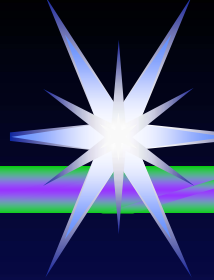


## RESUME ET COMMENTAIRES





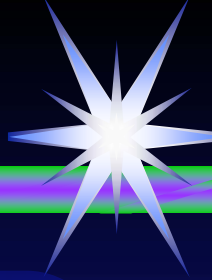
## Présentation Janvier 2004 Version finale Document DHOS

Les extraits du Code la Santé Publique actuel seront sur fond orange

Les extraits du Document DHOS de Déc 2003 seront sur fond jaune bleuté

Les commentaires seront sur fond rouge





## ➤ Un comité de suivi avec les syndicats signataires

### → *Lieu d 'élaboration*

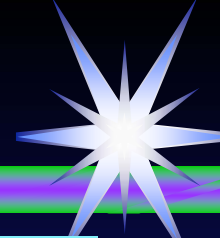
- des textes réglementaires
- des mesures transitoires
- sera tenu informé des évolutions statutaires
- sera informé de l 'évolution démographique

### → *Dispositif d 'information*

## • INQUIETUDES CONFIRMÉES SUR LA METHODE

- Comité de suivi qui sert de contrainte à une signature des syndicats
- il s 'agit d 'un pseudo « dialogue social » où tous ceux qui sont en désaccord sont exclus.
- au contraire : *le comité de suivi n 'est qu 'un leurre de négociation et ne sera qu 'un lieu d 'information*
- *La politique est depuis longtemps tracée et suivra son chemin pour une application entière du dispositif*





**Des conseillers généraux des hôpitaux placés auprès du ministre chargé de la santé assurent à sa demande les missions suivantes** (secrétariat assuré par le DHOS, en liaison avec l'IGAS) :

- proposer au ministre toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de ces établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat
- entreprendre toutes études et enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements assurer des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion, que les établissements peuvent demander au ministre

**choisis parmi les fonctionnaires de catégorie A et les PH titulaires ou parmi les personnalités ayant exercé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec la vie hospitalière, ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le secteur de la santé publique**  
**à la demande du directeur de l'ARH** territorialement compétent **des conseillers généraux peuvent assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé**

Art-L6143-3-1 (nouveau)

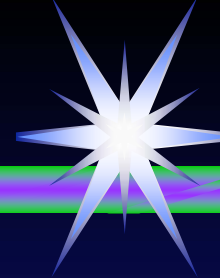
le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, placer l'établissement sous l'administration provisoire d'un ou plusieurs conseillers généraux des hôpitaux, dont l'un exerce les fonctions de chef d'établissement.

Durant la période d'administration provisoire, les compétences du conseil d'administration sont suspendues. Il est tenu informé des décisions prises par les administrateurs provisoires.

## ➤ Commentaires

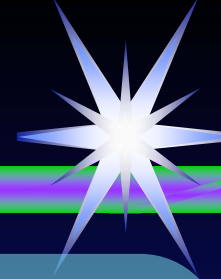
- ➔ *Un nouveau corps de directeurs-inspecteurs*
- ➔ *Ni les directeurs, ni le CA sont lâchés*





## Modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics





- Définit la politique de l'établissement et délibère
  - *projet établissement, projet médical et projet social, contrat pluriannuel*
  - *programmes d'investissement*
  - *budget- décisions modifications, comptes...*
  - *créations, suppressions et transformations des structures internes*
  - *emplois des personnels de direction et emplois des PH et tableau des emplois permanents*
  - *conventions, réseaux de santé,*
  - *bilan social, et respect des règles concernant l'emploi des divers personnels*
  - *définit le règlement intérieur*

- Arrête la stratégie de l'établissement et sa politique d'évaluation et de contrôle
  - *projet d'établissement et contrat pluriannuel, après avis de la CME et du CTE, sur :*
  - *L'organisation en pôles d'activités et leurs éventuelles structures internes*
  - *Le politique de contractualisation interne*
- Le président du CA peut demander la mise en place d'un comité d'audit.

