleur de ces délégations de gestion soit maintenue.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination qui définit les missions et les responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles ainsi que l'organisation mise en oeuvre pour atteindre les objectifs qui lui sont assignés.

Le chef de pôle organise la concertation au sein du pôle en associant toutes les catégories du personnel selon des modalités définies par le règlement intérieur. Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôles. Nouveauté : elle sera modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle ! Le montant et les modalités de versement de cette indemnité seront fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget. Actuellement, ce montant est fixé à 200 • par mois et est susceptible d'être réévalué, mais dans de faibles proportions et de toute façon, modulable à la baisse en cas de non-réalisation des objectifs.

Naturellement, le chef de pôle devra sui-

vre une formation adaptée à sa fonction dans les plus brefs délais après sa nomination.

On voit que les responsabilités confiées aux chefs de pôle ne sont pas minces... si elles sont confirmées, ce qui est loin d'être assuré ! En particulier, l'étendue de la délégation de gestion et de signature du directeur en ferait un substitut de « médecin – directeur » avec tous les risques que cela comporte, notamment la constitution de fiefs. Il est évident que dans l'esprit des pouvoirs publics, les fonctions de chefs de pôle s'apparentent à celles d'un petit chef d'entreprise, qui sera jugé à l'aune de la productivité de son équipe et de l'équilibre financier de son pôle. Toutefois, cette fonction est aussi le maillon faible de la réforme car si le chef de pôle refuse d'exécuter son contrat, le directeur n'aura pas d'autre issue que le démettre et rien ne dit qu'il trouvera un autre candidat. Si les praticiens de CME s'entendent avec le président de CME sur les candidatures à présenter et s'engagent à refuser une éventuelle autre désignation, le directeur aura les mains liées.

Le président de CME, chargé de coordonner le projet médical, devra assurer la cohérence des projets de pôles, et doit organiser une concertation régulière des chefs de pôles. Les chefs de pôle devront, eux, veiller à conserver leur légitimité dans leur équipe pour disposer du poids nécessaire dans la négociation des contrats avec leur direction.

Les missions de service public²

Une innovation majeure introduite par la loi HPST est la possibilité donnée aux cliniques privées d'exercer des missions de service public, celles-ci n'étant plus attribuées de droit aux établissements publics ou PSPH. Ces missions sont les suivantes :

- « 1° La permanence des soins ;
- « 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- « 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- « 4° La recherche ;
- « 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- « 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- « 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- « 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- « 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- « 10° Les actions de santé publique ;
- « 11° La prise en charge des personnes

hospitalisées sans leur consentement ;
« 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

« 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

« 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

La loi précise que lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée par un territoire de santé, le DGARS désigne la ou les personnes qui en sont chargées, et signe avec elles un contrat où sont précisées les obligations et leur financement. Les tarifs pratiqués devront être ceux de la sécurité sociale.

La controverse importante qui agite les fédérations porte sur les modalités de cette attribution. Le DGARS effectuera d'abord un état des lieux, notamment par le biais des SROS, puis décidera quelle procédure adopter. Ou bien le secteur privé n'interviendra qu'en cas de carence sur un territoire de santé dans l'exercice d'une de ces missions de service public (c'est la position de la FHF) ; ou bien l'attribution des missions de service public devra faire l'objet d'un véritable appel d'offres, ouvert au secteur public comme au secteur privé (c'est la position de la FHP). On perçoit aisément l'importance des enjeux. A ce jour, le Ministère de la santé continue de souffler le chaud et le froid en fonction de l'interlocuteur auquel il s'adresse et les projets de décrets qui ont circulé ne dissipent en rien les inquiétudes légitimes des acteurs, en particulier hospitaliers publics. Il faudra porter également attention à la réglementation européenne pour qu'elle ne fasse pas définitivement basculer les soins hospitaliers dans le secteur marchand ouvert à la concurrence.

Les communautés hospitalières de territoire (CHT)³

Nouveauté introduite par le rapport Larcher et reprise dans l'article 22 de la loi HPST, les CHT suscitent à la fois crainte et enthousiasme, expérimentations et interrogations.

