

ANALYSE DE LA DEUXIEME MOUTURE DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (PROJET PRESENTE PAR LA DHOS)

Remarques préliminaires : l'analyse de l'évolution du même texte représente clairement les forces en jeu, celles qui comptent, celles qu'il faut respecter dans la forme, et celles qui sont négligeables.

Les modifications entre les deux moutures, dans celles qui comptent, concernent la place des politiques et des directeurs, dans celles qu'il faut respecter concernent les présidents de CME, dans celles qui sont négligeables concernent les praticiens hospitaliers.

Pour les premiers nous notons une disparition du comité d'audit que le CA pouvait mettre ne place (**Art L6143-3**), l'**Art L 6144-4-1** est supprimé en particulier dans la partie qui permettait à la majorité des deux tiers des membres de la CME et du CTE de procéder à la saisine de l'audit. L'autre versant, politique, rétablit la présidence au maire et au président du conseil général pour le CA.

Les seconds ont le retour du projet médical à une place faussement prépondérante : **Art L 6143-2** "le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs ... L'adverbe "notamment" réduit à rien la référence au projet médical, dont nous noterons l'annexion aux autres projets et sa disparition à hauteur des pôles. Le conseil de politique est transformé en conseil exécutif médico-administratif avec disparition de la présence prééminente du directeur des soins qui devient cachée dans "des membres de l'équipe de direction". La parité est rétablie mais il ne faut pas oublier que le directeur préside et a donc voix prépondérante. Les termes de directeur et président de cme sont souvent accolés afin de laisser penser qu'ils forment un binôme de même niveau. La nomination des directeurs de pôle se substitue à la désignation.

Robert , définition : désigner : indiquer de manière à faire distinguer de tous les autres, voir appeler, dénommer, nommer

Nommer : désigner par un nom

Merci le petit Robert.

Art L 6146-1 "le directeur de pôle est nommé par décision conjointe du directeur et du président de la CME, sur proposition du pôle, après avis de la commission médicale d'établissement.." L'association directeur à président de cme survient pour adoucir le terme de désigner en nommer, mais cette modification ne transforme pas une nomination en une élection indépendante du directeur, de plus "sur proposition du pôle" ne veut en rien dire que c'est une élection par les praticiens du pôle.

Pour les troisièmes, il n'y a que régression qu'ils soient chefs de service ou responsable d'UF ou simple praticiens. Toute indépendance disparaît, toute représentation a disparu, il ne reste que la modification du statut à venir et un recrutement par le directeur (et du président de CME ?) sur fiche de poste et par contrat. **Art L 6146-5** : Le directeur de pôle désigne (pas d'adoucissement pour eux, car ils n'ont aucun poids, les présidents de cme eux-mêmes veulent-ils qu'ils en aient encore ?) pour une période déterminée par le CA ces responsables délégués. Ceux-ci n'ont plus aucune indépendance ni protection d'aucune sorte, ils sont moins encore qu'un responsable d'unité fonctionnelle qui au moins est validé par la CME et le CA et ne peut être révoqué que par eux.

Reprise de l'analyse article par article

6143-1

Le CA perd une partie de ses fonctions au profit du DG. Il n'a plus la responsabilité du règlement intérieur, des réseaux ou coopération, des tableaux des emplois, de la création, suppressions des structures médicales. Il n'a donc plus qu'une fonction politique régulatrice diminuée. Le président de CME n'y siège qu'avec une voix consultative ce qui provoque une rupture entre lui et les autres qui y siègent, lui supprime sa fonction politique, (il est d'ailleurs dans un conseil exécutif, c'est pourquoi son élection n'est que partielle). Les praticiens qui seront dans le conseil exécutif ne pourront siéger au CA. Nous voyons comment le CA est isolé.

6143-6-1

Le conseil exécutif médico-administratif est présidé par le directeur, il a donc voix prépondérante, le directeur des soins n'apparaît plus explicitement, son existence dans le précédent texte montre qu'il n'a pas besoin d'être dénommé pour être bien présent dans ce lieu. Il est conseil exécutif, ce qui voudrait dire que le président de CME a une fonction exécutive et non politique.

"Ce conseil élabore l'ensemble des projets nécessaires à la mise en œuvre du projet d'établissement, il en suit l'exécution et propose des actions correctrices." Ce qui veut dire clairement que le conseil exécutif remplit toutes les fonctions et fait tout et qu'en particulier l'élaboration du projet d'établissement qui, auparavant, se faisait de façon montante selon un cadre proposé par la CME, n'est plus élaboré par les acteurs de terrain sous la direction des médecins mais qu'il est dicté par ce conseil aux pouvoirs exorbitants. Nous sommes dans une procédure hiérarchique sans participation, sans contre-pouvoir (le CA est devenu faible et les médecins n'ont plus aucune indépendance).

6144-1

"La CME entend les projets de pôle présentés par leurs responsables et formule son avis au conseil exécutif médico-administratif" Le projet du pôle apparaît là sans qu'ailleurs ne soit déterminé comment le directeur de pôle l'élabore.

Le projet social n'est plus soumis à la CME, ni la constitution des centres de responsabilité.

6144-4

Inchangé ce qui montre la force des grandes syndicales. Les syndicats sont toujours présents dans le CTE, ce qui est une chance. La CME sera pour moitié faite de personnes nommées par le directeur. La dimension élective de la profession médicale est nulle part présente, son indépendance due à sa nomination disparaît de même (chefs de service). La profession médicale est la seule à ce point aliénée au profit de quelques pouvoirs très encadrés mis dans les mains d'un nombre très restreints d'entre eux.

