

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Avril / Septembre 2011

N° 230



EDITO

L' HEURE DE VERITE ?

Nos prochaines élections professionnelles vont avoir lieu, pour la première fois, par scrutin électronique, lors de la première quinzaine de décembre.

Pour vos syndicats de PH, ces élections sont primordiales.

Elles ont pour objet la désignation de nos représentants à la Commission Statutaire Nationale et au Conseil de Discipline, ce qui, en soi, est déjà important.

Mais elles ont aussi une autre fonction. Ces désignations ont lieu sur listes syndicales, et constituent de la sorte « le » critère de représentativité de nos organisations. Pour celles-ci, il s'agit d'une véritable « heure de vérité », d'un moment privilégié de rencontre entre les praticiens et leurs représentants, d'une occasion d'échange sur l'essentiel de nos engagements.

Il faut reconnaître que les temps que nous venons de vivre, depuis quelques années, ont été particulièrement difficiles, et que vos représentants, avec vous, ont surtout enregistré d'importants reculs, tant pour l'Hôpital public que pour le statut de ses praticiens.

Jamais le dialogue avec les Pouvoirs Publics n'aura été aussi inconsistant. Pour parler de nos deux derniers Ministres de Tutelle, Madame Roselyne Bachelot et Monsieur Xavier Bertrand, certes au style personnel bien différent, malgré quelques ronds de cuir communs, le résultat fut identique : dialogue social nul. Si l'on voulait faire une comparaison avec le petit monde félin de nos compagnons, l'une sortait ses griffes, alors que l'autre fait patte de velours, la première cachant à peine le véritable mépris qu'elle éprouve pour le corps médical, le second surtout désireux d'endormir son auditoire en le caressant dans le sens du poil. Mais le résultat est le même : le rouleau compresseur avance de façon inexorable, car telle était la volonté du Président de la République, persuadé qu'il est de détenir à lui seul la vérité. Nous n'avons plus qu'un seul Patron, aux ordres du vrai Patron qui dirige l'ARS, lui-même aux ordres du « Centre ». Les Praticiens Hospitaliers, dont on ne tolère plus le désir d'indépendance professionnelle, jugée irresponsable et trop couteuse, sont priés de rentrer dans le rang. En même temps, il leur est demandé de faire plus, de soigner plus en dépensant moins, car l'illusion d'une médecine hyperpuissante et du fameux risque zéro est entretenue chaque jour davantage par nos décideurs qui n'en sont plus à une démagogie près... La CME n'a pratiquement plus aucun rôle, son Président ne sera plus qu'un « porte serviette », un de plus nous direz vous, et le fossé se creusera chaque jour un peu plus entre les praticiens qui soignent, et les quelques gestionnaires qui « proposent »..., ce que, en fait, on attend d'eux. La collégialité est enterrée, et ne s'exercera notamment plus pour la constitution des équipes médicales, les prati-

ciens, caporalisés, seront exclus de la gestion de leurs équipes paramédicales. Il ne leur restera plus qu'à assumer la contradiction fondamentale : continuer à tenter de dispenser les meilleurs soins, sans en avoir véritablement les moyens, et porter le chapeau de la responsabilité médicale en cas de plainte : « Docteur, quels sont vos éléments de réponse ? » Les plus optimistes pensaient que l'Hôpital allait enfin sortir du déficit financier et de la lourdeur décisionnelle bureaucratique, mais avec le recul et la pratique des textes, même ceux là désespèrent : la soupe n'est décidément pas bonne...

Mais lorsque le mauvais vin est tiré, il faut le boire jusqu'à la lie. De nouvelles attaques contre notre statut de PH sont annoncées. Notre rémunération dépendra désormais du bon vouloir de notre Directeur, pour lui permettre de disposer enfin de Docteurs zélés. Pourtant, la part variable existe déjà, en théorie, pour les chirurgiens, avec le grand succès que l'on sait. Nous l'avions déjà dénoncé, mais cela revient à l'ordre du jour. Susurre ! Comme de braves petits tousous, les praticiens vont devoir apprendre à remuer la queue.

Loin de nous l'idée que les difficultés de l'Hôpital et de notre système de santé ne soient pas réelles et très difficiles à surmonter. Incontestablement, des réformes étaient nécessaires, et, disons le sans détour, sans doute très difficiles. Mais peut on véritablement changer aussi fondamentalement les règles de fonctionnement de l'Hôpital, sans ne serait ce qu'écouter, et mieux entendre, les avis de la communauté hospitalière, à commencer par ceux de sa communauté médicale ? Difficile de bien soigner sans elles.

