

N°44

LA LETTRE SYNDICALE



REVUE DU SYNDICAT NATIONAL
DES MÉDECINS
ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS
DES HÔPITAUX
NON UNIVERSITAIRES

WWW.SNMARHNU.ORG

JANVIER 2004





CONSEIL D'ADMINISTRATION (Année 2004)

- Président :** Dr VIGNIER - CH Mantes-La-Jolie (78201) - Hop : 0134974000 - Sec : 0134974110 - Fax : 0134974114 - email :pen6f@aol.com
- Vice-Présidents :** Dr BRODEUR - CH Bourges (18000) - Hop :0248484848 - Bur : 0134974111 - Sec : 0248484914 - Fax : 0248484813
email : james_brodeur@wanadoo.fr
- Dr GIRAUD - CH Thionville (57312) - Hop : 0382558255 - Sec :0382558190 - Fax : 0382558192 - email : EGIR57@aol.com
- Dr PERUCHO - CH Perpignan (66000) - Hop : 0468616633 - Sec : 0468616519 - Bur : 0468616866
email : pierre.perucho@ch-perpignan.fr - Fax : 0468616989 - SR : 0468616745
- Dr VALERI - CH La Ciotat (13600) - Hop : 0442087600 - Fax : 0442714464 - email : Chlc.anes.rea@online.fr
- Secrétaire Général :** Dr GOUMARD - CH La Rochelle (17000) - Hop : 0546455050 - Bur :. 0546455230 - Sec : 0546455151 - Fax : 0546374147
email : danielle.goumard@wanadoo.fr
- Secrétaire Adjoint :** Dr KAIDOMAR - CH Fréjus St Raphaël (83608) - Hop : 0494402068 - Fax : 0494177903 - email : kaidomar-m@chi-frejus-saint-raphael.fr
- Trésorier :** Dr BRECHIGNAC - CH Sallanches (74700) - Hop : 0450473050 - Fax : 0450473088 - email : bernard.brechignac@wanadoo.fr
- Membres :** Dr BRULE - CH Avranches (50300) - Hop : 0233894140 - Fax : 0233894148 - email : remi.brule@ch-avranches-granville.fr
- Dr BRETSZTAJN - CH Salon de Provence (13658) - Hop : 0490449144 - Fax : 0490449254 - email : rea@ch-salon.fr
- Dr DESMIDT - CH St Philibert Lomme (59462) - Hop : 0320225065 - Fax : 0320225025 - email : desmidt@club-internet.fr
- Dr DOUTRE - CH Belfort (90016) - Hop : 0384574000 - Fax 0384574756 - Sec : 0384574712 - email : padoutre@ch-belfort-monbeliard.rss.fr
- Dr FAURE - CH St Martin (97100) - Hop : 0590522552 - Fax : 0590874892 - email : michel.pere.faure@wanadoo.fr
- Dr GABRY - CH Pays d'Apt (84400) - Hop : 0490043300 - email : andreloUIS.gabry@worldonline.fr
- Dr GALLOUX - CH Beaune (21203) - Hop : 0380244443 - Fax : 0380244574 - email : galloux.yves@ifrance.com
- Dr LOPEZ - CH Perpignan (66000) - Hop : 0468616633 - Sec : 0468616519 - email : sandrine.lopez@ch-perpignan.fr
- Dr REYES - CH Montfermeil (93370) - Hop : 0141708000 - Sec : 0141708255 - email : seti.reyes@wanadoo.fr
- Dr VIELLE - CH Mont de Marsan (40024) - Hop : 0558 05 11 06 - Fax : 0558 051106 - email : gervais.vielle@mt-marsan.aquisante.fr
- Présidents d'honneur :** Dr CARA-BEURTON - St Germain en Laye (78104) - Dom : 0139731494 - Fax : 0139731494
- Dr DUCREUX - CH Roanne (42328) - Hop : 0477443000 - Sec : 0477443107 - Bur : 0477443111 - Fax : 0477443111
email : jean-claude.ducieux@ch-roanne.fr

Liste des Délégués régionaux 2004 p. 2

Hôpital public en liquidation p. 3

Hôpital 2007 : Tamalou ? p. 5

**ANALYSE DE LA TROISIEME VERSION (V3)
DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(PROJET PRESENTE PAR LA DHOS) p. 7**

SOMMAIRE

Vous recevez pour la première fois depuis longtemps un exemplaire de La Lettre Syndicale, revue du Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux non Universitaires.