→ le CA est présenté comme ne devant plus s'occuper :

- ni du REGLEMENT INTERIEUR
- ni du TABLEAU DES EMPLOIS PERMANENTS

(Médecins et Fonction Publique Hospitalière)



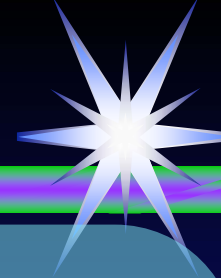
## Projet d'établissement - Art. L6143-2

- Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement, **dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information.**
- **Ce projet doit être compatible avec le SROS**

- Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement. **Il comprend un projet de prise en charge des patients associant le projet médical et le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation ainsi qu'un projet social**
- **Il définit (en étant compatibles avec les objectifs du SROS) la participation aux réseaux**

- ➔ **LE PROJET MEDICAL DOIT ETRE LA BASE DU PROJET D'ETABLISSEMENT**
  - en articulation avec les différents projets de soins infirmiers, médico-techniques, de rééducation, projet social, en conformité avec les objectifs du SROS.
- ➔ **Et non que le projet médical ne soit qu'un projet parmi d'autres, avec en conséquence le risque d'une juxtaposition de projets sans cohésion lisible**





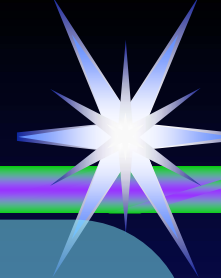
- Avant le 30 juin de chaque année, le **CA délibère sur un rapport présenté par le directeur portant sur les objectifs et prévisions d'activité pour l'année à venir, et sur l'adaptation des moyens qui paraissent nécessaires...**
- **cette délibération et ce rapport sont transmis au directeur de l'ARH**
- **délibérations qui deviennent exécutoires par le DARH selon différentes modalités**

- Le CA est régulièrement tenu informé de la réalisation des objectifs(...) par le suivi d'indicateurs de résultat.
- délibérations qui sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le DARH sauf pour le projet d'établissement (3 mois) et le budget (30 jours)
- Lorsqu'il est saisi par la CME et le CTE d'une demande d'audit, il peut décider de ne pas y donner suite
- Il peut sur les bases des conclusions de l'audit mettre en œuvre un plan de redressement avec le conseil exécutif.

### Commentaires

- **capacité de demander un audit mais aussi d'annuler la demande de la CME**
- **mais vision très lointaine du quotidien par le CA**





- 6 catégories de membres:
  - ➔ *des représentants des collectivités locales*
  - ➔ *des représentants du personnel médical,*
  - ➔ *un représentant de la commission des soins infirmiers*
  - ➔ *des personnalités qualifiées*
  - ➔ *des représentants des usagers*
- dans les CHU:
  - ➔ *président, VP CME et doyen (ou représentant) sont membres de droit*
- présidence du CA : **maire ou président du conseil général**

- 3 catégories de membres:
  - ➔ *des représentants des collectivités locales*
  - ➔ *des représentants du personnel médical, de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation et des représentants du personnel*
  - ➔ *des personnalités qualifiées et des représentants des usagers*
- **Le président de la CME et le doyen** sont au CA
- Les membres du conseil exécutif ne peuvent être au CA
- Le président **reste le Maire pour les établissements communaux**

- **LA REPRESENTATION MEDICALE DOIT RESTER FORTE**
  - ➔ *Les professionnels sont à parité des représentants des collectivités, mais les personnalités qualifiées ne sont pas limitées.(voie réglementaire)*
  - ➔ **LE CA N'A UNE ACTION QUE SUR LES GRANDES ORIENTATIONS. Perte de son pouvoir de contrôle, l'EPS fonctionne sans le contrôle de la Société**

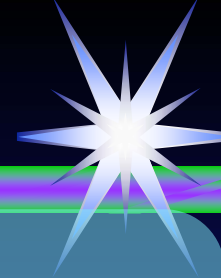


- Présidé par le Directeur, associe à parité le président de la CME et des membres de la CME désignés par celle-ci (dont au moins la moitié de responsables de pôles) et le directeur et des membres de la direction.
- il prépare l'ensemble des projets nécessaire à la mise en œuvre du :
  - *projet d'établissement*
  - *projet de contrat pluriannuel*
- qu'il coordonne et dont il suit l'exécution
  - *notamment sur le plan du budget*
  - *propose des actions correctrices dont sont informées les instances de l'EPS (sans avis)*