Pendant ces cinq années écoulées, vos représentants ont voulu remplir leur mandat, grâce aux échanges réguliers avec vous que permettent aujourd'hui le numérique. Ils ont critiqué, mais aussi toujours proposé, et ils ont voulu, contre les tentatives malheureusement récurrentes de divisions corporatistes, rassembler. Ainsi, avec l'INPH, la CPH vous a appelés plusieurs fois à la mobilisation. Aujourd'hui, le moment est venu de vous remercier de la confiance que vous nous avez accordée, et de vous solliciter pour son renouvellement. Ne le cachons pas : les enjeux sont importants, pour l'avenir de nos syndicats, de notre union intersyndicale, et plus encore, pour l'avenir de l'Hôpital Public et du statut de ses praticiens, pour la préservation de la médecine hospitalière. Incontestablement, l'heure de vérité approche...

Dr Bruno Devergie, Président du SPHP

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 TUETÉY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 3^e trimestre 2011

Commission paritaire n° 1012S06230

Cahiers FNAP-SPHP
N°230 Avril / Septembre 2011
Trimestriel

Administration, abonnement
Eusébio De Pina Fortes
3, Rue Jeanne d'Arc - BaL n° 75
75013 Paris
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

Pourquoi nous présentons une candidature unie à la CME

CE QUI NOUS RASSEMBLE

Nous sommes un groupe de PH, qui soutient les valeurs portées par le MDHP : l'hôpital public, la participation des parties prenantes légitimes aux décisions, et l'égalité d'accès aux soins.

Pour la première fois, près du tiers des membres de la CME seront des PH élus. Notre devoir est de participer à l'organisation moderne d'un service d'intérêt général. La CME ne doit pas être un lieu de lobbying ou de sauvegarde d'intérêts particuliers. L'expérience nous a prouvé que ces stratégies n'avaient fait qu'affaiblir la vocation de service public de l'AP-HP.

Nous travaillerons de façon solidaire pour la rénovation de notre institution, qui doit avant tout rester au service des patients.

CE QUE NOUS VOULONS PROMOUVOIR

1. L'accessibilité et l'efficacité des soins

- Une offre de soins francilienne globale et équilibrée.
- Une gradation des activités à la mesure des besoins de soins de proximité, de recours et de référence.
- La continuité des parcours de soins dans le respect d'un service public hospitalier accessible à tous.

2. Un autre management

- Un partenariat équilibré entre gestionnaires et médecins, à la recherche d'une meilleure organisation des soins.
- La participation de tous les praticiens, quel que soit leur statut, aux processus de décision. Pour cela l'accès effectif aux données stratégiques est indispensable.
- Des unités de soins cohérentes conjuguant qualité des soins, de l'enseignement et de la recherche. La fragilisation croissante des équipes de soins met en danger l'efficacité et la sécurité des soins.

3. Un projet partagé dans le respect du service public hospitalier

- Les restructurations doivent répondre aux besoins de soins, non à des décisions purement gestionnaires fondées sur des indicateurs financiers et une vision à court terme. Les suppressions de poste non médicalement justifiées doivent cesser.
- Depuis deux ans nous nous sommes efforcés de diffuser les informations qui nous parvenaient, nous nous engageons à favoriser cette diffusion.
- La maîtrise des dépenses de santé ne doit pas conduire à des soins au rabais, mais à la recherche du juste soin au juste coût pour les patients que nous servons.

La CME doit être une force de proposition où les intérêts partisans savent s'oublier au profit de la construction collective de notre institution.

Actualités syndicales (28/09/11)

Loi et rapport Fourcade

La loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de celle du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), dite Loi Fourcade¹, a été publiée au Journal officiel du 11 août 2011.

Au préalable, le Conseil constitutionnel avait censuré près de la moitié des articles considérés comme des « cavaliers législatifs ». En pratique, peu d'articles concernent directement l'hôpital public. On peut citer :

- article 6 - obligations lors d'un remplacement d'un médecin salarié d'un établissement de santé
- article 17 - rapport au Parlement sur la recomposition de l'offre hospitalière
- article 20 - statut des fondations hospitalières
- article 21 - bilans régionaux de la prévalence des actes chirurgicaux
- article 22 - publication des tarifs et honoraires des praticiens sur les sites internet des établissements de santé
- article 31 - aménagement des dispositions relatives aux groupements de coopération sanitaire (GCS)
- article 32 - autorisation donnée aux GCS de créer un dépôt de sang
- article 33 - régime d'autorisation expérimental de plateaux d'imagerie
- article 35 - prorogation des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) 3
- article 61 - administration provisoire des hôpitaux en cas d'atteinte à la sécurité des patients

En revanche, le rapport du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par le sénateur Jean-Pierre Fourcade, a été rendu public le 7 juillet 2011 et contient 33 recommandations qui concernent l'hôpital.

