

LE RAPPORT

QUI

PIQUE

Quand les praticiens de
l'hôpital interpellent l'opinion
et les pouvoirs publics...

Janvier 2015

URGENT

SNPHAR^e

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers
Anesthésistes-Réanimateurs Élargi

Contact Presse

Docteur Yves REBUFAT
Président du SNPHAR-Élargi

CHU de Nantes – Hôpital Laënnec
Pôle Anesthésie Réanimation
Bd Jacques Monod – St-Herblain
44093 Nantes CEDEX 01

Tél (direct) : **02 40 16 51 47**
Tél (portable) : **06 86 87 62 76**

Courriel : yves.rebufat@snphar.fr

ÇA Y EST, VOUS L'AVEZ DANS LES MAINS !

Le **Rapport-qui-pique** du SNPHAR-E est **une interpellation des pouvoirs publics**. Il se veut aussi être **votre interpellation** ! Vous retrouverez ou vous y découvrirez, bien des aspects du quotidien vécu aujourd'hui par les hospitaliers, et ce, depuis plusieurs années.

Vous êtes :

- Madame la **ministre de la Santé**

Ce rapport, initiative syndicale originale, doit trouver sa place sur votre bureau au ministère de la Santé, autant que ceux qui l'ont précédé. En complément du Rapport Le Menn, il devra être suivi d'effet !

Vous êtes :

- **Praticien hospitalier**, permanent, contractuel, attaché (qu'importe votre statut),
- **Interne ou CCA**, qui envisagez peut-être votre avenir dans l'hôpital public,
- **Chef de service, chef de pôle**, peut-être **membre des instances** dans votre établissement,
- **Directeur d'hôpital** (et vous préférez ce terme à celui de manager de santé),
- **Directeur des Affaires médicales, DRH**,
- **Directeur d'ARS**,
- **L'un des 800 000 agents de la Fonction publique hospitalière**, investis dans votre mission,
- **Vous travaillez** dans le **médico-social** : vous

savez les difficultés de l'hôpital de recours dans votre arrondissement, vous en subissez les conséquences !

- **Vous êtes membre adhérent d'un syndicat**, (peut-être même, le SNPHAR-ÉLARGI),
- **Vous êtes aussi, comme Lucienne, l'un des millions d'usagers** qui ont déjà eu besoin de l'hôpital public et ont raison de faire confiance à ses acteurs, soignants, techniques ou administratifs : ils subissent des contraintes mais font tourner la machine, tant bien que mal...
- **Votre voix s'est déjà élevée dans le passé pour dire que ça doit changer !**
- **Vous êtes responsable politique, maire, élu local, ou régional, député, sénateur, très préoccupé de l'avenir des établissements** de votre circonscription,
- **Vous êtes journaliste**, spécialisé ou non dans les questions de santé, et vous avez vu les conséquences des changements récents, imposés à marche forcée...

Notre population ne restera pas longtemps sans réagir face à la mise en danger, faute d'attractivité pour ses professionnels, de ce formidable outil social qu'est l'hôpital public.

IL Y A URGENCE...

**LUCIENNE, UNE USAGÈRE
TRÈS MÉDIATIQUE COMMENTE
LES DIFFÉRENTES PARTIES DU
RAPPORT-QUI-PIQUE**

SOMMAIRE

■ Pour commencer... ÇA Y EST, VOUS L'AVEZ DANS LES MAINS !	3
■ Sommaire	4
■ Le mot du président LE RAPPORT-QUI-PIQUE : POUR RÉPARER L'HÔPITAL PUBLIC EN MAL D'ATTRACTIVITÉ	5
■ LE SNPHAR-ÉLARGI : C'EST QUOI ?	6
■ Verbatim EXPRIMER ENFIN CE DONT ON NE PARLE JAMAIS	7
■ « Une gestion comptable à la semaine faisant fi de la qualité des soins » - LE SENTIMENT DE CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE SÉCURITÉ DÉGRADÉES	8
■ « 70 heures payées 40 » - LE RÈGNE DU BÉNÉVOLAT FORCÉ	10
■ J'envisage, sans honte, peu de concessions sur ma vie personnelle	11
■ Paroles d'interne	11
■ « Je démissionne bientôt pour des remplacements, puis la clinique » - UNE ATTRACTIVITÉ EN CHUTE LIBRE	12
■ « J'en suis à plus de 1 000 nuits de garde et 2 000 astreintes » - LA PÉNIBILITÉ NON RECONNUE COMPTE DOUBLE	14
■ Point de vue, Richard Torrielli	15
■ « La pression politique est intolérable » - GOVERNANCE, MÉDECINS-ADMINISTRATIFS : LE GRAND FOSSÉ	16
■ Comment on s'adresse à moi « en me menaçant du CNG »	16
■ Synthèse des rapports APRÈS LES RAPPORTS, DES ACTES ?	19
■ NÉGOCIER, DISCUTER, CONTRACTUALISER INLIASSABLEMENT - interview Édouard Couty	25
■ DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, CETTE ÉQUATION HYPER COMPLEXE NON RÉSOUE	28
■ PRÉVOIR POUR NE PAS VOIR - interview de Silvia Pontone	30
■ J'AVAIS 20 % D'INTÉRIMAIRES BLACK-LISTÉS - interview de Didier Réa	32
■ ON MET UN COUVERCLE SUR LA COCOTTE-MINUTE - interview de Frédéric Pierru	34
■ LA SCHIZOPHRÉNIE DE L'ÉTAT PAR RAPPORT AUX HÔPITAUX PUBLICS - interview de Christophe Jacquinet	36
■ UN LIEN ENTRE DÉTERMINANTS MANAGÉRIAUX, ATTRACTIVITÉ ET QUALITÉ DES SOINS - interview de Matthieu Sibé	38
■ UNE APPROCHE PRÉHISTORIQUE DU MANAGEMENT - interview de Bertrand Mas	40
■ L'ANTI-RECRUTEMENT, OU DE L'ART DE FAIRE FUIR - témoignage	42
■ DES CHOIX PUBLICS QUI COMPROMETTENT LE MANAGEMENT ÉTHIQUE - interview de Michel Rosenblatt	44
■ LASSÉE, EXCÉDÉE, JE SUIS PARTIE FAIRE DE L'INTÉRIM - interview d'un médecin anesthésiste	46
■ LES DIRECTEURS DOIVENT ÊTRE MASOCHISTES - interview de Jean-Pierre Heurtel	47
■ POUR UN HÔPITAL « RÉFLEXIF ». LE CHANGEMENT À L'HÔPITAL ! DE QUOI PARLE-T-ON ?	49
■ LA DISTORTION COMMUNICATIONNELLE OU LE MENSONGE INSTITUÉ	50
■ RESPONSABILISER L'INDIVIDU PAR LA PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE - interview de Christophe Pacific	54
■ PÔLES HOSPITALIERS : POUR UN MANAGEMENT CENTRÉ SUR LES PERSONNES ET LES PROJETS - interview de Lætitia Laude	55
■ Brèves	58
■ MOI, ÉTRANGE PH ÉTRANGÈRE	59
■ LES PROPOSITIONS DU SNPHAR-E	60
■ CONCLUSION	62
■ Appel à souscription	64