A la base, le principe est simple, voire simpliste : un seul établissement hospitalier public par territoire de santé. En pratique, la réalité est un peu plus compliquée. Une telle configuration risquerait de mettre à bas les coopérations existantes, qui n'entrent pas forcément dans le cadre (très disparate selon les régions) des territoires de santé, ou bien celles qui existent avec des établissements privés qui ne peuvent en faire partie. Il y a également, et peut-être surtout, le risque de créer un monstre administratif fait d'une constellation d'établissements de tailles très variables, d'activités trop diverses, qui pourrait finalement s'avérer ingérable.

Il semble bien que les pouvoirs publics aient mesuré le danger si bien que depuis la promulgation de la loi HPST, aucune proposition de texte de fond ou de calendrier de déploiement n'a été proposé lors des séances de concertations

en œuvre. En fait, les projets de décret relatifs à la gouvernance des CHT ont été définitivement enterrés le 19 mai 2010 lorsqu'Annie Pondeur a annoncé à Hôpital Expo qu'il n'y en aurait tout simplement pas. Les CHT n'auront donc pas de personnalité morale et reposeront sur un simple dispositif conventionnel.

Les expérimentations en cours ou en préparation optent plutôt pour le statut de groupement de coopération sanitaire (GCS) dont le cadre juridique a lui aussi été réformé par la loi HPST (Article 23), même si l'appellation CHT est parfois revendiquée. Il faut citer aussi le projet de structuration de la psychiatrie publique, plus cohérent sous la forme d'un GCS avec les structures sanitaires et médico-sociales qu'absorbé au sein d'une CHT à majorité MCO.

Le statut de praticien hospitalier⁴

Présenté comme un simple toilettage par les pouvoirs publics, le projet de décret statutaire présente nombre de régressions sociales qui n'ont rien à faire avec la loi HPST, et qui ont été vigoureusement dénoncées par les intersyndicats de praticiens hospitaliers. Sur le fond, le statut de praticien hospitalier est jugé archaïque par les pouvoirs publics, comme d'ailleurs tous les statuts, en raison des droits qu'il confère aux titulaires et des obstacles qu'ils créent dans l'optique de « l'optimisation des moyens médicaux avec les ressources de l'établissement ».

C'est pourquoi le législateur a prévu d'introduire dans le recrutement des praticiens à l'hôpital de nouvelles modalités qui, dans son esprit, sont appelées à concurrencer le statut de praticien hospitalier et peut-être même, à terme, à le faire disparaître.

En premier lieu, il faut citer les praticiens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus, que l'on a habituellement désigné par le terme de « cliniciens hospitaliers ».

Ce statut présente des caractéristiques simples, visant essentiellement à légaliser le recrutement d'une catégorie précise de praticiens : les fameux « mercenaires ». Selon les propres mots d'Annie Pondeur, il s'agit d'un statut « tout compris » : pas de RTT, couverture sociale réduite au minimum, permanence des soins incluse dans les obligations de service et non rémunérée en sus, pas d'activité libérale au sein de l'hôpital. Les émoluments comporteront une part fixe (3 ou 4 niveaux en fonction de l'expérience) et une part variable avec des objectifs quantitatifs, leur montant maximum étant annoncé comme compris entre 70 et 100 % de plus que le 13^{ème} échelon de PH (en supposant que la part variable soit au plafond). Chaque contrat ne pourra excéder 1 an, renouvelable au plus 2 fois. Pour ne pas faire de jaloux, les PH qui auront dans leur structure des postes de praticien sur contrat pourront y prétendre les premiers. Les praticiens non statutaires qui occuperont ces postes auront vocation au bout de 3 ans maximum à passer le concours, ou bien à repartir ailleurs. Les PH titulaires

qui auront demandé un détachement sur un poste de praticien sur contrat ne pourront pas enchaîner plusieurs contrats. On le voit bien, ce statut n'a pas vocation à fidéliser les praticiens à l'hôpital.