Le choix du SNMARHNU de faire passer l'info et recueillir vos réactions par son site internet (bientôt relooké) www.snmarhnu.org est délibéré, permettant d'éviter les "retards à l'allumage" et de rester en prise directe les uns avec les autres, en particulier grâce au forum ouvert à tous. Néanmoins, certains ont du mal à "s'y mettre", et certaines analyses sont complexes, nous faisant alors compléter l'info par une "formation" grâce à la revue.

Comme vous le lirez dans ces pages, le grand chantier-danger, c'est, pour nous Hôpital 2007.

On en avait à peine terminé avec la modernisation de notre statut. Déjà les éléments innovants du statut sont remis en cause, par la FHF en particulier. Puis la Direction des Hôpitaux rogne sur les avancées par des mesures restrictives dont nous contesteront la légalité (en particulier l'article 12 de l'arrêté du 18 novembre 2003 qui obligerait à ceux qui ont choisi de prendre leurs TTA en CET ou en Récupération à rendre la quote-part d'indemnité de sujétion pour le travail de nuit déjà effectué pour des périodes équivalentes à ce TTA épargné), Enfin, certaines ARH imaginent des projets délirants où toutes les avancées sont dénaturées dans le seul but de nous faire faire les horaires d'antan aux moindres frais (Bourgogne).

Maintenant, devant l'Hôpital en crise, Hôpital 2007 choisit une nouvelle hiérarchie des pouvoirs : celle des directeurs d'établissement sur les médecins, celle d'un Conseil Exécutif sur les autres assemblées dont le CA et la CME, celle d'une contractualisation budgétaire interne.

La version 2 du texte sur le gouvernance hospitalière a réussi à unir les syndicats de personnels non médicaux et les médecins le 16 décembre pour une journée d'action et de débat. La version 3 apporte des modifications que nous souhaitons, mais réaffirme les piliers du nouveau système dans un sens autoritaire niant l'autonomie et la responsabilité médicales.

C'est pourquoi le SNMARHNU, avec la Confédération des Hôpitaux Généraux, et les syndicats de personnels non médicaux et intersyndicats médicaux appelle à la grève le 22 Janvier 2004.

**Dr. James BRODEUR
(Bourges)**

Courrier :

Dr Goumard SNMARHNU - Service d'Anesthésie
Centre Hospitalier 17021 La Rochelle

Courrier électronique :

E-mail : snmarhnu@wanadoo.fr
Site Internet : www.snmarhnu.org
Fax : 01 64 26 60 03 - Répondeur : 01 64 26 60 62

Directeur de la publication : Dr. Brodeur
Conception et réalisation : Eric DUFOUR
Impression : Imprimerie du Parc - 25, avenue
Gabriel Dordain - 18400 Saint-Florent
Rédaction : Syndicat National des Médecins
Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux
Non Universitaires.

Nous revendiquons la nécessité du maintien d'un service public à la Française qui a fait ses preuves lors de l'afflux de patient dans les grandes catastrophes de ces dernières années : inondations, explosion de l'usine AZF, canicule, c'est bien l'hôpital qui s'est mobilisé pendant que les autres étaient en vacances ou rentabilisaient leur établissement.

Nous revendiquons une prise en charge médicale de qualité sur tout le territoire en permanence 24h/24, sans sélection du fait d'une pathologie coûteuse ou de l'absence de revenu.