LE RAPPORT-QUI-PIQUE

POUR RÉPARER L'HÔPITAL PUBLIC EN MAL D'ATTRACTIVITÉ

Le Rapport du SNPHAR-Elargi

Fin 2014 et en ce début 2015, le monde de la santé est entré en ébullition en France. Édifice social, longtemps fierté de notre système de soins, l'hôpital public n'est plus le pôle magnétique qu'il a représenté pour ses praticiens. Il s'y passe encore des prouesses, les soignants y manifestent leur humanité, mais, à présent, une gestion médicalisée confisquée, un simulacre de démocratie sanitaire et une incurie dans la gestion des ressources humaines ont abouti en quelques années à une grave crise de confiance entre « la base », - celle des soins -, et les élites dirigeantes, dopées au jus mêlé d'HPST, de l'EPRD, du PREF et de T2A (*).

Une maladie chronique, inédite en Europe, touche désormais les établissements de toutes tailles, y compris les hôpitaux universitaires. Selon les régions, dans certaines disciplines, **20 à 40 % des postes de praticiens hospitaliers restent en permanence vacants**. Les causes de la désaffection sont multiples. Ses effets ont fait l'objet de plusieurs rapports officiels qui, tous, ont préconisé des pistes pour enrayer ce processus de dégradation, porteur de périls. L'intérêt n'en est qu'un exemple.

Le Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs – Élargi (*) apporte aujourd'hui sa contribution en rendant public **son propre rapport**. Il est celui de l'expression libre des praticiens sur **notre site Internet snphare.com**. C'était à l'occasion de notre appel à la journée de grève des praticiens hospitaliers du 14 octobre dernier avec notre intersyndicale AVENIR HOSPITALIER. Son thème : **l'attractivité des carrières et la pénibilité** dans les hôpitaux. Ce **Rapport-qui-pique** est aussi celui de tous les autres, ceux auxquels nous le destinons: lecteur tout-venant, usagers, spécialistes, collègues d'autres syndicats, directeurs d'hôpitaux, ARS, CME, DRH, Presse, parlementaires...

Plus de 1000 témoignages nous sont parvenus ! Nous avons choisi de compiler cette masse d'informations sur la « **vraie vie de l'intérieur de l'hôpital** ». Nous l'avons enrichie par le regard de personnalités du monde de la santé qui, sans difficulté aucune, ont accepté de se prêter à des **interviews inédites**. Une **synthèse des rapports préexistants** nous renforce dans la conviction que tout aura été dit et écrit. S'il reste certes, encore et heureusement, des raisons de croire à la raison d'être de l'hôpital, la demande de **construction d'un front syndical fort** s'est largement manifestée pour **l'ouverture de négociations** par le ministère. Il ne reste plus qu'à faire. Il y a urgence !


(*) HPST : loi Hôpital Patient Santé et Territoires, dite Loi Bachelot (21 juillet 2009) ; EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses ; PREF : Plan de Retour à l'Équilibre Financier ; T2A : Tarification à l'Activité.

Ce **Rapport-qui-pique** arrive à point nommé, en ce début d'année. Il se veut compléter le dernier rapport en date à la demande de **Marisol Touraine**, ministre de la Santé : le **Rapport Le Menn**. Sa lecture devrait piquer au vif nos décideurs et les pousser à agir enfin dans le bon sens !

Puisse ce **Rapport-qui-pique** du SNPHAR-Elargi susciter aussi la curiosité et l'intérêt du plus grand nombre : les acteurs de l'hôpital public, bien sûr, mais aussi ses usagers, nos concitoyens. Qu'ils sachent ici que notre engagement ne vit d'abord que par leur reconnaissance. Nous l'espérons, avec la même énergie que celle que nous mettons à leur apporter chaque jour nos compétences.

Je souhaite **remercier tous les participants** qui ont contribué à ce rapport en nous livrant leur parole libre. Nous la porterons au plus haut en assurant une **diffusion la plus large à ce Rapport-qui-pique**.