Certaines de ces recommandations concernent la CME qui devrait voir ses compétences élargies pour lui permettre de donner à nouveau un avis sur les orientations stratégiques, budgétaires et financières pluriannuelles de l'établissement ainsi que sur le contrat d'objectifs et de moyens et d'être consultée sur l'organisation en pôles. Il faut noter que ce ne serait qu'un retour à la situation antérieure à la loi HPST. Il y manque toutefois un élément important : l'avis de la CME sur les nominations individuelles. Rappelons que la CPH et l'INPH n'ont jamais cessé de combattre cette réduction des compétences de la CME, qui conduit inévitablement au désinvestissement des praticiens hospitaliers de la vie de leur établissement et à ce que des décisions soient prises sans fondement médical. Il est évidemment regrettable qu'ils n'aient pas été entendus plus tôt et on peut se demander si ces recommandations n'arrivent pas trop tard alors que les élections de CME sont lancées dans de nombreux établissements, ni même si elles seront suivies d'effet.

Le rapport souligne également que peu de contrats de pôles ont été signés et que lorsque c'est le cas, le contenu de ce contrat est limité. Tout ceci était prévisible car ni les directeurs (qui risquent de perdre leur raison d'être), ni les chefs de pôle (qui craignent de n'avoir qu'à gérer la pénurie) n'ont intérêt à ce que la délégation de gestion soit importante. C'est la pierre angulaire de cette idéologie de la contractualisation qui est battue en brèche.

Le rapport fait également le constat que le statut de « clinicien hospitalier » est un échec, sans chercher à comprendre pourquoi. Il ne propose qu'une fuite en avant : lier davantage activité et rémunération et définir les conditions de rémunération par un accord-cadre conclu entre les syndicats de praticiens

hospitaliers et la FHF ! Evidemment, jamais les syndicats n'accepteront de considérer la FHF comme leur employeur. L'attractivité des postes de praticien hospitalier ne pourra s'améliorer qu'à travers une revalorisation du statut de PH, qui dépend du gouvernement.

Elections professionnelles

Les élections professionnelles destinées à déterminer la représentativité des organisations syndicales de praticiens hospitaliers appelées à siéger au sein de la commission statutaire nationale (CSN) et du conseil de discipline (CD) se dérouleront en fin d'année 2011 (du 28 novembre au 19 décembre). Ces élections dont l'organisation incombe à la responsabilité du CNG, se dérouleront, à compter de cette année, sous la forme d'un vote électronique à distance par internet, dont les différentes étapes désormais arrêtées doivent être portées à la connaissance des établissements comme des 50 000 électeurs praticiens hospitaliers.

Les directions de chaque établissement ont la charge de remettre à chaque praticien hospitalier deux courriers : le premier (non nominatif et à caractère général)², d'ici début septembre et le second (individuel à caractère personnel contenant les codes d'accès au système de vote électronique) à la mi-novembre. En contrepartie, chaque praticien devra obligatoirement apposer sa signature sur la liste d'émargement détenue par les établissements.

Compte tenu des enjeux pour l'avenir de nos structures hospitalières et de notre statut, les deux principaux intersyndicats de praticien hospitalier, la CPH et l'INPH, ont décidé d'associer leur force et présenteront des listes communes dans toutes les disciplines où ce sera possible. Nous vous invitons à les soutenir par vos votes et votre mobilisation au sein de votre établissement, afin de défendre les valeurs du service public hospitalier sur la base d'une plate-forme commune :

- 1) Garantir l'indépendance professionnelle.
- 2) Promouvoir les carrières hospitalières et financer le DPC.
- 3) Redonner à la CME le rôle central du débat.
- 4) Rénover le financement des hôpitaux publics.
- 5) Prendre en compte la pénibilité liée à la continuité des soins.
- 6) Coordonner la PDS sur le territoire.
- 7) Exiger une politique volontariste en matière de démographie médicale.

DPC

De nouveaux rebondissements viennent d'intervenir dans ce dossier qui ressemble depuis longtemps à un serpent de mer. Devant l'hostilité des syndicats de praticiens libéraux et hospitaliers aux projets présentés il y a un an, le Ministère vient de diffuser un nouveau projet de décret relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), radicalement différent du précédent. Si le champ de compétence du Conseil de surveillance de l'OGDPC recouvre l'ensemble des praticiens libéraux et hospitaliers, le Conseil de gestion et le Comité paritaire ne concernent que les libéraux. Aucune représentation des professionnels de santé n'est prévue au sein du Conseil de gestion.