Mais nous reconnaissons que tout ne peut se faire partout, n'importe comment et par n'importe qui ; nous acceptons de revoir la répartition des tâches sur le territoire et le regroupement d'équipe médicale en réseaux, seule réponse à une démographie médicale catastrophique dans nos métiers de l'Urgence et des blocs opératoires.

Ne nous méprenons pas, regroupement et renforcement ne signifient pas pour le SNMARHNU et la CHG, universitocentisme, le redéploiement médical doit se faire de façon rationnelle dans l'intérêt des populations, pas forcément pour gratifier un Professeur comme nous l'avons trop souvent vécu, créant les déséquilibres que nous connaissons avec des Hôpitaux Généraux d'activité identique.

Choix, détermination et responsabilité.

Le SNMARHNU et la CHG s'engagent :

- Maintien du service public hospitalier (accès à tous dans un hôpital de proximité)
- Défense du Statut de Praticien Hospitalier (concours, nomination ministérielle)
- Application des acquis sociaux (reconnaissance du travail de nuit, repos quotidien)
- Reconnaissance du travail en astreinte (revalorisation, déplacement)
- Recomposition des équipes inter établissement. (CHU, hôpital général)
- Défense de l'Hôpital Général de proximité. (votre hôpital)

Le 5 janvier 2004

Michel VIGNIER Président du SNMARHNU, Vice
Président de la CHG.

Après le 16 décembre, que faire ?

A l'évidence, l'hôpital public vit une crise nouvelle liée à des modifications démographiques tant médicales (vieillesse des médecins hospitaliers, crise de recrutement dans certaines spécialités), que du point de vue de sa patientèle (âge, nouvelles maladies coûteuses). La crise est aussi liée à une augmentation des contraintes budgétaires issues de la contradiction entre la croissance des dépenses obligatoires (traitements coûteux, soins apportés aux précaires, règlement de contentieux plus nombreux et application de recommandations en matière de qualité des soins à budget constant), et la baisse des recettes.

Nous ne sommes pas aveugles à la nécessité d'une adaptation.

Mais celle-ci doit-elle se faire, comme le propose Hôpital 2007,

- en niant le rôle central d'un praticien hospitalier que l'on veut asservir à un directeur puissant,
- en niant l'obligation d'assurer des soins qu'une contractualisation interne va "mégotter",
- en niant l'obligation d'un fonctionnement équilibré et démocratique dans la gouvernance hospitalière, alors qu'il est quotidiennement fait appel à la responsabilité des acteurs du service public.

La journée d'action du 16 décembre 2003 a permis une première sensibilisation des personnels non médicaux et des médecins aux perspectives Hôpital 2007, et ce grâce à l'unité de leurs syndicats.

C'est dans le même esprit que doit se faire la préparation de la **journée de grève du 22 Janvier 2004**

- Pour obtenir la nomination et le renouvellement des mandats de chefs de service et de pôles par le ministre chargé de la santé, et non par le binôme médecin-président de la CME ;
- Pour supprimer l'obligation de contractualisation interne et de la mise en place des pôles de gestion afférents ;
- Pour rééquilibrer la composition des "conseils exécutifs", instance dirigeante nouvellement créée, au profit de personnels élus, notamment médicaux.

Dr James Brodeur, Bourges,
le 5 janvier 2004.

HOPITAL 2007 : TAMALOU ?

Selon les dernières dépêches en provenance du front, l'hôpital public va mal !

Rien de bien nouveau me direz-vous, on entend cette chanson depuis maintenant bien longtemps.

Le bon Dr Mattei a donc été appelé au chevet du malade depuis maintenant près de deux ans. En fin clinicien, il ne s'est pas précipité et a préféré recourir aux examens complémentaires avant de traiter ce patient pas comme les autres.