Docteur Yves Rebufat

Le  remercie tous ceux qui ont contribué à ce **Rapport-qui-pique**

- Plus de 1000 praticiens hospitaliers, adhérents du SNPHARE ou non syndiqués, grévistes ou non grévistes qui se sont exprimés le 14 octobre puis les 22 et 23 décembre dernier.
- Édouard Couty
- Christophe Jacquinet
- Frédéric Pierru
- Bertrand Mas
- Didier Réa
- Michel Rosenblatt
- Silvia Pontone
- Les collègues et les Internes dont, pour certains, nous avons souhaité préserver l'anonymat.
- Matthieu Sibe
- Jean-Pierre Heurtel
- Gilles Herreros
- Christophe Pacific
- Laetitia Laude
- Marie Pezé

Des remerciements particuliers :

- À Max-André Doppia, pour la coordination et tout le travail fourni pour l'aboutissement de ce rapport.
- À Lucienne, pour avoir accepté, sans hésiter et gracieusement, d'être notre témoin et notre candide, tout au long de ce rapport.
- À François Silvan, journaliste, pour la conduite des interviews, la synthèse des verbatims et des rapports, en un temps record. francois.silvan@gmail.com
- À Christiane Mura et Jean-Baptiste Maison – ektopic@ektopic.com pour l'aide à la conception graphique de ce document.

LE SNPHAR-ÉLARGI : C'EST QUOI ?

Le **SNPHAR** (Syndicat national des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs) est un syndicat professionnel créé en 1984. Il est considéré comme **un syndicat représentatif** pour les pouvoirs publics. Il est largement reconnu comme **un syndicat moderne, de réflexion, d'analyses et de propositions, toujours ouvert au débat – ce Rapport-qui-pique en témoigne** -. Mais il est aussi reconnu pour **sa capacité à mobiliser fortement sur ses lignes** lorsque ce moyen devient indispensable pour que les praticiens hospitaliers se fassent entendre ou pour engager une négociation qui tarde à venir.

Initialement représentant des seuls anesthésistes réanimateurs hospitaliers, il prend, en 2009, le nom de **SNPHAR-E** (Syndicat national des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi) en s'ouvrant aux autres spécialités médicales hospitalières.

Le **docteur Yves Rébufat**, praticien hospitalier anesthésiste réanimateur au CHU de Nantes, préside le syndicat depuis novembre 2013 au sein d'un **conseil d'administration** élu de 18 membres. Le SNPHAR-E est membre de l'**intersyndicale Avenir Hospitalier** et de la **Fédération européenne des médecins salariés** (FEMS).

Ses membres sont présents et actifs dans les instances paritaires nationales (commissions statutaires et de discipline) pour y assurer la défense des praticiens hospitaliers dans les différentes spécialités.

Le **SNPHAR-Élargi** s'est doté de **moyens de communication performants**. Son site web et sa revue *PHARE* sont accessibles ici : > snphare.com.

[Cliquer ici pour lire la suite...](#)



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Moi, je vous le dis : l'hôpital appartient à tout le monde ! Il fonctionne bien grâce à nos impôts et nos cotisations, non ? On a payé pour ça toute notre vie... C'est pas pour y faire n'importe quoi maintenant ! »

Verbatim

EXPRIMER ENFIN CE DONT ON NE PARLE JAMAIS

Pourquoi les praticiens hospitaliers ont-ils suivi le SNPHAR-E dans son mouvement du 14 octobre 2014 ? Ils l'ont eux-mêmes exprimé sur la plateforme électronique que le syndicat a mise à leur disposition. D'autres, grévistes réquisitionnés, ou naturellement peu enclins à la grève ou encore, rechignant à laisser leurs confrères seuls, voire, pour certains, par principe, opposés à la grève, tous ont eu des choses à dire, pour les faire entendre.

Près de mille praticiens hospitaliers (PH) ont pris le temps de coucher par écrit leurs préoccupations professionnelles et parfois leur mal-être. À noter des témoignages de chefs de clinique ou chefs de service, pourtant non associés à l'appel à la grève. Vu les circonstances, les plaintes et revendications vont bon train. Si ce « rapport qui pique » se veut par ailleurs force de proposition, il nous semblait indispensable de faire remonter les ressentis de ces praticiens qui ont tenu à s'exprimer et qui reflètent, qu'on le veuille ou non, une triste réalité dans nombre de services ou d'établissements.

Dégradation

Un praticien explique ainsi sa motivation à faire grève par « la précarité de la situation des hôpitaux publics, les incertitudes quant à l'avenir de l'hôpital en général et du médecin hospitalier en particulier, les sous-effectifs et l'épuisement des équipes médicales... » « Je n'ai jamais été gréviste en 20 ans de carrière hospitalière. Mais la dégradation de nos conditions de travail est telle que nous devons faire entendre nos difficultés et revaloriser le statut de praticien hospitalier qui va être déserté par les nouvelles générations », complète et résume un confrère. Si les revendications financières sont évidemment présentes, on note dans leurs propos que l'attractivité passe aussi (surtout ?) par de meilleures conditions de travail et de qualité des soins. Vous le verrez, le poids de la pénibilité et surtout, le sentiment de non-reconnaissance qui l'accompagne sont presque systématiquement évoqués.