En fait, les pouvoirs publics considèrent comme acquis que la gestion du DPC des praticiens hospitaliers sera confiée à l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) qui gère déjà la formation du personnel non médical de nombreux hôpitaux et est étroitement associée à la FHF. Il est mentionné dans ce décret que « *Le conseil de surveillance du développement professionnel continu des professionnels de santé est chargé [...] de contrôler la répartition des sommes du développement professionnel continu des pro-*

professionnels de santé, laquelle est définie [...] pour les professionnels de santé exerçant en établissement de santé par les organismes paritaires collecteurs agréés concernés avec lesquels l'organisme gestionnaire conclut des conventions ».

Peut-on être favorable à cette délégation expresse qui permettrait à la FHF (qui se considère comme notre employeur) de mettre la main sur notre formation continue ? La CPH et l'INPH considèrent qu'il y a danger que celle-ci soit instrumentalisée et que cela entraîne une perte d'indépendance de nos choix professionnels en ce domaine.

Réforme du médicament

A la suite du scandale du Médiateur, les pouvoirs publics ont décidé une réforme radicale du système d'autorisation des produits de santé et de leur surveillance. Dans un premier temps a été mise en place une série de concertations baptisée « Les Assises du Médicament »³ qui a permis d'occuper le temps et le terrain médiatique. Durant cette période, un projet de loi a été préparé dans les bureaux ministériels sans pour autant reprendre les propositions issues des nombreux groupes de travail de ces Assises. Les principaux points sont :

- La transformation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) en « Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » (ANSM) ;
- La publication des liens d'intérêt pour toutes les agences ou organismes sanitaires ;
- Un encadrement de la prescription hors-AMM en introduisant des autorisations de prescription temporaire, une mention obligatoire sur l'ordonnance (« prescription hors AMM ») et le caractère non remboursable du produit délivré dans ces conditions ;
- La publicité pour le médicament auprès des prescripteurs serait soumise préalablement à un « visa de publicité » donné par l'ANSM ;
- Une expérimentation, pour deux ans, de la visite médicale collective à l'hôpital assortie d'une interdiction de la visite médicale individuelle.

Par ailleurs, le Ministre de la santé a annoncé que l'industrie pharmaceutique serait taxée pour financer le DPC des professionnels de santé mais ce point ne figure pas dans ce projet de loi.

Il sera examiné en première lecture par l'Assemblée Nationale à partir du 27 septembre 2011. Plusieurs parlementaires ont annoncé leur souhait de durcir certaines dispositions.

Il faut noter que cette affaire a entraîné une vague de suspension d'AMM en France (pioglitazone par exemple) qui place notre pays en difficulté vis-à-vis des instances européennes et il faut s'attendre encore à de nombreux rebondissements.

Rapport sur l'exercice médical hospitalier

Le CNG vient de présenter un nouveau rapport dont l'objectif réel est la liquidation du statut de praticien hospitalier, de préférence avec le consentement éclairé des intéressés⁴. Les principaux éléments sont les suivants :

- Contractualisation individuelle généralisée,
- Rémunération avec une part fixe réduite par rapport à l'actuelle grille statutaire et n'évoluant que peu à l'ancienneté
- Grand retour des services sous la forme d'équipe médicale, avec un « chef d'équipe »,
- Notion de référent médical « chargé de veiller [...] à ce que

les conditions de vie au travail soient réunies pour permettre à chaque praticien de s'accomplir dans son exercice. »

Morceaux choisis :

« A ce titre, le praticien est rémunéré selon une grille comportant six échelons et correspondant à la plus grande partie de la rémunération statutaire actuelle. »

« Dans un exercice médical rénové autour d'une équipe contractualisant ses activités dans un tableau prévisionnel annuel d'activité, la pérennité de l'activité libérale à l'hôpital se pose. »

« La valorisation financière comprend une part fixe statutaire et une part variable, contractualisée conservant sa nature publique.

Une part fixe, selon un socle commun :

- assurant la sécurisation du parcours professionnel,
- améliorant notablement le début de carrière,
- peu évolutive à l'ancienneté,
- portant sur une part importante de l'actuelle rémunération statutaire.