6144-5

CME et CTE peuvent délibérer conjointement, ils ne sont pas allés jusqu'à la fusion.

6145-16

La délégation de gestion fait l'objet d'un contrat négocié par le responsable du pôle avec le directeur et le président de la CME qui définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers..." Aucune mention à un projet médical, le véritable motif de la mise en place des pôles apparaît c'est celui de la gestion de l'activité, de la mise en œuvre de la T2A. Le responsable de pôle doit signer un contrat avec ceux qui l'ont nommé. Le responsable du pôle signe un contrat avec les personnes qui l'ont nommé et qui peuvent le révoquer.

6145-16-1

Prime d'intéressement !! faudra-t-il des miettes pour intéresser les praticiens à une tâche devenu une tâche de subalterne ?

6146-1

"Le praticien est nommé par décision conjointe du directeur et du président de la CME, sur proposition du pôle, après avis de la CME..."

Nommer est synonyme de désigner, sur proposition du pôle, qu'est-ce que le pôle ? Le conseil de pôle ? qui est la seule entité qui existe au sein du pôle. Proposition ne veut pas dire élection. La seule indépendance de responsable serait d'être élu par les praticiens titulaires du pôle et nommé par le CA. Il faut voir que dans la constitution du système le président de la CME sera élu (nous pouvons espérer que le décret le fixera ainsi) parmi une moitié de personnes nommée par le directeur et secondairement par lui-même. Le montage est donc ligoté.

Il peut être mis fin au mandat du directeur médical de pôle pour des raisons habituelles disciplinaires mais aussi pour "des décisions prises dans l'intérêt du service" (de quel service ?)

6146-2

" Dans chaque pôle d'activité (il est donc bien question uniquement d'activité), un conseil de pôle a notamment pour objet... participer à l'élaboration du projet de pôle..."

Nous n'avons plus qu'un conseil de pôle où le corps médical sera élu dans un collège. Il n'y a pas de comité médical, pas de projet médical, pas de chefs de service puisque cet article et leur existence ont sauté sans remplacement à la hauteur.

Un comité médical est indispensable auprès du directeur de pôle avec des membres élus. Un projet médical est indispensable à hauteur des pôles et des unités.

6146-3

Abrogé d'un trait de plume

Il n'y a donc plus de chefs de service et plus aucune représentation médicale à cette hauteur. Nous aurions pu penser que les directeurs médicaux auraient remplacés ces chefs de service avec une indépendance forte vis à vis du corps directorial du fait d'une nomination par commission paritaire et du ministre après avis de la CME et du CA, il n'en est rien. C'est en effet la seule position médicale forte dans les textes qui forge l'ossature de l'hôpital, fondé sur la culture médicale, l'exercice médical, l'élaboration et la conception du soin orchestrées par les médecins. Plus aucun médecin n'a dans les textes la responsabilité et l'autorité de l'organisation des soins. Lors de problèmes judiciaires qui ira sur le plan médico-légal au tribunal ? Nous verrons que le directeur du pôle a autorité fonctionnelle et qu'il s'agit sans doute de reporter sur lui cette responsabilité. Nous avons alors confusion entre la dimension

gestionnaire (essentielle dans cette fonction) et la dimension d'organisation médicale du soin. Il portera une responsabilité alors qu'il n'est pas indépendant.

La disparition des chefs de service est la signature de la disparition de la place du médecin à l'hôpital et d'une conception du soin qui ne reposera plus sur le médecin mais sur le directeur de soin et donc de son encadrement.

Il ne manque plus que le recrutement sur contrat des praticiens sur fiche de poste par le directeur et le président de CME, cela viendra en 2004.

6145-5

Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle mais par contre il n'est dit qu'après qu'il est assisté par un cadre de santé pour l'organisation et par un personnel administratif.

Le fait que cette phrase vienne après le paragraphe précédent avec le terme "assisté" montre qu'il n'a pas autorité sur eux. Le cadre de santé est là pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités. Il tient donc bien son autorité du directeur de soins lui même responsable de l'organisation. L'évaluation était auparavant sous la responsabilité du chef de service qui n'existe plus. Cette évolution démontre l'assujettissement de l'activité médicale aux besoins de la production de soin et non directement aux besoins des patients vus par le médecin. Les médecins ne seront plus en mesure d'analyser leur activité.

Tout tourne dans ce chapitre autour des éléments d'activité et d'évaluation, objectifs qui structurent l'hôpital.

6146-6

Lorsqu'il délègue une responsabilité d'une équipe il le fait en désignant ces responsables délégués. Ils ne sont même plus à la hauteur des responsables actuels des unités fonctionnelles et devront donc être aux ordres du directeur de pôle comme courroie de transmission de la direction. (pas de passage en CME ni CA)

6146-9

Le directeur des soins est nommé par le directeur, il est membre de l'équipe de direction, ce qui renvoie indirectement au conseil exécutif.

La commission des soins infirmiers est responsable de l'évaluation des pratiques professionnelles et peut conduire des travaux conjoints avec d'autres professionnels désignés par le conseil exécutif médico-administratif.

Possibilité que la CME n'a pas dans les textes ?

Nantes le 4 décembre
Nicole GARRET-GLOANEC
Texte non relu à cette heure