Tabou

Si le sujet est tabou en haut lieu, la base aborde ici très souvent la question de la dégradation de la qualité des soins. « Je soutiens à 100 % les grévistes, résume un

autre confrère qui énumère pourquoi : des conditions de travail et surtout une insécurité croissante pour les patients liée à la pratique imposée de l'ambulatoire sans tenir assez compte des pathologies associées, une réduction des effectifs médicaux soignants, un mépris de l'administration, une mutualisation aux dépens de la qualité des soins, (...) une mauvaise formation continue, des sous-effectifs chroniques... »

Les mots sont durs mais doivent être entendus. D'ailleurs, de nombreux rapports ont été remis aux autorités au fil du temps, avec des constats plus policés mais qui rejoignent ces témoignages du terrain dont nous avons réuni quelques extraits sous l'en-tête de cinq grands chapitres : conditions de travail et de sécurité, question du temps de travail et de sa rémunération, attractivité notamment auprès des jeunes, pénibilité et gouvernance/management.

À noter : l'intégralité des témoignages déposés sur notre plateforme électronique (dont ceux cités dans ce rapport) est consultable en [cliquant ici](#).

7

UN PH, C'EST QUOI ?

Pour ceux qui nous lisent et ne connaissent pas la jungle de nos statuts, un mot sur ces praticiens hospitaliers (PH). Le PH est un médecin titulaire de son poste à l'hôpital public. Il a une dizaine d'années de « vie hospitalière » derrière lui. D'abord en tant qu'« externe », en 5-6e années d'études de médecine, puis comme « interne » qui exerce à l'hôpital après ses 6 ans d'études. Après avoir passé sa thèse à la fin de l'internat, il devient docteur en médecine et exerce en tant que chef de clinique ou d'assistant hospitalo-universitaire (contrats de 2 ans). Le statut de PH leur devient accessible sous réserve de réussir un concours et de se voir proposer un poste... À ne pas confondre avec les praticiens (maîtres de conférence ou professeurs...) qui ont fait le choix d'une carrière universitaire. À noter : les PH ne sont pas fonctionnaires, mais agents nommés à titre permanent sur concours ou bien contractuel. Ils relèvent d'un statut spécifique qui n'est pas celui de la fonction publique hospitalière.

Verbatim « Une gestion comptable à la semaine faisant fi de la qualité des soins »

LE SENTIMENT DE CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE SÉCURITÉ DÉGRADÉES

Le constat est récurrent dans les témoignages des praticiens hospitaliers (PH) qui se sont exprimés sur la tribune libre du 14 octobre : avec la pression générée par une activité croissante (« course à l'acte » liée à la tarification à l'activité (T2A), besoins croissants de la population, afflux de patients « chassés » du secteur libéral...) dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, les conditions de travail se dégradent inéluctablement. Avec un climat qui pèse d'autant plus qu'il impacte la qualité des soins et les relations entre professionnels, d'après le ressenti des PH.

« Les conséquences en termes de gestion de flux de patients deviennent insupportables depuis l'avènement de la T2A, analyse un praticien. Chaque service « joue » pour lui et si un patient n'est pas rentable en termes de T2A, alors il devient un poids que personne ne veut prendre en charge. » L'ambiance qui découle de ces situations est propice aux conflits, avec les chirurgiens, les paramédicaux, entre PH... « Je suis dégoûtée des pressions exercées pour rentabiliser l'exercice sur la base d'une T2A défavorable et anti-médicale, illustre une pédiatre. Pour exemple, si j'intube un bébé en quelques secondes, je rapporte des sous à mon service. Si je passe 1 heure en salle de naissance à soutenir et cocooner le même bébé pour lui éviter d'être intubé et d'être séparé de sa mère, pas de recettes... » Ces exemples illustrent un sentiment largement partagé d'une institution aux objectifs essentiellement financiers, indiquant aux médecins comment faire leur travail pour être rentables, quitte à distribuer bons points aux services qui rapportent le plus, et à stigmatiser les « mauvais élèves ». « Je suis aujourd'hui presque contente si mes patients sortent avec des escarres car ils rapportent plus !, ironise encore une gériatre. Comme une énorme machine qui essaierait de me faire réfléchir sur mes patients d'abord « en euros » avant de le faire en termes de soins. Infernal... »

Craintes pour la qualité

Plus que la détresse, la colère point. Parallèlement les équipes se réduisent. « Les jeunes nous rejoindront-ils dans une équipe qui a fondu de 50 % », s'alarme un PH qui craint pour l'attractivité de son établissement. Le tout renforce la dégradation des conditions d'exercice, la pénibilité et un sentiment de « mal faire son travail », dévastateur, en dépit du recours à l'intérim par ailleurs très mal vécu. Un phénomène vu comme la quadrature

du cercle, un système vicieux qui pousse les praticiens au burn-out ou au dégoût. « Démédicalisation », « impossibilité de suivi des patients en hospitalisation », « impossibilité de s'impliquer dans le fonctionnement d'une unité fonctionnelle », « travail dans des conditions limites de sécurité », « sentiment de régression, de démotivation », « vaste impression de gâchis »... Le constat et les mots sont sévères. Le manque de matériel lui-même (ou la présence de matériel non fonctionnel), y compris en bloc opératoire, commence à être évoqué. Certains radiologues parlent d'équipements lourds « souvent obsolètes », « en retard de 5 ans sur le privé ». La sécurité des soignants est évoquée, notamment en psychiatrie.