Une part variable établie dans le projet d'équipe :

- établie dans la transparence,
- contractualisée avec un objet, une durée, une évaluation et une reconduction éventuelle et en cohérence avec le projet d'établissement,
- collective à effet individuel,
- portant sur un maximum de 30% de la rémunération. »

« La Mission propose que la masse salariale médicale fixée au 1er janvier 2012 serve de base de référence à la mise en oeuvre du protocole cadre. »

Cette généralisation de la précarisation des carrières et des rémunérations a-t-elle quelque chose d'attractif ? Dans l'état actuel de ces propositions, on peut même penser que les praticiens actuellement en poste et qui sont dans les derniers échelons vont « bénéficier » d'une réduction de leur salaire puisqu'il faut geler la masse salariale globale des praticiens à la valeur qu'elle occupera au 1er janvier 2012. S'il faut mieux rémunérer les premiers échelons, où prendra-t-on l'argent ? L'autre possibilité est la diminution du nombre de praticiens hospitaliers, ce qui augure de l'orientation de la politique hospitalière dans les prochaines années. ■

¹ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033>

² Ce courrier est accessible sur le site du CNG à l'adresse http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Lette1_definitive.pdf

³ Les débats des Assises du Médicaments sont accessibles à l'adresse <http://www.sante.gouv.fr/assises-du-medicament.8167.html>

⁴ Rapport sur l'exercice médical à l'hôpital : http://www.premiumwanadoo.com/revue.mhp/rapport_exercice_medical.pdf

ERRATUM : Dans le précédent numéro MHP n° 229 les signataires de l'article intitulé « Racket sur les hôpitaux » étaient les Drs Anne Gervais et André Grimaldi. Nous présentons nos sincères excuses aux lecteurs et signataires.

La CPH et l'INPH présenteront des listes communes aux élections statutaires

Trois sujets pour cette rentrée 2011 :

■ D'abord le mécontentement grandissant des PH : ils nous l'ont dit très fort quand nous les avons réunis au mois de mai et aussi chaque fois que nous les avons interrogés depuis un an maintenant,

■ 2ème sujet, le degré zéro du dialogue social,

■ 3ème sujet l'organisation des élections professionnelles à la fin de l'année.

La place des praticiens à l'hôpital ne cesse de se dégrader. Ils sont :

■ Découragés dans leur engagement pour la bonne marche de l'hôpital, les CME ne jouant plus aucun rôle, la communauté médicale n'a plus les moyens de se faire entendre ;

■ Assujettis à de multiples contraintes et aux diktats des administratifs en particulier pour leur carrière ;

■ Dénoncés comme des dépensiers irresponsables : même si la simple lecture des chiffres devrait permettre à tous de voir que depuis 20 ans c'est plutôt l'hôpital public qui a été le bon élève de la maîtrise des dépenses de santé, si nous vivons tous au quotidien les pressions pour le contrôle de la dépense et la réduction des moyens toutes les occasions sont bonnes pour dénoncer la prétendue gabegie du financement de l'hôpital public. La dernière occasion c'est le rapport de la CC sur le médicament ;

■ Maltraités pour leur évolutions de carrière avec des perspectives de moins en moins attractives et même les petites promesses d'amélioration de réparation des injustices et je pense particulièrement au temps partiel ne sont pas tenues.

Avec l'INPH nous avons dénoncé sans relâche, de manière constante les effets particulièrement toxiques qu'on pouvait attendre de la mise en application de la loi HPST voulue par les Pouvoirs Publics, voulue par la FHF, voulue et soutenue hélas par de nombreuses organisations en particulier de directeurs mais hélas aussi de médecins hospitaliers. Et donc cette réforme qui soulevait l'opposition de l'immense majorité des personnels non médicaux et médicaux, nous a été imposée et nous devons, à notre corps défendant, l'appliquer en payer le prix tous les jours.

Et devant nos critiques et nos demandes le ministre continue à temporiser, on pourrait presque dire à « jouer la montre » en nous promenant depuis décembre dernier sur une éventuelle reprise du décret CME et la concrétisation de mesures catégorielles sur lesquelles il s'était déjà engagé en 2007... Alors quand il nous annonce pour la rentrée l'ouverture de réflexions sur l'amélioration des carrières, on peut commencer à se méfier et craindre le pire, s'il s'agit de détricoter un peu plus notre cadre statutaire.

Le dernier « cadeau » fait aux PH par le ministère, c'est ce projet de décret sur l'OGDPC qui circule depuis quelques semaines où le DPC des hospitaliers n'apparaît que pour mémoire sinon pour envisager d'en confier la gestion à l'ANFH et donc à la FHF. Nous considérons que ce serait un véritable hold-up sur un développement professionnel continu des praticiens, qui doit être élaboré et géré par des PH pour des PH.

C'est donc dans ce climat de profond mécontentement que surviennent les élections statutaires : vous le savez la commission statutaire nationale a perdu beaucoup de ses attributions, encore un effet

délétère d'HPST, elle reste cependant avec le conseil de discipline une instance importante pour les praticiens et surtout elle est tous les 5 ans l'occasion de mesurer la représentativité des organisations professionnelles.