Il a demandé des avis quand il n'a pas lui-même suggéré quel devait être cet avis : là, on reconnaît le professeur ! Entre donc en scène divers acteurs qui produiront chacun des avis dans leur domaine de compétence :

- Mr le Dr DOMERGUE, député et chirurgien produira un rapport sur le malaise de la chirurgie, épaulé par l'inaltérable Pr Guidicelli déjà auteur de nombreux rapports sur la question.

- Mr COUANAU, député, produira un autre rapport à la demande celui-là de la commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée nationale. Intitulé rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, ce rapport ne contenait pas de propositions révolutionnaires.

- Un triumvirat composé d'un professeur d'université exerçant son art médical en PSPH (Pr VALLANCIEN), d'un directeur d'hôpital (Mr DEBROSSE) et d'un Président de CME récemment démissionnaire de sa fonction (Dr PERRIN) entrait alors en scène. Ils produiront un rapport conforme aux désirs du Ministre qui comme par hasard s'intitule " projet hôpital 2007 : modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale ". Hôpital 2007 était déjà l'intitulé du projet hospitalier de l'équipe Mattei à son arrivée au Ministère. On y retrouvera donc l'essentiel de ce que souhaitait le cabinet du Ministre. Pas moins étonnant, on y retrouvera également exaucés les souhaits anciens de la FHF qui n'est autre que le MEDEF hospitalier. C'est donc essentiellement ce rapport qui constituera le projet de soin de notre Ministre et qui donc nous intéresse.

En début d'été 2003, le Ministre annonçait donc la procédure thérapeutique :

- constitution de quatre groupes de travail chargé d'éradiquer le mal :

gouvernance de l'hôpital, statut des directeurs, statut des PH, et financement hospitalier. Coordination des travaux de ces groupes par un comité de pilotage composé d'institutionnels et de professionnels sous la houlette du célèbre laboratoire COUTY, expert en procédure délicate.

- après un round d'observation, les choses sérieuses commençaient à l'automne, bien qu'un moment interrompues par le bilan " canicule ", célèbre échec de l'hôpital public comme chacun sait ! Pendant que l'état du

malade s'aggravait, avec impossibilité pour les PH de se faire payer les plages de TTA, absence de négociation sur les astreintes, découverte du " déficit abyssal " selon le nouveau terme consacré, on se concertait gentiment. La concertation, c'est la forme new-look de la négociation et du dialogue social à l'hôpital : très " tendance " ! Cela consiste à réunir les partenaires sociaux, à leur demander leur avis, et surtout à n'en tenir jamais compte. On se concerta gentiment, et on ne modifia pas un iota du projet initial.

- Rapidement apparaissent les premières tensions. Comme chacun sait, les syndicats sont un peu ringards, et le new-look, cela ne leur convient pas vraiment. Ils préfèrent le classique, la bonne vieille méthode de négociation où chacun amène ses préoccupations et ses aspirations avant que n'émerge un hypothétique consensus. On s'apercevra vite alors que la concertation n'avait pour but que d'endormir (vous savez bien, il faut rassurer avant d'opérer) pendant que l'on préparait déjà la potion miracle. L'équipe productrice du fameux rapport était recrutée pour mettre en application ses préconisations, et notre MEDEF à nous était lancé en diversion. La FHF, par la voix de son Président demandait l'annulation pure et simple de l'application de la DE 93/104 qui fût la plus grande victoire syndicale de ces dix dernières années. De la pure provocation, mais qui montre clairement où l'on veut en venir.