Concomitamment, nombre de témoignages sonnent l'alarme quant à la qualité des soins. « La politique médico-économique nous oblige à exercer notre spécialité dans l'insécurité vis-à-vis de nos patients », évoque une anesthésiste. « Nous sommes un seul PH de jour et de garde (avec un IADE [infirmier anesthésiste]) pour gérer une maternité de niveau 3 avec presque 5 000 accouchements par an, complète un confrère alarmé. Nous demandons depuis des mois une seconde ligne de gardes PH ou au minimum un interne de garde, car la vie des femmes est réellement en danger lorsque plusieurs urgences simultanées surviennent et ce n'est pas rare ! Nous faisons une feuille d'incident à chaque événement grave mais rien n'y fait. »

Le malaise d'une éthique mise à mal

Nombre de PH expriment ainsi leur malaise à subir ces injonctions contradictoires, au regard des règles de bonnes pratiques des sociétés savantes et de la déontologie qui, elles aussi, doivent (devraient) être respectés à tout

moment, mais entrent parfois en contradiction avec les « commandements » reçus.

Un biologiste avoue que son laboratoire d'analyses ne peut plus fournir les résultats en temps et en heure certains jours, ni tourner la nuit. Pourtant, il s'est décarcassé pour respecter les objectifs du « plan d'économies 2012 » avec 10 % d'effectifs en moins à la clé. Depuis, l'équipe est restée figée...

Les exemples sont à l'avenant en anesthésie-réanimation, notamment avec l'ouverture des blocs opératoires sur dix heures durant lesquelles un anesthésiste peut être amené à suivre deux blocs à la fois parfois contre son avis en termes de sécurité pour des patients compliqués. Une consœur ajoute même que « parfois nous devons assumer quatre salles avec la pression administrative de rentabilité du bloc opératoire ». Le bloc est géré par un ingénieur sans compétences médicales, complète-t-elle... Avec « les 10 heures », un PH change continuellement de bloc, d'équipe... Certains témoignages évoquent des ouvertures de blocs sur 12 heures, avec débordements horaires en sus... Le terme de « conflit » dans les blocs opératoires est exprimé. « Il y a depuis 10 ans une régression majeure au niveau de l'attractivité, et aussi de la sécurité des patients, alors que cette sécurité s'était améliorée de façon spectaculaire lors des 20 dernières années », relève un autre anesthésiste qui évoque la fin des collectifs soignants avec les constants remaniements d'équipes garnies d'intérimaires, et où l'on ne se connaît plus.

Intérim et privé dans le viseur

Le phénomène de l'intérim cristallise beaucoup de critiques dans les verbatims de notre plateforme. Ces « vacataires » sont ainsi souvent qualifiés de « mercenaires », « non

engagés », « plus ou moins motivés et compétents qui désorganisent les services », par des titulaires épuisés, astreints, eux, aux gardes et aux week-ends. Pourquoi ne pas rémunérer le temps de travail additionnel, et même le revaloriser, afin d'éviter ce gaspillage (plus de 1 000 euros par jours pour un intérimaire) ?, s'interroge, incrédules, nombre de PH.

A noter également, un ras-le-bol exprimé vis-à-vis des cliniques privées. « C'est très facile de se recentrer sur les cas faciles et rentables alors que les cas les plus difficiles sont refilés à l'hôpital public », peut-on lire à titre d'exemple. « C'est de la médecine de gros sous et de bons dodos. Après 18 heures il n'y a plus de privés, c'est l'hôpital public qui se ramasse toutes les urgences », résume-t-on encore.

Dans ce contexte, la responsable d'une unité fonctionnelle (de petite structure) dit « opposer systématiquement à l'administration des arguments sécuritaires, refuser de faire des plages additionnelles, prendre intégralement les jours de formation, déclarer systématiquement les événements indésirables ». Bref mettre tout en œuvre de manière zélée pour assurer la sécurité et la qualité des soins. Un zèle semble-t-il bien malvenu.

Distorsion de communication

Et les contrôles réalisés en établissements ? « Ils ne servent à rien car l'hôpital est prévenu et va afficher une belle vitrine le jour du contrôle. Mais derrière il n'y a pas la volonté de mieux soigner, seulement celle de ne pas être sanctionné. Dès le lendemain les choses redeviennent « affreuses ». Les accréditations sont une vaste fumisterie », assène un témoin qui évoque même aujourd'hui « un taux de maltraitance énorme des patients et des personnes âgées ». « Les établissements répondent au coup par coup aux familles et veulent surtout éviter les plaintes, mais quid de la réflexion de fond ? »

Notons enfin le souci récurrent dans les témoignages de voir le temps non clinique [Ndlr, hors du contact des malades] se réduire comme peau de chagrin sous la pression de cette course aux actes. « Si nous voulons conserver notre niveau « d'excellence » tellement envié par bon nombre de pays, il faut une réflexion concernant la part de temps non clinique des praticiens, analyse-t-on. L'évolution et les progrès de la médecine nécessitent formation de soi et des internes, recherche, publications et autres activités permettant l'évolution des services : revues de morbi-mortalité (RMM), protocoles... » Sans adaptation des temps de travail et des effectifs, ce ne sera pas possible et les conditions de travail et de qualité du service public hospitalier ne cesseront de se dégrader, conclut ce gréviste du 14 octobre.

Dans ce contexte, la distorsion de communication entre « le tout va bien dans l'excellence de notre système hospitalier » et la réalité des faits devient assourdissante, à lire de nombreux témoignages.