La CPH et l'INPH qui travaillent ensemble depuis 5 ans, dans ce contexte particulièrement difficile de naufrage du dialogue social, pour la défense et la promotion de l'hôpital public et des carrières de ces praticiens, qui appellent le plus souvent ensemble à la mobilisation des praticiens ont décidé de se présenter ensemble devant leurs suffrages en soutenant la constitution de listes communes CPH-INPH si possible dans toutes les disciplines.

Lors des élections de 2005 pour les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, sur 33000 inscrits, 15500 se sont exprimés :

■ 11500 pour la CPH et l'INPH.

■ 3500 pour l'union CMH-SNAM soit environ 3/4 et 1/4...

Nous nous devons de faire mieux et d'abord de mobiliser les praticiens sur les enjeux de cette élection.

Et en pensant à cette élection mais aussi aux élections de 2012 et à nos démarches vers les différents candidats nous rappelons notre plateforme en 7 points de ce que nous revendiquons à la CPH et à l'INPH :

1/ Des établissements et des équipes hospitalières financés à hauteur des besoins de la population. Et cela n'interdit pas de rechercher toutes les complémentarités utiles ou les regroupements entre établissements. Mais les missions de Service Public doivent être dans tous les cas financées et assurées ou coordonnées par le Service Public.

2/ Le rétablissement des prérogatives de la CME pour les décisions médicales : Projet médical, choix médicaux, recrutement des praticiens... et le respect de la collégialité qui doit régler les relations entre praticiens.

3/ La préservation de l'indépendance professionnelle des Praticiens, vis-à-vis des pouvoirs administratifs et financiers, seule garantie pour les patients d'une médecine de qualité.

4/ Une meilleure attractivité des carrières par revalorisation du statut de PH et de la sujétion de la permanence des soins et de sa pénibilité. Revalorisation en particulier de la rémunération de l'astreint;

5/ Une politique volontariste et forte d'amélioration de la démographie médicale, afin de relever les enjeux majeurs du renouvellement générationnel.

6/ Des modalités et des moyens de développement professionnel continu qui garantissent l'efficacité de la formation et le libre choix du praticien tout au long de sa carrière

7/ L'adoption des mesures nécessaires à la préservation de la retraite, qui ne peut rester amputée de 30% pour les jeunes générations.

Il est grand temps de redonner enfin aux Praticiens l'envie de venir et de rester à l'Hôpital Public.

Nous voulons y contribuer.

Dr Pierre Faraggi, Président de la CPH

Loi HPST : Risque pour l'Hôpital

Nous devons commencer par nous poser quelques questions :

Où va-t-on ?

Quelle révision du volant hospitalier la loi HPST ?

Quelle régulation financière du système de santé ?

Quelle est notre position sur les dépassements d'honoraires ?

Où va-t-on ?

La loi a supprimé le service public hospitalier au profit de partenariats public/privé. Le management de l'Hôpital Public présenté comme « neutre » se fait en réalité au nom de la rentabilité financière sur le modèle du management privé, Nous devons lui opposer l'efficacité c'est à dire le juste soin au juste coût.

On assiste à un transfert des fonds publics vers le privé lucratif. Pour survivre les hôpitaux adoptent progressivement les règles du privé : intéressement financier (IGR) ou suppression d'emplois (APHP)... Toutefois à ce jour, en France, les Hôpitaux ne peuvent toujours pas déposer le bilan; ce qui arrivera peut être demain comme c'est le cas dans d'autres Pays Européens (Allemagne...).

Quelle révision de la Loi HPST souhaitons-nous ?

1/ La Loi HPST a supprimé le service public hospitalier. Il n'y a plus que des Etablissements de Santé. Il faut revenir à un vrai service public, incluant les Etablissements PSPH.

2/ La structure de base de l'Hôpital doit être une structure de soins, quelle que soit son appellation, Unité, Service ou Département, et non une structure de gestion purement financière.

3/ La gouvernance est à modifier, sans revenir sur un débat stérile opposant les Directeurs et les Docteurs. Les Directeurs ne doivent pas être issus du Privé. La vision « monarchiste », verticale, du seul Patron à l'Hôpital, ne correspond pas à la réalité de la vie de la communauté hospitalière. Les chefs de pôle doivent être proposés par les chefs de service et pas seulement désignés par le directeur.

4/ La convergence tarifaire doit être abandonnée, tout en acceptant une comparaison entre hôpitaux publics comparables par les missions, le bassin de population, la taille, le bâti.... Ceci implique l'adoption de deux ONDAM, l'un pour le Public, l'autre pour le Privé.

5/ Le Financement de l'Hôpital doit être revu.