- Mais que contient donc ce rapport qui appliqué comme thérapeutique risque de nous conduire au choc anaphylactique après l'actuelle crise d'urticaire ? De nombreuses mesures de simplifications administratives, une plus grande autonomie des établissements, des modes de financement probablement plus adéquats. Malheureusement, il ne s'agit là que du traitement symptomatique qui pour être efficace ne résout pas les questions de fond. Le traitement curatif est lui bien plus ambitieux. L'analyse sémiologique fait apparaître à l'évidence que les médecins sont les principales causes des dysfonctionnements hospitaliers. Leur statut de PH chèrement conquis est lui, parfaitement incompatible avec l'esprit de la réforme (dixit Mr Debrosse), il faut donc le détruire définitivement. L'hôpital est une entreprise et se doit donc d'être dirigée par un manager digne de ce nom : les directeurs ont là un costume taillé sur mesure et comme chacun sait, ils ont la science médicale infuse et aidés par quelque médecin avide de pouvoir, ils mèneront sans problème le malade vers la guérison. On propose donc un comité de gestion de chaque hôpital où tous les membres y sont nommés par le directeur à l'exception notable du président de CME. Les non-médicaux ne sont pas en reste, ils seront désormais sous l'autorité d'un directeur rien que pour eux. Et pour faire bonne mesure, les médecins passeront un contrat avec le directeur qui devient donc

leur supérieur hiérarchique, à l'issue duquel ils auront même une prime s'ils sont bien sages. Notre bonne vieille CME aura le droit de gérer la FMC et d'élire son Président : quelle chance !

- Pendant que l'on met en place les outils d'une gestion moderne de l'hôpital " où l'on s'inscrit naturellement dans une démarche participative "...on parachève le piratage en mettant en place la fameuse T2A en langage branché (tarification à l'activité), qui grâce aux GCS (groupement de coopérations sanitaires) permettront la mise en coupe réglée de l'hôpital public. Nous serons donc demain dans des établissements gérés par un manager moderne, sous contrat signé avec ce même manager qui aura enfin la possibilité de rivaliser avec le privé voire de s'y associer au sein d'un GCS et dont les fonds proviendront de la T2A qui permettra sans conteste de mener à bien notre mission de service public.

- Après demande de consentement éclairé, le patient refuse la thérapeutique. Le ministre-médecin a donc modifié quelque peu la prescription et proposé une vraie négociation sur le statut des médecins et des directeurs mais en maintenant le fond du projet qui lui sera débattu dans le groupe gouvernance de l'hôpital. A cela, le délégué général de la FHF répond que les médecins n'ont rien à faire dans ce groupe qui ne les concerne pas. Les managers doivent pouvoir manager entre eux !

- En début décembre 2003, le texte-couperet est fin prêt: il s'agit de la V2 datée du 3/12/03 du projet de modification du Code de la Santé Publique (articles L641 à L646) . Mais il est si provocateur vis-à-vis de la représentation et du rôle des médecins dans les instances représentatives de l'hôpital et du rôle nouveau du gestionnaire des budgets (donc des déficits..) des médecins-nommés par le directeur- gérants de pôles nouvellement

créés que, fait rarissime, se crée une unité syndicale entre les syndicats de personnels non médicaux et intersyndicales de médecins, matérialisée par des communiqués de presse communs C.H.G., I.N.P.H., CM.H., CGT, FO, SUD. - La journée d'action et de débat du 16 décembre 2003 est un succès surtout chez les psychiatres, mais un succès médiatique immédiat parce qu'existe l'unité de tous les personnels, et c'est cette unité qu'il va falloir maintenir tout au long d'une mobilisation qui pourrait être longue, au vu des tonnes de textes qui nous sont promises d'ici 2007.

- Cette unité a permis la révision de la V2 en V3 (datée du 18 décembre 2003) où la C.H.G en particulier a été écoutée, avec modification de composition du C.A. et du Conseil Exécutif nouvellement créée, diminution des prérogatives de ce Conseil Exécutif, rôle accru du C.A. et d'une CM.E. réinstaurée dans ses attributions, maintien des services et chefs de service.