La totalité des verbatims du 14 octobre est disponible ici : > snphare.com

DES MOTS ET DES MAUX

- « Le temps de travail, je m'en balance. C'est une question de conditions de travail. »
- « Nous bossons bien plus que ce qui nous est demandé par amour du métier, du patient et par conscience professionnelle. »
- « Il faut se justifier en permanence pour montrer que l'on est rentable. Mais quand je passe du temps auprès de familles de patients pour expliquer les conséquences de telle ou telle décision médicale, et que je les prépare au pire, comment est-ce que je « cote » ce temps ? »
- « Demandez-nous de quoi vous avez besoin, le directeur vous expliquera comment vous en passer. Ou « démerde-toi, le ciel t'aidera ». »
- « Nous assistons à une dégradation de la qualité, voire de la sécurité des soins, en dépit des démarches qualité engagées et affichées. »
- « L'hôpital est asphyxié, à bout de souffle. Nous ne sommes pas honnêtes vis-à-vis de l'opinion en lui faisant croire que notre système de santé est optimal. Son avenir doit être débattu, et pas seulement entre professionnels, il doit impliquer les usagers car ce sont eux qui sont potentiellement en danger. »
- « Il m'arrive d'assumer deux salles d'opération avec des patients ASA II, III et IV (Ndlr : patients avec anomalie systémique modérée (II), sévère (III), et avec menace vitale constante (IV)) sans aucune trace écrite de la hiérarchie en cas d'accident. »

Verbatim « 70 heures payées 40 »

LE RÈGNE DU BÉNÉVOLAT FORCÉ

Les récriminations sont également nombreuses sur notre plateforme d'expression, concernant des conditions financières sur lesquelles les directions semblent essayer de rogner en permanence, souvent en étant « borderline » avec la loi. Plus que le salaire global d'un praticien, c'est le sentiment de ne pas voir leur travail reconnu et d'être « roulé dans la farine » qui semble exaspérer le plus les praticiens hospitaliers.

« 48 heures de travail par semaine maximum, sans aucune exception », titrait un communiqué du Parlement européen à l'occasion du vote sur la directive européenne réglementant le temps de travail dans tous les pays de l'Union européenne. Une mesure qui s'appliquait aussi explicitement « au temps de garde, question d'une importance particulière pour le secteur de la santé », avaient commenté les députés. Les praticiens hospitaliers (PH) ne l'ont pas oublié et s'étonnent en cœur que les journées de travail de 10 à 15 heures soient comptées comme journées de 8 heures, que la permanence des soins le week-end soit si mal reconnue.

Semaines de 60 heures... ou plus

In fine, ce sont des semaines de 60 heures qui s'enchaînent, témoigne un PH. Un autre parle de semaines de 50 à 100 heures avec une absence de reconnaissance de la pénibilité, notamment les gardes et le week-end. Évoquons au passage le fait, largement relevé sur notre plateforme électronique, que, malgré la réglementation, aujourd'hui, le temps d'astreinte tarde à être compté dans la durée de travail. Les semaines des PH dépassent donc de fait le temps de travail maximum légal de 48 heures, pour des métiers qui portent sur la santé de nos concitoyens... De surcroît, les directions interprètent librement la notion de « demi-journées » dues par les praticiens pour comptabiliser assez systématiquement des semaines de 48 heures aux médecins... en se contentant de les payer 39...

Formation fantôme

Le respect de la réglementation - 8 demi-journées de travail clinique et 2 demi-journées de non-clinique (en dehors de la présence du patient) – est aussi maintes fois réclamé. Pourtant, les praticiens sont censés se former aux progrès médicaux, aux nouveaux matériels, aux nouveaux médicaments... Quand ce n'est pas le PH lui-même qui prend sur ses propres deniers pour s'assurer un plan de formation. Pourtant, le développement professionnel continu (DPC) est obligatoire depuis 2013. Il s'agit en tout cas d'une demande largement partagée dans nos témoignages qui montre bien que les PH ne sont pas ici dans une posture corporatiste mais dans la recherche de la qualité des soins. Inversement, le comportement « tracassier » de l'administration décrit par certains témoins, pour accorder des formations, laisse entendre que cette nécessité d'excellence n'est pas forcément partagée.

Et on leur demande accessoirement d'écrire des articles scientifiques et de participer à la recherche clinique, des mémoires et thèses universitaires... Autant d'activités qui participent à la qualité et au progrès des soins mais sont souvent non reconnues, témoigne-t-on.

Demi-journées de 6 heures

« Nous sommes prêts à travailler beaucoup - on ne parle pas ici bien sûr des 35 heures (!) - mais dans un cadre légal », commente un PH. Un anesthésiste parle ainsi de « semaines de 70 heures payées 40 » à des tarifs inchangés depuis 2010, et des gardes de 24 heures comptées comme quatre

10

DES MOTS ET DES MAUX

- « L'idéalisme de nos pairs, c'est fini. »
- « Notre rémunération est dérisoire par rapport à la pénibilité et à notre responsabilité vis-à-vis de la santé et de la vie des patients. »
- « Et si nous lançons une « class action » demandant le paiement des astreintes du dimanche et des heures supplémentaires de manière rétroactive depuis dix ans ? »
- « Le tarif de garde est minable pour être présent 14 heures de 18 h à 8 h. »
- « Les heures sup non comptabilisées et non payées. J'appelle ça non pas du bénévolat forcé, mais de l'esclavagisme »
- « Un travail mal organisé, mal rémunéré, incompatible avec une vie de famille... »
- « Le but de nos gouvernants est-il de créer une médecine hospitalière « low cost », comme dans l'aviation ? »
- « Nous sommes mal payés, taillables et corvéables par l'administration qui ne jure que par l'efficacité budgétaire. »

demi-journées... « Nous avons un logiciel informatique pour comptabiliser notre temps de présence mais ils refusent de l'utiliser pour le temps additionnel et ne nous donnent aucun décompte des journées prises et à prendre », explique encore une praticienne. 14 heures de travail de nuit pourront compter comme deux-demi-journées... Un forfait temps à géométrie très variable, mais toujours dans le même sens, révèle la quasi-totalité des témoignages.

