

DEMAIN, SERA-T-IL TROP TARD ?

La promulgation prochaine de l'ordonnance sur la gouvernance hospitalière suscite un débat naturel mais aussi interrogations et parfois désinformation.

Bien rares sont en fait ceux qui ont eu le courage de parcourir le volumineux contenu du projet d'ordonnance et d'en suivre les diverses versions pour en faire ressortir les avancées, les dangers ou les incertitudes. Dès lors, profitant de cette situation, il n'est pas étonnant que certains confondent affirmation et démonstration.

Peut-on penser que les organisations qui négocient pas à pas ce texte soit au mieux manipulées au pire prêt à sacrifier les valeurs de l'hôpital public et les praticiens hospitaliers qui y travaillent dans un objectif invouable ?

C'est pour couper court à cette situation que nous souhaitons aujourd'hui faire un constat et apporter des informations.

Le constat : Aujourd'hui, dans nos hôpitaux, la responsabilité médicale est profondément remise en cause. La suradministration, la place prise par les directions des soins et de leur hiérarchie verticale renvoient le médecin à un rôle de professionnel de santé parmi d'autres. Les services médicaux sont de moins en moins identifiés comme des structures de base de l'hôpital capables de répondre aux besoins des patients. Les praticiens hospitaliers sont de plus en plus vulnérables dans leur indépendance et dans leur action ce qui explique le malaise actuel.

C'est la raison pour laquelle le changement s'impose ; pour notre part, nous considérons que la réforme doit rétablir la responsabilité médicale dans l'action hospitalière. Les structures médicales doivent retrouver légitimité, responsabilité et collégialité.

Le projet d'ordonnance répond-il à ces objectifs ? Qu'avons-nous obtenu ?

S'agissant des prérogatives de la CME (*article L6144/1*), nous avons obtenu dans la négociation, le rétablissement de toutes les prérogatives de la CME (projet médical, projet d'établissement, budget, tableau des effectifs, fonctionnement des services et des pôles ...). La CME reste l'organe représentatif de la communauté médicale ; elle a acquis la capacité à « demander au directeur de fournir des explications » si la CME a connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement. La CME a acquis la capacité de saisie auprès du conseil d'administration.

Actuellement, les chefs de service sont nommés après avis de la CME (100 % médical) et du conseil d'administration (20 % médical). Dans 95% des cas, cet avis conjoint aboutit à la nomination et à l'affectation du praticien. Dans 5% des cas, il y a divergence ou conflit. La commission nationale intervient avant l'arbitrage par le Ministre. Selon les nouvelles procédures, l'avis de la CME sera requis (100 % médical) ainsi que celui du conseil exécutif (50% médical). Dans les 95 % de cas d'avis convergent, la signature locale simplifiera le circuit de nomination. Mais, en cas de recours, c'est au niveau national que la nomination restera discutée et arbitrée.

Actuellement, c'est le conseil d'administration (20% médical) des hôpitaux qui décide de son découpage en service, département, fédération ... Il le fait sur la base du projet d'établissement et après avis de la CME.

Nous avons obtenu que le nouvel *article L6146/1* indique que les pôles cliniques et médico techniques seront définis conformément au projet médical d'établissement préparé par la CME conformément à ses attributions

Les responsables de pôle seront inscrits par le Ministre de la santé sur une liste d'habilitation à diriger un pôle (*article L6146/3*). Ils seront nommés après un avis du conseil de pôle et de la CME siégeant en formation restreinte. Peut-on sérieusement penser qu'un chef de pôle puisse être ainsi nommé par un directeur autocrate contre l'avis du conseil de pôle et contre l'avis de la CME ? Peut être mais n'oublions pas que de telles situations, certes exceptionnelles mais graves, existent actuellement dans nos hôpitaux alors même qu'ils fonctionnent selon la loi hospitalière de 1991.

Reste enfin la responsabilité médicale. Les conseils de pôle et les responsables de pôle devraient se voir restituer une grande part de leur responsabilité perdue. Ils seront assistés par un cadre supérieur et un cadre administratif indépendamment des hiérarchies verticales. Ils disposeront de nouveau de responsabilités retrouvées s'agissant notamment des équipes non médicales et de l'organisation générale. Les services médicaux sont réaffirmés. Les équipes médicales seront organisées en services permettant, au sein des pôles, de conserver l'identité des différentes spécialités médicales. Les unités fonctionnelles viendront compléter l'organisation.

Nous considérons que la situation actuelle ne peut être durablement défendue ; derrière des apparences, elle conforte la perte de la responsabilité médicale à l'hôpital et accessoirement, sauvegarde quelques intérêts particuliers. Les vaines polémiques et les propos excessifs de certains ne peuvent masquer la grande souffrance des praticiens hospitaliers.

Les vrais problèmes, les vraies exigences ce sont

- les remèdes à la désertification médicale et la démographie baissante ,
- les financements pour des hôpitaux financièrement exsangues,
- la reconnaissance des astreintes et bien sur la promotion statutaire autour d'un
- statut renforçant l'indépendance médicale, la valorisation de la retraite et redynamisant la carrière.

C'est l'union qui doit s'imposer et non des actions de façades.

Ensemble, nous devons investir les différents lieux de responsabilité créés, défendre le rôle et l'indépendance médicale au profit de nos malades et de nos patients exiger. Ensemble nous devons défendre l'hôpital public.