## ➤ Inquiétudes

- ➔ IL EST DANGEREUX DE CONCENTRER LE POUVOIR DANS LES MAINS DE QUELQUES PERSONNES DECONNECTEES DU SOIN
- ➔ la description de ses fonctions est simple mais totale, « prépare, coordonne , suit l'exécution. C'est le levier du directeur.
- ➔ les attributions de ce Conseil exécutif seraient ni plus ni moins celles de la CME qui n'aura plus qu'un rôle de proposition





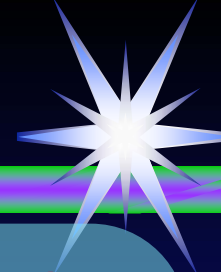
## ➤ Composition:

- ➔ *directeur (membre de droit) préside le conseil exécutif*
- ➔ *des membres de l'équipe de direction nommés par le directeur*
- ➔ *président de la CME (membre de droit)*
- ➔ *des membres de la CME désignés par celle-ci, pour moitié au moins de responsables de pôles*
- ➔ *CHU : directeur de l'unité de formation et de recherche médicale*
- ➔ *Nombre fixé par décision conjointe Directeur et Président de CME*

## ➤ LE CONSEIL EST PRESIDE PAR LE DIRECTEUR

- ➔ *La présence de praticiens désignés par la CME atténue la dimension autocratique mais nous ne connaissons pas encore comment sera constituée la CME. Au moins la moitié seront des responsables de pôles càd des personnes nommées par le directeur et le président de la CME et ayant passé contrat avec eux. Le véritable pouvoir est entre les mains du directeur assisté du président de CME.*
- ➔ *ce serait également la fin de réelles possibilités d'expression avec à terme une DEMOTIVATION ENCORE PLUS GRANDE DU CORPS MEDICAL de l'HOPITAL PUBLIC. Le nombre doit être fixé par la CME et non seulement le Président de CME*





**Prépare avec le directeur:**

- *le projet médical*
- *les mesures d'organisation des activités médicales...*
- *la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration*
- *organise la FMC*

➤ **Emet un avis sur:**

- *le projet d'établissement*
- *la constitution d'un réseau de santé*
- *le projet de soins infirmiers*
- *le projet social, bilan social,*
- *modalités de constitution des centres de responsabilité*

➤ **Est consultée sur les projets de délibération du CA**

➤ **Prépare avec le conseil exécutif le projet médical d'établissement (1)**

- *entend à ce titre pour avis les projets de pôle présentés par leurs responsables*
- *Organise la FMC et l'évaluation des praticiens*
- *prépare avec le conseil exécutif les plans de formation et actions d'évaluation correspondante (2)*

➤ **Emet un avis sur le projet des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation**

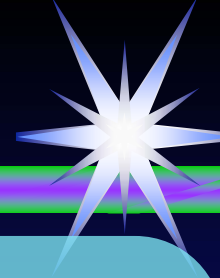
➤ **Emet un avis sur le règlement intérieur**

➤ **Est tenu informée de la situation budgétaire**

➤ **LA CME A REPRIS SES FONCTIONS GRACE AU MOUVEMENT DU 16.12.03**

- elle doit rester le lieu de l'expression démocratique de la communauté médicale . Elle est chapeautée par le conseil exécutif.
- *Et nous ne savons toujours pas comment elle sera constituée, si ce n'est la réaffirmation de la présence prépondérante des responsables de pôles.*
- *la CME au même titre que le GME tient sa légitimité de l'élection de ses membres. La CME des CHU doit être revue dans sa représentation.*



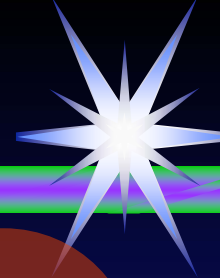


- En outre, à la demande du président du CA, du directeur, de son propre président, du 1/3 de ses membres, du chef de service, du chef de département, du coordonnateur concerné, du responsable d'une structure médicale...**la CME délibère sur les choix médicaux de l'année à venir**

- Disparition de cette mission
- une ou plusieurs sous-commissions de la CME participent à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et elle propose toutes mesures utiles:
  - ➔ à la mise en œuvre du dispositif de vigilance
  - ➔ du système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux
  - ➔ la politique du médicament

- A noter notamment, LA DISPARITION DE LA MISSION DE LA CME DANS LES CHOIX MEDICAUX POUR L'ANNEE A VENIR
  - ➔ mais aussi, disparition de son rôle dans l'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (!), dans l'organisation médicale.
  - ➔ mais encore, dans LES NOMINATIONS DE PERSONNELS MEDICAUX
  - ➔ La CME doit conserver ses attributions : projet médical, accréditation, nominations, etc..