Il faut également souligner une autre évolution passée quasiment inaperçue, mais dont les conséquences pourraient être importantes pour le recrutement des praticiens à l'hôpital : la disparition juridique de la catégorie des hôpitaux locaux. De ce fait, ces établissements sont désormais assimilés à des centres hospitaliers. Comme les hôpitaux locaux employaient des médecins libéraux, les textes concernant le recrutement des praticiens des établissements publics de santé a dû être modifié en ce sens, et ces dispositions s'appliqueront désormais à tous les hôpitaux publics ! Il leur est donc parfaitement possible de recruter des praticiens libéraux à la place des praticiens hospitaliers et d'imaginer que demain, les équipes médicales hospitalières soient composées à la fois de praticiens salariés et libéraux. Compte tenu du recul historique et des différences de pratiques, on comprend que la cohabitation ne sera pas forcément facile...

Tous ces éléments ne mettent pas le statut de praticien hospitalier à la fête, et les projets de décret qui ont circulé n'ont rien fait pour calmer les inquiétudes. Parmi les reculs constatés, il faut citer :

- La nomination dans l'établissement public de santé est prononcée par arrêté du directeur général du CNG. En vue de cette nomination, le directeur de l'établissement propose au directeur général du CNG une candidature sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME (et non plus la CME elle-même). Le chef de pôle ou, à défaut, le responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne peut proposer plusieurs candidatures au directeur de l'établissement, mais celui-ci ne peut pas proposer d'autres candidatures. La Commission Statutaire Nationale n'intervient plus, l'avis du président de CME n'étant pas considéré comme bloquant.

- Le directeur prononce l'affectation sur le poste dans le pôle. cas de mutation interne, de transfert de poste ou d'activité, le praticien déjà nommé est affecté dans un autre pôle sur proposition du chef de pôle d'accueil après avis du président de la CME.

- La procédure de mise en recherche d'affectation du PH à la demande de l'établissement est symétrique à la procédure de nomination. La demande est effectuée par le directeur auprès du CNG sur proposition du chef de pôle après avis du président de la CME.

- Le versement des indemnités de service public exclusif, pour activité dans plusieurs établissements ou pour activité sectorielle n'est maintenu que pendant 3 mois en cas de congés de maladie et de congés pris au titre du Compte Epargne-Temps (CET), ce qui pénalisera ceux qui comptaient utiliser leur CET à la fin de leur carrière pour partir plus tôt. Une telle disposition va inciter tous les praticiens à vider progressivement

leur CET par tranche de 3 mois maximum.

- Les jours de congés pris au titre du CET ne sont plus considérés comme du temps de travail et n'engendrent plus de droit au titre de la RTT, ce qui constitue une véritable régression, sans aucun rapport avec la loi HPST.

- Les postes des praticiens en détachement ou en disponibilité sont publiés vacants après seulement 6 mois (et non plus 1 an), ce qui limite les possibilités de retour.

- L'obligation de présentation d'un tableau mensuel de service réalisé validé par le chef de pôle est inscrite dans le décret statutaire pour pouvoir percevoir les émoluments.

- La loi HPST rend applicable aux PH les dispositions relatives au cumul d'emplois et de rémunérations applicables aux fonctionnaires, avec maintien de la mention particulière de l'activité libérale, de l'activité d'intérêt général, des activités d'enseignement associé et des expertises en raison de leur spécificité.

- Les praticiens démissionnaires nommés depuis plus de 5 ans, ou en disponibilité, ont désormais l'obligation d'informer l'autorité dont ils dépendent de l'exercice envisagé d'une activité libérale dès lors que cette activité est susceptible de porter préjudice au fonctionnement normal de son établissement d'affectation. L'interdiction est prononcée lorsque la commission de déontologie mentionnée à l'article 87 de la loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques, saisie soit par le directeur du centre national de gestion, soit par le praticien concerné, rend un avis d'incompatibilité entre les fonctions envisagées et les fonctions antérieurement exercées par le praticien.