Seules trois modalités sont possibles : le Prix de Journée, le Budget Global et la Tarification à l'Activité.

Certaines activités peuvent être financées à l'activité, d'autres, comme les soins palliatifs nécessiteraient un prix de Journée, d'autres enfin un budget global, par exemple les maladies chroniques, l'Education Thérapeutique...

La tarification à l'activité fait l'objet d'une position de principe dogmatique de L'Administration qui l'utilise en réalité telle une « clef d'or », pour ouvrir les portes des restructurations forcées. La convergence tarifaire met automatiquement les hôpitaux en déficit puis en baisse d'activité au profit du privé lucratif

Quelle régulation du financement de la Sécurité Sociale ?

Je n'aborde pas ici l'élargissement des recettes de la SS mais la régulation des dépenses.

La SS résulte du compromis historique de 1945 à l'origine d'un équilibre entre solidarité et système libéral, lui aussi socialisé par le conventionnement.

Il faut revenir à une part de remboursement « sécurité sociale » de 80% pour les soins courants (tout en gardant les ALD 100%) comme c'était le cas en 1980, et non comme actuellement de 55%. En dessous de 50%, la Sécurité Sociale sera, dans son existence même, menacée. On rappellera qu'aux USA, le système solidaire (Medicaid, Medicare) ne couvre que 50% des dépenses ; les greffes d'organes n'y sont plus remboursées.

Le débat public doit trancher : Quelle enveloppe globale pour la santé, qu'est ce qui doit relever de la solidarité, et que rembourse-t-on ? C'est un choix de société.

25% des activités médicales seraient inutiles, avec de fortes disparités régionales. Nous devons ouvrir ce dossier.

Le bicéphalisme des décisions, voire le tricéphalisme paralyse le système. L'exemple de l'Inexium est éclairant. L'Industrie Pharmaceutique l'a offert aux Hôpitaux dont l'intérêt était donc de le prescrire, ce qui a assuré le développement à grande échelle de ce médicament en libéral (avec un surcoût de 100 millions d'Euros pour la Sécu)... et nul n'a eu la capacité de s'opposer à cette dérive.

Les Recommandations HAS doivent inclure le coût des prescriptions. Les AMM ne peuvent se contenter de recopier les données de l'Evidence Based Medicine, établies de fait par l'Industrie Pharmaceutique et ses plans de développement des médicaments.

Les dépassements d'honoraires

La question des dépassements d'honoraires, qui fait des ravages dans l'opinion publique, doit être discutée. Il faut revaloriser le secteur 1, dissocier liberté d'installation et conventionnement, en réservant cette liberté au secteur 1, afin de préserver l'accès aux soins. Pour le secteur 2, il faut négocier.

Pour le Secteur Privé à l'Hôpital, il faut retenir le principe de réalité. L'incitation au choix de ce secteur repose notamment sur l'amélioration de la retraite qu'il procure aux praticiens. Il doit cependant n'y avoir qu'un seul type de patient à l'Hôpital. Les abus doivent être régulés. Le n'importe quoi actuel ne peut perdurer. Les Honoraires doivent être versés à l'Hôpital qui les gèrera et après le prélèvement du à l'hôpital, reversera la part revenant au praticien. Idem pour les honoraires venant de travaux pour l'industrie.

Que Faire ?

Nous proposons la rédaction d'un manifeste, avec des fiches techniques, afin de permettre l'affirmation de quelques principes, de décrire l'état des lieux, et de faire des propositions.

Quelle révision de la Loi HPST ? Quel service Public de Santé ?

Voulons-nous plus de sécurité sociale ou plus de mutuelles et plus d'assurances privées ?

Il faut rappeler que le coût de gestion de la Sécurité Sociale est de 5%, alors que celui des Mutuelles et des Assureurs privés est de plus de 15%.

Accepte-t-on une couverture santé à trois niveaux : Sécurité Sociale, Complémentaires, Assurances Privées ?

Et si nous sommes favorables au maintien d'un système mixte, que doit rembourser la Sécurité Sociale ? Quels sont les soins utiles et justifiés relevant de la solidarité ?

André Grimaldi Professeur de diabétologie et président du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP)

GENESE D'UN FIASCO FINANCIER : Un exemple à ne pas suivre ?

Conçu pour être un Centre Hospitalier ultramoderne de la taille, d'un CHU, construit sur le site de Génopole et desservant un territoire de santé de 600 000 habitants, la construction du CHSF (Centre Hospitalier Sud Francilien) s'avère être un véritable gouffre financier.