## ➤ Inquiétudes

### ➔ LA COMPOSITION DE LA CME FERAIT L'OBJET DE NOUVELLES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

➔ *il est inquiétant de lire en NB de l'article L6144-2 :*

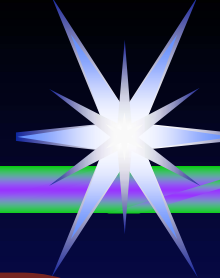
*« l'impact de l'organisation en pôles sur la composition de la CME relève de dispositions réglementaires »*

▪ pour mémoire dans le document DHOS juin 03 :

*« sa composition évoluerait vers une représentation fonctionnelle de l'organisation médicale. L'ensemble des responsables médicaux de pôles en seraient membres de droit. Mais le règlement intérieur prévoirait, le cas échéant, -et seulement le cas échéant - une représentation complémentaire »*

➔ *Le nouveau statut des praticiens qui sera imposé les soumettra à avis local. Ils perdront leur autonomie et leur indépendance. Le système hiérarchique est dominant à partir d'une primauté administrative.*





## ➤ Inquiétudes

→ *outre ses attributions la CME doit conserver sa composition actuelle,*

### RESPECTANT AU SEIN DES CENTRES HOSPITALIERS

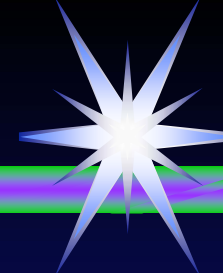
- LA PARITE CHEF/ NON CHEF DE SERVICE DANS CHACUNE DES SPECIALITES

→ et dans les CHU, LA COMPOSITION DE LA CME DOIT ETRE REVUE

- POUR RESPECTER LA PARITE HU/ PH
- **et permettre ainsi à tout praticien U et non U d'être président**

→ *à noter qu'il existe déjà dans de nombreux hôpitaux un comité stratégique médical qui, tout en étant beaucoup plus réactif que la CME au complet, reste un lieu où les médecins sont bien représentés par des pairs qu'ils ont élus*





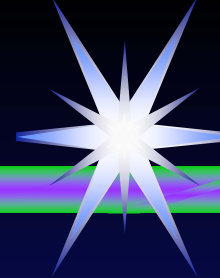
Nouveau passage : « Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, de constituer à titre expérimental pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement, se substituant à ces deux instances pour leurs compétences consultatives communes sur les projets de délibération mentionnées à l'article L.6143-1. »

« Le directeur préside le comité d'établissement. »

## ➤ Commentaires

- ➔ *Reste d'une volonté de fusionner la CME et le CTE*
- ➔ *De mettre ainsi sous tutelle encore plus forte les médecins à parité des représentants des professionnels dans une instance présidée par le directeur!*





➤ **Le CTE est obligatoirement consulté sur**

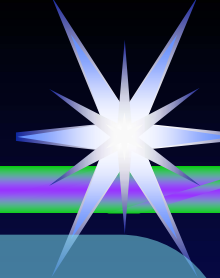
- ➔ *Le projet d'établissement*
- ➔ *Le projet social*
- ➔ *Le projet de contrat pluriannuel*
- ➔ *Les programmes d'investissement*
- ➔ *Le budget et le tableau des emplois*
- ➔ *Les conditions de travail ...*
- ➔ *Les critères de répartition des primes*
- ➔ *La politique de formation*
- ➔ *...*

• **Le CTE est consulté**

- **Les projets de délibération du CA**
- **Les conditions et l'organisation du travail**
- **La politique de formation**
- **Les critères de répartition des primes**
- **Le règlement intérieur**
- **Le CTE est tenu informé de la situation budgétaire des des effectifs de l'établissement**

- **Le CTE ne vote plus le budget, se voit dépossédé du tableau des emplois**
- **Il ne se prononce plus que par l'intermédiaire des projets présentés au CA**