- La durée de travail des praticiens hospitaliers à temps partiel est normalement fixée à 6 demi-journées par semaine. Elle peut être ramenée à 5 ou 4 demi-journées lorsque l'activité hospitalière le justifie. A l'initiative de l'établissement en cas de restructuration ou de modification d'activité, ou à la demande du prati-

cienn, la durée du service hebdomadaire peut être modifiée par décision motivée du directeur prise après avis du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Quelques avancées :

- Les praticiens qui à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée, sont déclarés aptes à reprendre leurs fonctions réintègrent le poste qu'ils occupaient au moment de leur placement en congé ou, si celui-ci est pourvu, un autre poste vacant dans l'établissement ou dans un autre établissement du territoire de santé. A défaut, ils sont réintégrés en surnombre.

- Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent demander à exercer à temps réduit, entre cinq et neuf demi-journées par semaine, et non plus simplement cinq ou huit. Ce temps réduit est obtenu de plein droit lorsqu'ils créent ou reprennent une entreprise.

On le voit, le statut de praticien hospitalier fait l'objet d'un harcèlement textuel sur de multiples points, ce qui a provoqué la colère des intersyndicats. Ceci est d'autant plus inadmissible que la plupart de ces reculs n'ont aucun rapport avec la loi HPST mais renforcent l'emprise croissante du pouvoir administratif sur les droits statutaires des PH. Il faut souligner qu'à plusieurs reprises, la Ministre de la santé, alertée par les intersyndicats de praticien hospitalier, a accepté le retrait des mesures sans rapport avec la loi HPST mais que la Dhos n'a pas jugé bon le plus souvent d'en tenir compte.

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Mesure phare de la loi HSPT, la création des ARS est issue d'un long processus visant à coordonner au niveau régional l'ensemble des moyens sanitaires et médico-sociaux.

Les ARS remplacent totalement les anciennes Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créées en 1996, mais aussi les services déconcentrés du ministère chargé de la Santé qu'étaient les Directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les Di-

rections départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS). Elles reprennent les missions des Groupements régionaux de santé publique et des Missions régionales de santé. Elles remplacent enfin certains organismes de sécurité sociale que sont les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et la branche santé des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Les CRAM deviennent les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et conservent leurs attributions en matière d'assurance vieillesse et de risques professionnels. Nommés directement en Conseil des Ministres, les directeurs généraux des ARS ont un champ d'action particulièrement large qui les place en position de « Préfet sanitaire », d'autant plus que la gouvernance des ARS est conçue pour écarter les contre-pouvoirs, comme à l'hôpital.

Les ARS ont un organigramme complexe (voir schéma en fin d'article) et disposent de nombreuses instances dont les principales sont :

- Le Conseil de surveillance (CS), dont la composition associe représentants de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales et des associations de patients, plus quelques personnalités qualifiées. Délibérément, il n'y a aucun représentant des professions de santé. Le rôle du CS est de toute façon limité. Le budget de l'ARS ne peut être rejeté que s'il y a vote contraire à la majorité des deux tiers des voix, ce qui est concrètement impossible. Il émet un avis sur le plan stratégique régional et sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les attributions de l'ancienne Commission exécutive de l'ARH sont de fait transférées au seul directeur général de l'ARS et non pas au CS.

- La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), dont la composition est pléthorique (cent membres), répartis en huit collèges. A noter que les représentants syndicaux des praticiens hospitaliers en étaient exclus, à la différence des représentants syndicaux des praticiens libéraux qui en ont 6 à travers les unions régionales des professionnels



de santé (URPS), et des internes en médecine qui en ont un. La menace d'un recours en Conseil d'Etat a permis qu'un représentant des intersyndicats de praticiens hospitaliers soit inclus dans la version finale du texte, ce qui est encore notablement insuffisant si on compare aux libéraux.

La CRSA organise ses travaux au sein d'une commission permanente et quatre commissions spécialisées et peut, en outre, constituer des groupes de travail permanents. En dehors des séances plénières, la commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la CRSA, ce qui en dit suffisamment long sur son caractère opérationnel. Le rôle de la CRSA est essentiellement de fournir des avis, notamment sur le projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé et les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médicosociale.