- Mais les deux pierres angulaires du système demeurent :
• la nomination et/ou l'affectation par le directeur et le président de la CME des chefs de service et responsables de pôles et des autres "structures médicales";
• la mise en place de procédures de contractualisation interne bénéficiant "de délégations de gestion de la part du directeur", "négocié puis co-signé entre le directeur et le président de la CME d'une part et chaque responsable de pôle d'activité d'autre part".

- Le traitement devait être prêt fin janvier, mais une résistance au traitement par tous les syndicats est certaine : Grève le 22 Janvier 2004 !

B.Bréchignac (5/01/2004)

ANALYSE DE LA TROISIEME VERSION (V3) DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (PROJET PRESENTE LE 18/12/03 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 V2 et V3, 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, le Conseil d'Administration (C.A.) se voit réinstallé dans son rôle de contrôle par la possibilité de "mise en place d'un comité d'audit (...) à la demande de la CME et du CTE" et au directeur "de mettre en œuvre un plan de redressement"(art L6143-3). Les directeurs, un temps dictateurs d'hôpitaux dans la V2, sont de nouveau soumis à un double contrôle: par "en-bas" (cf supra) et par "en-haut", par le DARH qui peut "encas de situation durablement dégradée (...) placer l'établissement sous administration provisoire (...)" ; mais ils restent les grands prêtres du Conseil Exécutif (cf infra) avec d'énormes pouvoirs nouveaux sur tous les personnels médicaux. L'autre versant, politique, rétablit la présidence au maire et au président du conseil général pour le CA.

Les seconds sont soumis à l'autorité de la PREMIERE NOUVEAUTE : le Conseil Exécutif qui "élabore et met en œuvre le projet d'établissement" . Le projet médical perd sa place 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.

Entre la V2 et la V3, on note que les praticiens qui y siègent (à parité avec les membres de l'équipe de direction dont le Directeur-Président (DP)) sont "désignés" par la CME, mais que la moitié "au moins" d'entre eux sont des "responsables de pôles" nommés par le directeur. La place du directeur des soins est comprise dans celle "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: (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 est tempérée par les avis requis des CE/CME, 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 indiscutable.

Pour les troisièmes, il y a certes réinstauration des services et chefs de service, mais "inscrits" sur une liste nationale d'aptitude par le ministre, et "habilités" au niveau national, ils finissent par être "affectés" par le directeur.

Surtout, deuxième grande nouveauté, il y a création des pôles et de leurs directeur (art 6145-1 à -3) dont la mise en place intervient au plus tard le 31/12/2006. Véritable charnière gestionnaire entre le directeur et les services, ils sont entièrement contrôlés peu ou prou par le CE et son D.P., et ne rendent de compte qu'à lui, même si de simples avis sont requis par les uns et les autres sur son travail et sa survie. Toute indépendance disparaît. Quant aux simples praticiens responsables d'autres structures, ils sont nommés par le binôme; 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.

Reprise de l'analyse article par article

6143-1 et 43-5

Le CA perd une partie de ses fonctions au profit du CE. Il n'a plus la responsabilité du règlement intérieur, des tableaux des emplois, de la création, suppressions des structures médicales (il ne fait que délibérer). Il n'a donc plus qu'une fonction politique régulatrice, mais récupère la mise en place d'un comité d'audit. Le président de CME, et le vice-président, n'y siègent plus de droit ce qui provoque une rupture entre eux et les autres qui y siègent, leur suppriment leur fonction politique, (il est d'ailleurs dans un conseil exécutif, c'est pourquoi son élection n'est que partielle). Malgré les liens formels entre CA et CE, qui devient un filtre entre CME et CA, le CA s'isole.

6143-6-1

Le conseil exécutif 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 prépare (et non plus "élabore" comme dans la V2) l'ensemble des projets nécessaire 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 est à l'initiative du projet d'établissement mais, et c'est significatif par rapport à la V2, en autoriserait l'élaboration par la CME et les acteurs de terrain.) Il regroupe peu de personnes, mais surtout, troisième nouveauté, met en place les "procédures de contractualisation interne" avec les pôles, nomme les "responsables de pôles", les révoque le cas échéant, et fait déplacer les structures de pouvoir de l'hôpital du tandem CA/Directeur/CME à CE/pôles, CME-CTE-CA ne jouant que des rôles d'avis ou de contrôle ultime dans les situations désespérées (art L6144-4-1).