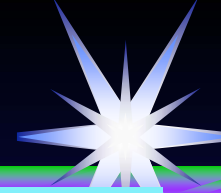


- Organisation en services ou en départements créés par le CA sur la base du projet d'établissement
- **services et départements sont placés** sous la responsabilité d'un médecin...
- unités fonctionnelles :
  - ➔ *structures élémentaires de prise en charge*
  - ➔ *identifiées par leurs fonctions et leur organisation ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées*
- **les services sont constitués d'UF de même discipline**
- **les départements sont constitués d'au moins 3 UF**

- **Définition libre de l'organisation interne**
- **Création de pôles d'activité en vue de la contractualisation interne (sur proposition du conseil exécutif) par le CA qui en fixe le fonctionnement**
- **les pôles d'activité médicaux et médico-techniques sont placés sous la responsabilité d'un praticien titulaire nommé par décision conjointe du DG et du président de CME sur proposition des ph du pôle et avis de la CME restreinte**
- **les responsables des autres pôles peuvent également être des cadres de l'établissement ou des personnels de direction**
- **Conseil de pôles élus**
- **Mise en place des pôles au + tard le 31/1/2006**

- **DISPARITION DE TOUT CADRE MINIMUM NATIONAL** (taille critique minimale des structures, nomination des responsables, durée des mandats etc...). Pas de comité médical, proposition par les praticiens hospitaliers (résultat du mouvement du 16) pour la nomination. Dépendance directe au directeur avec lequel il contractualisera.
  - ➔ **le délai de mise en place au 31 décembre 2006 montre qu'il n'y a aucune perspective participative**





• Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

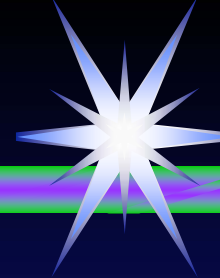
• Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

- Ces pôles d'activité comprennent le cas échéant des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques,
- Les services sont constitués d'équipes médicales dont les missions, outre la prise en charge médicale, sont des protocoles médicaux,
- Pour les activités psychiatriques, un pôle est constitué d'un ou plusieurs secteurs
- Le chef de service a la responsabilité de la mise en œuvre des missions définies à l'article L 6146-1. Il est responsable de la coordination de l'équipe médicale affectée dans le service.

### ➤ Disparition des unités fonctionnelles et des services

- ➔ *L'unité fonctionnelle comme le service étaient des entités d'organisation de la prise en charge des malades.*
- ➔ *Le chef de service était le responsable de l'organisation des soins.*
- ➔ *Il n'est plus qu'un coordonnateur de l'équipe médicale qui aura en charge l'application des décisions du pôle.*
  - C'est bien le directeur des soins qui prendra les décisions d'organisation des soins via les cadres.

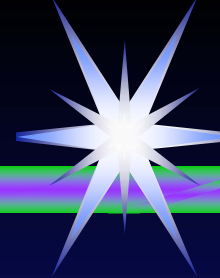




- Le chef de service a la responsabilité de la mise en œuvre des missions définies à l'article L 6146-1. Il est responsable de la coordination de l'équipe médicale affectée dans le service.
- Peuvent exercer la fonction de chef de service, les praticiens titulaires inscrits sur une liste nationale d'aptitude par le ministre chargé de la santé après obtention d'une habilitation à diriger un service. Cette habilitation est délivrée au niveau national dans des conditions définies par voie réglementaire
- Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la CME, après avis du conseil exécutif et de la CME. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions. Les conditions et les délais de recours seront définis par voie réglementaire.
- Les responsables de pôle clinique et médico-technique sont proposés par les praticiens du pôle et nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME après avis du conseil exécutif et de la commission médicale d'établissement qui siège en formation restreinte aux praticiens titulaires. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

Les chefs de service doivent avoir une habilitation (pas les responsables de pôles), être sur une liste d'aptitude dans laquelle le directeur piochera.  
Ils seront des cadres médicaux avec simple mission la coordination médicale





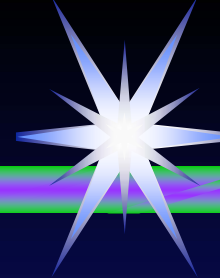
- Dans chaque service ou département, un conseil de service ou de département a notamment pour objet :
  - de permettre l'expression des personnels ;
  - de favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service ou au département ;
  - de participer à l'élaboration du projet de service ou de département et du rapport d'activité ;
  - de faire toute proposition sur le fonctionnement du service

- Le conseil de pôle a pour objet :
- de permettre l'expression des personnels
- de favoriser les échanges d'informations,
- de participer à l'élaboration du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle
- de faire toute proposition sur le fonctionnement du pôle en particulier sur la permanence des soins et l'établissement des tableaux de service

Le conseil de pôle est calqué sur le conseil de service dont on sait le peu d'existence et d'impact.

