



# Syndicat National des Médecins Anesthésistes Réanimateurs des Hopitaux Non Universitaires

## HOPITAL 2007 : PROPOSITIONS SNMARHNU

- **Objectif général :**
  - améliorer les fonctionnements globaux
  - préciser la place du médecin à l'hôpital rééquilibrer les pouvoirs
  - disposer de structures plus efficaces
- **Nomination des PH :**
  - **Problématique :** la gestion actuelle ne permet qu'un tour de nomination et certaines nominations se font dans des délais dépassant l'année. La Commission nationale statutaire entérine sans étude de dossier les candidatures retenues par le CA et la CME.
  - **Ce que nous ne voulons pas :** une nomination locale par un Directeur ou un CA, mettant de fait les médecins sous l'autorité du Directeur. Jamais de nomination locale ou régionale.
  - **Ce qui est possible :** Maintien de l'avis du chef de service et des avis locaux pour les spécialités qui en disposent actuellement . En l'absence de désaccord, (exprimé dans un délai d'un mois) « gestion » au niveau régional avec deux ou trois tours de nomination a partir d' une liste de vacance de postes nationale. *Nomination ministérielle* quoi qu'il en soit. En cas de litige, recours à la commission nationale statutaire avec un tour/an. Nomination ministérielle également.
- **La contractualisation interne :**
  - **Problématique :** prévue par l'ordonnance de 96, mais peu expérimentée.
  - **Ce que nous ne voulons pas :**
    - 1- des pôles ne répondant pas à une organisation médicale et gérés par une nouvelle caste de mandarins gestionnaires sous autorité administrative et sans contrôle de la collectivité médicale .
    - 2- une contractualisation individuelle des PH.
  - **Ce qui est possible :** créations de pôles répondant à une logique de soins médicaux dans une démarche plus globale de prise en charge du patient.

Pôles sous la responsabilité d'un médecin élu par ses pairs pour mener à bien un projet médical commun. Contractualisation de cette démarche entre le chef de pôle et/ou l'équipe médicale et le CA. Le Directeur est alors chargé de mettre à la disposition de ce pôle les moyens financiers et humains nécessaires. Ces crédits peuvent alors être délégués au chef de pôle qui en assure la gestion et en rend compte au CA . Pour ce faire il peut se faire aider par un gestionnaire mis à la disposition du pôle pour mener à bien cette tâche. Dans

l'exercice de ces fonctions , le gestionnaire est placé sous l'autorité du chef de pôle qui assure la responsabilité contractuelle de cette gestion.

- **Gestion médicale de l'hôpital :**

- **Problématique :** gestion de plus en plus sous autorité administrative, sans contre-pouvoir médical. Absence de structures de règlement des dysfonctionnements médicaux individuels ou collectifs. CME sans le moindre pouvoir et un Président n'ayant aucune prérogative en face d'une administration de plus en plus puissante.
- **Ce que nous ne voulons pas :** Un Directeur médical ! Par définition, adjoint administratif sous l'autorité du Directeur général.
- **Ce qui est possible :** Rééquilibrer les pouvoirs au sein de l'établissement entre un Directeur et un Président de CME élu par ses pairs pour un temps limité, participant à l'équipe de Direction et doté de réels pouvoirs décisionnaires en matière médicale et d'orientation de l'établissement. Elu par ses pairs, il a entre autre pour fonction de gérer tous les dysfonctionnements médicaux. Dans les situations de blocage, il peut saisir une commission de médiation (à créer) dite des « sages » formées des présidents de CME, ou de leur représentant, d'une région sanitaire voisine. Cette commission de médiation médicale aurait pour avantage d'être plus facilement saisie que les actuelles instances chargées de gérer de façon paritaire de tels dysfonctionnements. On peut en espérer une réelle prise en charge des dysfonctionnements médicaux et ce par la collectivité médicale elle-même.

- **L'intéressement :**

- **Problématique :** Gestion rectiligne des carrières sans attractivité financière particulière pour la prise de responsabilités ou autre.
- **Ce que nous ne voulons pas :** Toute forme d'intéressement financier individuel aux postes de responsabilité qui aurait pour conséquence de figer dans le temps ces responsabilités, nul n'acceptant de voir brusquement baisser son revenu.
- **Ce qui est possible :** Individuellement, l'intéressement ne peut s'imaginer que sous forme de temps dégagé et remplacé afin de faire face à la charge de travail pour le reste de l'équipe.  
Collectivement, dans le cadre d'une gestion par pôle, une forme d'intéressement financier collectif est imaginable dans le cadre du budget voté par le CA pour mener à bien un projet.

- **Gestion des cadres médicaux intermédiaires :**

- **Problématique :** Directement sous l'autorité du Directeur des soins para-médicaux, ils n'assurent plus leur fonction de gestion du service au quotidien sous l'autorité du chef de service.
- **Ce que nous ne voulons pas :** Une gestion para-médicale sous l'autorité directe ou indirecte du Directeur indépendante d'un avis médical. Une dérive vers une gestion globale de l'hôpital par un Directeur et son équipe administrative maquillée en soignants para-médicaux considérant les médecins comme des prestataires de soins organisés par l'équipe sus-citée.
- **Ce qui est possible :** Une Présidence des services de soins infirmiers, élue par ses pairs au même titre que le Président de CME.  
Dans les services ou dans les pôles, les cadres intermédiaires restent ou retournent sous l'autorité du chef de service pour assurer une logique de service centrée sur le malade.