- Parmi les commissions spécialisées de la CRSA, il faut mentionner celle consacrée à l'organisation des soins, qui succède aux CROS. Là encore, il faut souligner que dans le projet de décret initial, les intersyndicats de praticiens hospitaliers en étaient exclus alors qu'ils avaient 3 représentants dans les CROS. Plusieurs séances houleuses de « concertation » ont permis d'y inclure un représentant (contre quatre pour les libéraux) ce qui est encore inacceptable. Elle est consultée sur de très nombreux sujets, cruciaux pour l'hôpital public, comme toutes les demandes d'autorisation d'activité ou les projets de mesures de recomposition de l'offre de soins.

Les ARS piloteront toute l'offre de soins et médico-social, notamment au travers des SROS hospitalier (opposable) et

ambulatoire (non opposable), du SROSM et du Schéma régional de prévention. Sous l'apparence d'une régionalisation, on voit en fait se constituer une ligne hiérarchique directe depuis le sommet de l'Etat jusqu'aux praticiens hospitaliers, en passant par le directeur général de l'ARS, par le directeur général de l'hôpital puis par le chef de pôle, avec une unique obsession : l'équilibre des comptes. Il s'agit en fait d'une étatisation complète du système de santé, qui inclut cette fois les libéraux. Il est d'ailleurs significatif que les pouvoirs publics aient refusé la création d'une Agence nationale de santé, se réservant les leviers de la politique de la santé.

Conclusion

La réforme HPST poursuit la réforme précédente (Hôpital 2007) en accentuant la logique de l'Hôpital – entreprise et en favorisant une nette reprise en mains du secteur de la santé par l'exécutif. La priorité est donnée sur la recomposition de l'offre de soins, en particulier hospitalière, grâce à une gouvernance verticale et une destruction systématique de tous les contre-pouvoirs qui pourraient entraver cet objectif. Les déficits introduits par la tarification à l'activité (T2A) serviront de prétexte au déclenchement de grands plans sociaux qui visent à terme, à confier l'essentiel des moyens hospitaliers au secteur privé, jugé moins coûteux – ce qui est loin d'être prouvé – même s'il n'assume pas les mêmes missions.

Epilogue

Il n'est pas anodin de constater que cette réforme, dont l'élaboration a été préparée dans des groupes de pensée ultra-libéraux il y a déjà

plusieurs années, arrive seulement maintenant pour application alors qu'entre temps, le balancier de l'Histoire semble avoir changé de sens.

Il reste aux professionnels de santé qui défendent l'égalité des soins pour tous les patients, quelle que soit leur niveau de revenus ou leur origine géographique, la possibilité de défendre leur conviction au quotidien dans les soins prodigués aux malades, qu'il ait 102 ans et soit le père d'un influent conseiller présidentiel, ou bien 55 ans et simplement cadre moyen, ou encore 28 ans et sans domicile fixe, avec la même qualité pour tous. Cet esprit de service public qui subsiste fortement dans notre pays malgré toutes les réformes en sens contraire, doit être préservé et entretenu par notre exemple auprès de nos plus jeunes collègues car il est substantiel avec notre éthique professionnelle et doit être enseigné. Il finira par porter ses fruits, à l'occasion d'une nouvelle réforme du système de santé ou la parole des praticiens de l'hôpital public pourra cette fois être entendue par des pouvoirs publics qui auront changé de modèle idéologique.

*Dr Jacques Trévidic
Secrétaire général SPHP
Vice-président CPH*

¹ Décret non paru au JO à la date de rédaction de cet article

² Décret non paru au JO à la date de rédaction de cet article

³ Décret non paru au JO à la date de rédaction de cet article

⁴ Décret non paru au JO à la date de rédaction de cet article

BULLETIN D'ABONNEMENT 2010

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).

La Confédération des Praticiens des Hôpitaux



Syndicats associés

SPF : Syndicat des Psychiatres Français

Dr Jean-Yves Cozic

SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France

Dr Marc-Alain ROZAN