Il n'y a pas de comité médical contrairement à nos demandes.





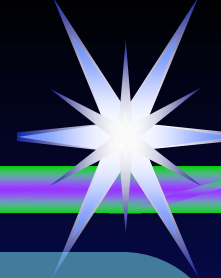
➤ **Art L6146-3 à 10**

- ➔ *Nomination ministérielle des chefs de service et modalités de renouvellement*
- ➔ *Fonctionnement des fédérations*
- ➔ *Fonctionnement du service*
- ➔ *L'unité fonctionnelle*
- ➔ *Amendement liberté*
- ➔ *La direction du service de soins infirmiers*

- Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la CME d'une part et chaque responsable de pôle d'activité d'autre part
- Il définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion
- La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

Fin totale d'une indépendance médicale. A tous les niveaux le directeur a le dernier mot. Les présidents de CME sont dans un marché de dupe, ils n'auront jamais un partage du pouvoir exécutif, il suffit de lire les dépêches du SNCH. Les nominations sont dans les mains directoriales, dans une hiérarchie complète du DG au PH





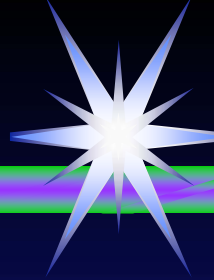
### ➤ Art L6146-5

- ➔ *Le chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien*
- ➔ *Le chef de service élabore avec le conseil de service un projet de service qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en oeuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.*

- Le praticien responsable d'un pôle met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la CME afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.
- Il élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.
- Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur et au président de la commission médicale d'établissement, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins

La logique organisatrice de soins des services et des UF est remplacée par une logique organisatrice de gestion. Le rappel à la qualité cache mal la préoccupation de soigner dans un cadre budgétaire strict et dans un contrôle constant de l'activité. Il n'y a plus cette fonction d'organisation clinique pour le médecin.





## ➤ Alerte à la disparition d 'unité clinique

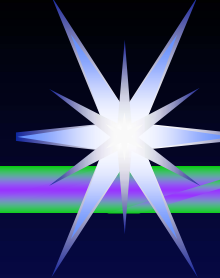
→ A noter la notion de référence « éventuelle » à des structures internes - éventuelle seulement - confusion entre le niveau de gestion et d 'organisation clinique qui devient mineur

=> là encore, **PROCESSUS DE CONCENTRATION**

→ selon la loi de 1991, l 'UNITE FONCTIONNELLE placée sous la responsabilité d 'un praticien hospitalier doit rester la base de la prise en charge.

- au plus près du patient
- préservant le dialogue singulier
- préservant l 'indépendance professionnelle





## ➤ Alerte à la disparition de la collaboration clinique

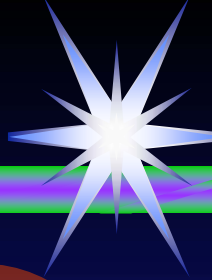
### ➔ LE SERVICE PERMET EN OUTRE D'ASSURER

- UNE COHESION D'EQUIPE
- ET UNE MEILLEURE LISIBILITE VIS-A-VIS DES PATIENTS

➔ *seule la terminologie de « service » semble pouvoir être revue en fonction d'une taille critique suffisante.*