Lors de la cérémonie de la pose de la première pierre le 10 juillet 2007, l'ampleur du projet et son mode de financement très particulier par un bail emphytéotique furent clairement expliqués par Serge Dassault, le Sénateur Maire de Corbeil- Essonne, Roselyne Bachelot à l'époque Ministre de la Santé, et Jean François Reverato, le Président d'Eiffage. On notera qu'à l'époque, Eiffage expliquait être responsable du bon fonctionnement de l'édifice !

De fait, Eiffage se révélera être complètement incapable de tenir ses engagements. Les locaux sont bien livrés comme prévu en janvier 2011, mais le bâtiment est non fonctionnel et dangereux pour les usagers ! Plus de 8000 défauts de réalisations sont relevés lors de la visite précédant la prise en mains des bâtiments par l'hôpital, en particulier des dysfonctionnements majeurs dans l'alimentation électrique, dans celui en eau froide et dans le réseau informatique. Eiffage est donc sommée de les corriger. Devant l'ampleur des travaux supplémentaires à réaliser, Eiffage demande 100 Millions d'Euros à l'établissement. La société demande donc que le loyer annuel à verser par l'établissement passe de 30 millions à 41 millions d'euros, ce qui représente un surcote pour le contribuable de 330 millions sur 30 ans ! En outre l'Etablissement devra s'acquitter d'un loyer de 38 millions d'euros pour l'année 2011 pour site non utilisé !

Dés lors, le Conseil de Surveillance de l'Hôpital s'insurge contre ces développements qui mettent gravement en péril les finances du CHSF alors que les efforts de la Direction et du Personnel avaient permis de remettre les comptes à l'équilibre en 2010. Manuel Vals, Député Maire d'Evry et Président du Conseil de Surveillance, et Alain Verret, Directeur du CHSF, de-

mandent le 30 juin 2011 la sortie du partenariat public-privé.

Ce fiasco financier est aggravé par les dysfonctionnements majeurs de la gouvernance instituée par la Loi HPST (Loi Bachelot) votée en 2009. En effet, cette loi a aggravé dramatiquement la gestion administrative des Hôpitaux en la rendant plus pyramidale et en retirant tout pouvoir aux instances démocratiques et de terrain : les élus et les soignants n'ont plus qu'un rôle consultatif. Il n'y a plus personne de décisionnel qui soit confronté aux réalités du terrain. **Les décisions sont pilotées à distance par l'Agence Régionale de Santé (ARS)** à la vue d'indicateurs complètement biaisés. **Il en résulte des décisions aberrantes** : à force de réduire le personnel par mesure d'économies, **un étage complet (sur quatre) est inoccupé** et seulement **un tiers des salles de blocs opératoires pourront fonctionner faute de panseuses et d'anesthésistes !** L'ARS, décidément complètement à coté de la plaque, demande, pour résoudre le problème de financement, à ce que soit fait deux millions d'euros d'économies d'ici décembre, en réduisant encore la masse salariale !!! Ceci ne peut que réduire l'activité et donc rendre encore plus impossible de payer le loyer de l'Hôpital.

Constatant l'incurie de l'ARS et ne pouvant mettre en place le plan de retour à l'équilibre suicidaire pour les finances de l'Hôpital que celle-ci lui impose, **le Directeur fait valoir prématurément ses droits à la retraite et quitte ses fonctions le 31 Août 2011.**

Un collège médical extraordinaire réuni en urgence le 2 septembre décide de créer une association de sauvegarde du CHSF ouverte aux Personnels et aux Usagers.

« Nous trouvons inacceptable de faire peser sur l'activité hospitalière des choix financiers que nous n'avons pas pu refuser ».

*Dr Henri Lelievre, Président de l'Association
« Sauvons notre Hôpital »*



Bulletin d'adhésion pour l'année civile 2011

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Spécialité exercée : _____

Statut et fonction : _____

Coordonnées professionnelles :

Etablissement : _____

Service : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____ BP : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Cedex : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Email professionnel : _____

Coordonnées personnelles :

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Email personnel : _____

Déclare adhérer au **Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics** au titre de l'année civile 2011, dont le montant de la cotisation annuelle est de 120 € (inclus un abonnement d'un an à la revue « Médecins des Hôpitaux Publics »)

Je souhaite recevoir les informations transmises par le syndicat :

- par courrier électronique sur mon adresse personnelle professionnelle
- par courrier normal à mon adresse personnelle professionnelle

Note : Plusieurs réponses possibles. Cependant, pour des raisons d'économie, la majeure partie des informations syndicales seront transmises par courrier électronique.

Règlement par chèque à l'ordre du SPHP

Merci d'envoyer votre cotisation à :

Eusébio De Pina Fortes

SPHP

BAL n° 75

3 Rue Jeanne d'Arc

75013 PARIS