Problème : les pénuries d'effectifs ne permettent pas de récupérer ces heures supplémentaires. « Faudrait-il s'en tenir à son temps de travail légal et repousser les opérations et consultations de patients programmées ? », s'interroge un praticien, les directions se refusant à payer ces heures. Conclusion de certains : la continuité des soins et la limitation des files d'attente des malades à l'hôpital public sont donc basées sur du bénévolat... Dans ce contexte, on comprend que la menace de suppression de RTT fasse bondir et soit une préoccupation récurrente sur notre plateforme d'expression. Dans le même temps, on retrouve souvent le sentiment que les réunions administratives sont sans cesse plus nombreuses, alors que le temps manque auprès des patients. Incompréhensible pour les médecins...

11 euros de l'heure

Dans ces conditions, sur une journée comprenant du temps additionnel, « en net, moins la fiscalité, le salaire horaire est celui d'un employé de maison », relève une anesthésiste. Un autre dit a fait son calcul : 11 euros net de l'heure en travail de nuit (garde). *In fine*, nombreux sont les commentaires réclamant la reconnaissance du temps de travail de nuit en revalorisant les 24 heures travaillées à hauteur de cinq demi-journées et non quatre, comme le calcule l'arithmétique administrative, visiblement plus calée sur l'heure solaire que sur le droit du travail.

Le décret sur les astreintes n'est pas appliqué, lit-on également de manière répétée. *In fine*, un remplaçant « payé à prix d'or », pourrait gagner deux à trois fois plus qu'un PH en poste sans effectuer de gardes ni de week-ends, relève une tribune.

Repos de sécurité non respecté

Absence de repos compensatoire, non-paiement de temps de travail effectif, sous-paiement des RTT, des

PAROLES D'INTERNE

« Il faut sauver l'hôpital public et lui donner plus d'attrait pour les futurs praticiens. Le praticien est acteur au sein de l'hôpital et non pas un vulgaire pion de la direction. Il a besoin d'être revalorisé et considéré. Un médecin qui choisit l'hôpital public n'est pas un raté... »

Si ça persiste comme aujourd'hui, bientôt l'hôpital public ne recrutera plus que des médecins étrangers sous-payés pour faire le même travail. Tous les médecins français seront malheureusement dans le privé, recherchant valorisation soit personnelle soit financière.

Dans l'idéal, l'hôpital public de demain ne devrait pas travailler pour « combler un déficit » mais bien pour « soigner des patients ». Malheureusement, aujourd'hui, ce sont des clients qu'on nous demande de voir partout... »

Céline

J'ENVISAGE, SANS HONTE, PEU DE CONCESSIONS SUR MA VIE PERSONNELLE

« Mon niveau de salaire espéré en début de carrière est très flou pour le moment et n'est guère source d'inquiétude. Comme beaucoup d'internes de ma génération, c'est surtout la question du temps de travail qui sera primordiale. J'aime mon métier mais il reste un travail et ne doit donc pas avoir de retentissement négatif sur ma vie personnelle. Homme comme femme, nous avons tous envie d'avoir du temps à consacrer à nos familles. J'envisage ainsi, et sans honte, peu de concessions sur ma vie personnelle.

Ce qui me ferait rester au sein de l'hôpital public serait l'émulation intellectuelle autour d'une équipe, le respect de nos droits (notamment en termes de temps de travail) et surtout la flexibilité des postes proposés. Me convaincre de rester ne serait pas compliqué, encore faudrait-il qu'ils prennent tous conscience (chefs de service, président de CME, DG...) que la perte d'attractivité de l'hôpital public aux yeux des jeunes est bien réelle mais pas irrémédiable : le dialogue avec les jeunes, d'égal à égal, concernant la façon dont ils veulent soigner est en revanche indispensable... »

Amélie, Interne en 1ère année

heures supplémentaires et des astreintes, y compris aux urgences... Ces constats pleuvent... Il est même impossible, sur certaines périodes, de prendre le repos dit « de sécurité » prévu après une garde en seconde partie de nuit sans désorganiser les services, expliquent de nombreux témoignages. Car personne n'est prévu pour pallier votre absence. D'autres évoquent un repos de sécurité tout simplement « pas appliqué », parfois à la demande de la hiérarchie médicale, « au nom d'un mandarinat suranné », ou que l'administration juge « inadmissible » de prendre. Globalement, il s'agit d'un travail « mal organisé, mal rémunéré, incompatible avec une vie de famille... », résume un PH. « Il ne s'agit pas de dire que nous sommes "malheureux" financièrement et dans le besoin, mais simplement de faire valoir que, pour la plupart, nous ne comptons pas nos heures cliniques et extra-cliniques (...). Or valoriser et reconnaître un travail, c'est valoriser et reconnaître celles et ceux qui le font, ce qui est indispensable à l'équilibre de tous donc à l'équilibre de l'institution hospitalière », résume un praticien. Dans l'immédiat, internes et praticiens fuient donc de nombreux établissements. C'est l'attractivité de l'hôpital public et « la relève » qui est en jeu.

La totalité des verbatims du 14 octobre est disponible ici : > snphare.com

Verbatim « Je démissionne bientôt pour des remplacements, puis la clinique »

UNE ATTRACTIVITÉ EN CHUTE LIBRE

L'un de nos témoignages parle d'une impression « d'obsolescence programmée du service public hospitalier ». Cette crainte latente sur l'avenir est une préoccupation récurrente dans les propos laissés sur notre plateforme de libre expression. Une inquiétude d'autant plus forte que les praticiens sont souvent venus à l'hôpital public par vocation. Ecœurement personnel et questions relatives à la fuite des jeunes diplômés sont latents.