### ➔ LE REGROUPEMENT possible DE SERVICES AU SEIN DE FEDERATIONS

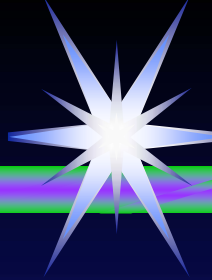




## ➤ Commentaires

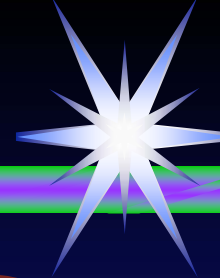
- ➔ *Le constat fait actuellement par les tutelles et surtout les organisations où les directeurs ont une très forte influence (telle que la FHF) est que l'hôpital est ingouvernable parce que les médecins n'ont aucune culture institutionnelle et qu'ils ne défendent que leur intérêt direct.*
- ➔ *Il est vrai sur le morcellement des activités dans les services et unités de soins ne facilitent pas les collaborations à l'intérieur des établissements de santé.*
- ➔ *Une part de ces reproches est fondée, elle sert à un assujettissement de la pensée clinique à une pensée managériale fondée uniquement sur l'activité et les procédures. L'organisation des soins sera confiée à la direction des soins formées par les administratifs.*





- **Réorganisation profonde du fonctionnement hospitalier**
- **Alternatives d'intégration de la dimension gestionnaire et de la dimension médicale :**
  - ➔ *Contraindre les décisions médicales dans une optique de gestion*
  - ➔ *Assujettissement du médical au gestionnaire par l'intermédiaire d'une production de soins encadrée*
  - ➔ *Disparition d'une organisation médicale du soin*
  - ➔ *Disparition de l'indépendance médicale*
  - ➔ *Le praticien prestataire de service sous autorité administrative*





## ➤ Commentaires

→ Face à cette situation, la réponse du Ministère et de la FHF est de proposer

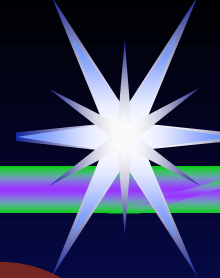
→ UNE MODERNISATION (!!!) DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE

basée sur le pouvoir d'une seule personne, le directeur, éventuellement conseillé par quelques oligarques médico-administratifs.

- Ceci semble peu réaliste et surtout inadapté aux spécificités hospitalières.
- Nous n'accepterons pas un nouveau mandarinat de gestion

→ Chaque médecin étant au centre de la production de soins  
*(il ne faut quand même pas l'oublier),*  
aucune situation qui le marginaliserait des organes décisionnels  
**que ce soit de sa propre volonté ou bien parce qu'il n'y a plus sa place, n'est pas une bonne solution pour l'hôpital.**



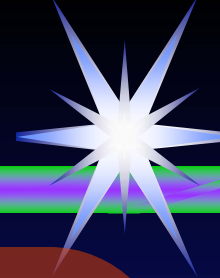


## ➤ Commentaires

### → LA PLACE DES Praticiens Hospitaliers AU SEIN DE CE NOUVEL HOPITAL EST COMPLETEMENT REMIS EN CAUSE :

- du fait des modifications de l'équilibre des différents forces : pouvoir du directeur au sein du Conseil exécutif, pouvoir diminué de la CME et du CTE, de la disparition des UF etc.
- *Sur le modèle de l'évolution des chefferies de service, la FHF et la DHOS veulent supprimer le CNPH, créer une liste d'aptitude dans laquelle les directeurs viendront choisir les praticiens.*
- *L'affectation des praticiens se fera sur un territoire de soins, affectés dans une structure après avis du responsable de pôle, sur profil de poste, sans passage par la commission statutaire nationale.*
- *Ce statut sera à négocier par le praticien dans un contrat qu'il signera et sur lequel il sera recruté.*

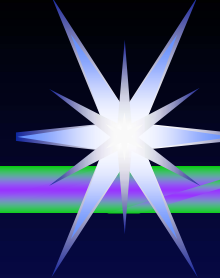




## ➤ **Projet soumis par la DHOS**

- Le praticien hospitalier qui était nommé dans un service sur un poste vacant devra désormais se faire recruter sur profil de poste par un directeur.
- Il recevra l'accord du responsable de pôle, validation par le DG et le président de la CME, agréé par l'ARH et entériné par le ministre.
- Le pouvoir local prend encore plus de place, attention à l'âge, au non respect du contrat et à celui de l'activité (T2A)
  
- **Dans ce contexte de PENURIE GRANDISSANTE DE MEDECINS HOSPITALIERS, la Communauté Médicale s'essouffera avec des « vocations » de plus en plus rares**
  