6144-1

"La CME entend les projets de pôle présentés par leurs responsables et formule son avis au conseil exécutif". 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, ni la création d'EPS interhospitaliers. Elle émet un avis sur le règlement intérieur qui est élaboré par le CE.

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, demander au directeur "de leur fournir des explications en cas de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement" (art L6144-4-1), voire constituer un "comité d'établissement" "se substituant à ces deux instances pour leurs compétences consultatives communes" (art L6144-6)

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 et qui peuvent le révoquer, sur la base de données financières dont il n'est pas maître

6146-2

" Dans chaque pôle d'activité (il est donc bien question uniquement d'activité), un conseil de pôle a notamment pour objet... de 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. Mais les services et les chefs de service sont récupérés entre la V2 et la V3, comme échelon intermédiaire d'exécution, sans qu'il soit précisé si un chef de pôle peut être aussi chef de service ou non. 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

"Le praticien est nommé par décision conjointe du directeur et du président de la CME, sur proposition du pôle, après avis du CE et de la CME (...)sur proposition des praticiens 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 ?)

6146-4

Les chefs de service sont réinstallés, mais de liste d'aptitude en habilitation, il sont finalement "affectés par décision conjointe du directeur et du président de la CME". Quid s'ils refusent une affectation ailleurs que là où ils l'auraient souhaité ? Quid s'ils sont habilités mais refusés par le directeur où ils postulent?

Echelons d'exécution, ils sont traités comme des pions, et transmettent le vrai baton de maréchal au directeur de pôle.

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.

6146-5

D'autres structures médicales peuvent être créées, avec des responsables mais ils ne sont alors redevables qu'auprès de DP-Président de CME.

6146-6

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

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.

**James Brodeur, Bourges, le 5/01/04,
sur une trame de Nicole Garret-Gloanec,
Nantes le 4 décembre 2003**



BULLETIN D'ADHESION
AU SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS ANESTHESISTES
REANIMATEURS DES HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES

NOM :
Prénom :
Année de naissance : **Nationalité :**

Adresse personnelle

N°. Rue/Avenue :
Code Postal : Ville : N° Tel. :
N° Fax :
E mail :

Adresse professionnelle

Centre hospitalier :
Code Postal : Ville :
N° Tel. :
N° Fax :
E mail :

N.B. : un bulletin mensuel e-mail sera envoyé tous les débuts de mois à tous ceux qui nous auront fournis leur adresse électronique, permettant à tous les adhérents-cotisants d'être tenus au courant en temps quasi-réel des résultats des dernières réunions, des débats en cours et des derniers textes.

Cursus : - Année de thèse :
- Année de qualification :
- Année de DES :
- Année de CES :

Mode d'exercice : CHG Convention FEHAP
 Temps Plein Temps Partiel Activité libérale

Responsabilité : Chef de service Coordonnateur Responsable d'UF

Fonction : PH PH Contractuel PH Associé
 PAC Attaché Autres (Préciser) :

Secteur d'activité : Anesthésie Bloc SAMU-SMUR Urgences
 Réanimation Douleur Autres (Préciser) :

Modifications intervenues dans votre établissement ces deux dernières années :

Départs : Dr
 Nominations : Dr
 Postes vacants :

Cotisation année 2004 - Inscription unique : 110 €
- Inscription groupées : 100 € (2/3 pers. ou plus)

Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à : Docteur BRECHIGNAC
Centre hospitalier - 74700 SALLANCHES

Merci d'établir vos chèques à l'ordre du SNMARHNU - CCP n° : 33.968.97V 033 La source