- **A MOYEN TERME C'EST L'ENSEMBLE DE LA SANTE PUBLIQUE QUI EST EN DANGER**





## ➤ INQUIETUDES SUR LE STATUT DES PH:

- ➔ remise en cause de la nomination et de la gestion nationale des PH
  - Volonté de suppression du Concours National des praticiens hospitaliers et mise sur liste d 'aptitude
  - Nomination sur la liste par le Ministère
  - Mais Affectation locale sur fiche de poste et sur contrat
  - Nomination locale dans les mains du directeur à cours terme
  - Avec le prétexte, pour rassurer les présidents de CME, d 'un avis donné par celui-ci
- ➔ remise en cause d 'un statut unique des Praticiens Hospitaliers



## AU PLAN NATIONAL

➤ **4 syndicats des personnels hospitaliers  
(CGT,FO,CTFC,SUD)  
et 2 intersyndicales de praticiens hospitaliers (INPH, CHG) appellent à :**

**une journée de grève nationale**

**le jeudi 22 janvier 2004**

**pour la Défense de l'HOPITAL PUBLIC**

- ➔ *Nous ne sommes pas contre une réforme, nous voulons simplement en être les acteurs.*
- ➔ *Cette réforme ne pourra se faire que si les Pouvoirs Publics nous écoutent et rassurent les craintes du monde hospitalier qui au fil des mois est plus que « désenchanté »*

# POURQUOI JE FAIS GREVE LE 22 JANVIER ?

## Au plan personnel :

- **Parce que la gouvernance n'est autre qu'une bureaucratisation supplémentaire de l'hôpital, déjà assez imposante. Cette fois-ci, ce n'est pas le malade, ni même le soignant qui est au centre, mais le directeur!**
- **La gouvernance n'est pas, malheureusement, la seule affaire des mandarins. Car on oublie que les pouvoirs accrus, accordés au directeur au détriment du CA et de la CME, signifient que c'est, dorénavant le directeur qui va décider de notre organisation dans sa quasi-totalité: rappelons-nous que statutairement, c'est le règlement intérieur qui fixe les modalités d'organisation horaires des services et de la permanence des soins. Dans la réforme actuelle, ce règlement intérieur n'est plus arrêté par le CA mais par le Directeur!**
- **Rappelons-nous, aussi, si le pouvoir corrompt... Alors, l'excès de pouvoir!**
- **Parce l'assujettissement du médical à l'administratif signifie que ma carrière dépendra de la satisfaction de mon directeur, donc, je serai obligé, probablement, de faire des concessions pour avancer, au détriment, parfois de mon éthique professionnelle.**

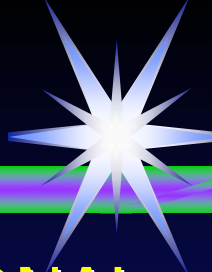


# POURQUOI JE FAIS GREVE LE 22 JANVIER?

## Au plan personnel :

- Parce que je tiens à mon indépendance professionnelle, la nomination ministérielle, disparaissant ou, au mieux, devenant dépendant de l'avis local, signifie la fin de l'indépendance et de la mobilité professionnelle.
- Parce que la démarche qui sous-tend la gouvernance est une démarche néolibérale, qui vise à mettre les hôpitaux publics en état de pré-privatisation. Il s'agit du deuxième étage du fusée libéral, après les ordonnances Juppé de 95, et leur échec relatif avec la médecine de ville. C'est au tour de l'hôpital de s'aligner sur les PSPH (Privé), la contractualisation et la T2A, avec, à terme, une convergence du financement pour devenir identique en 2005!
- Oui, nous, soignants, nous sommes fiers de notre outil performant, le meilleur du monde, et que l'on veut transformer, sans qu'il ait failli, en deux entités: Les Urgences pour satisfaire les politiques et un « hospice » assurant une mission de santé publique. Le reste fera les joies d'AXA et d'autres assureurs privés.
- Pour toutes ces raisons, je fais grève le 22 janvier.





## AU PLAN NATIONAL

- **HOPITAL 2007 : Illusions et mensonge de la nouvelle gouvernance**
- **Contrevérité** *que la promesse de la médicalisation des décisions stratégiques. L'axe central de la réforme est construit sur la réduction de la place du médecin à l'hôpital et la subordination du médical au gestionnaire.*
- **Illusion** *d'une réforme déresponsabilisante qui permettrait une amélioration de la qualité et une optimisation financière.*