« Nous aimerions faire de la médecine hospitalière, celle pour laquelle nous avons passé l'internat et le concours de praticien hospitalier (PH), pas seulement de l'abattage financier », lance un médecin après de nombreuses années passées aux urgences loin de sa spécialité.

D'autres témoignages sont beaucoup plus radicaux : « Nous hésitons tous ici, depuis des mois de non-écoute, à une démission massive de l'équipe pour passer dans le privé ou l'intérim médical. N'importe où, dès lors que l'on nous respecte. Le ministère doit nous entendre cette fois, sinon, c'est ce que nous allons faire, la lettre est prête. » Autre exemple choisi parmi d'autres : « Notre équipe est touchée depuis peu par des démissions sans remplaçant en vue », témoigne un PH gréviste, notant que la relève n'est pas assurée par les jeunes qui quittent l'hôpital, « et on les comprend », conclut-il.

Fuite des jeunes et « des vieux »

Nous l'avons vu, l'hôpital public se désorganise et se précarise. « Il devient non attractif et participe par son dysfonctionnement à démotiver les plus jeunes d'entre nous », se désole en effet une praticienne. « Les jeunes ont parfaitement compris que l'hôpital est devenu un monstre dont la bêtise le dispute à la cruauté, ce pourquoi ils s'en détournent », abonde une autre consœur. Autre phénomène largement évoqué : la fuite des PH en fin de carrière, faute d'un échelon supplémentaire motivant.

Dans un contexte de manque de considération pour les médecins hospitaliers, aussi bien par leur mode de nomination, de représentation et de rémunération, comment attirer ou garder les jeunes, notamment. Le statut de praticien hospitalier est aussi en jeu : n'ayant pas d'activité libérale rapportant de l'argent à l'hôpital, les PH sont au mieux ignorés de l'administration, au pire considérés comme un stock de ressources, dénoncent un certain nombre de commentateurs. Certains directeurs préfèrent cette approche à la fidélisation des plus compétents, relève-t-on.

« Sur neuf internes, un seul reste chaque année chez nous », déplore un anesthésiste de CHU. Le fossé est en train de se creuser avec le privé mais aussi avec les intérimaires « car le gouvernement refuse de considérer vraiment notre pénibilité au travail ainsi que les mesures correctives qui s'ensuivent », résume un témoin.

« Le privé nous fait les yeux doux »

Il faut dire qu'un différentiel « d'au moins 50 % » avec les rémunérations du privé est évoqué dans nos témoignage [Ndlr : bien en deçà de la réalité]. « Il y a 25 ans que j'exerce, je constate chaque jour d'importants dysfonctionnements avec une pression constante de rentabilité. Dans ces conditions, quels sont les avantages de l'exercice en hôpital public ? Je comprends complètement les jeunes collègues qui le quittent », peut-on lire. De jeunes médecins préfèrent choisir un statut de remplaçant professionnel, beaucoup plus avantageux financièrement et dégagé des principales contraintes (gardes, week-ends), note-t-on ailleurs.

« Et si les conditions s'aggravent encore, je n'exclus pas la possibilité de faire de même », complète ce praticien. Faute de mieux, pourquoi ne pas favoriser les

12



LUCIENNE
18 ANS EN VERLAN

« Il vaut mieux pour certains que des choses soient un peu camouflées sur ce qui se passe à l'hôpital, non ? C'est pas mal d'apprendre tout ce que les docteurs nous disent, là ! ».

passerelles afin de nous permettre de changer de métier ?, s'interrogent certains de ses confrères. Un ensemble de réactions qui s'apparente, vu de l'extérieur, à un sauve-qui-peut général.

« Vive le service public ! »

Tout n'est pas perdu, estime cependant un PH : « Restaurons la confiance et l'attractivité reviendra. » Rendre le service public hospitalier plus attractif auprès des jeunes diplômés est en tout cas un énorme enjeu maintes fois relevé. Inciter le recrutement des jeunes, bien délimiter le temps de travail et mettre en avant la pénibilité des gardes et astreintes seraient déjà trois mesures pour stopper l'hémorragie, note un consœur. Jusqu'à cette autre anesthésiste qui, dégoûtée, a franchi le Rubicon de l'intérim, mais n'attend en fait qu'une chose : revenir... si les choses changent un temps soit peu.

Revoir le fonctionnement des structures de soins en ayant une réelle politique RH à long terme est ainsi réclamé, en lieu et place d'une « gestion comptable à la semaine sans perspective d'avenir et faisant fi de la qualité des soins et de celle des médecins », pour reprendre l'expression d'un témoin.

« Attention, j'aime le service public, modère cet autre praticien. Mais les contreparties, notamment financières, ne sont pas à la hauteur des contraintes.

Bien entendu, toutes proportions gardées par rapport à d'autres professions qui gagnent moins que nous », complète-t-il avant de conclure d'un vibrant : « Vive le service public ! Vive l'hôpital ! Vive la France solidaire ! »

La totalité des verbatims du 14 octobre est disponible en [cliquant ici](#).



DES MOTS ET DES MAUX

- « Le choix du service public, c'était de gagner moins pour être libre. C'est désormais gagner moins les poings liés. »
- « Plan de carrière : néant.
Autonomie : néant.
Bureaucratie : ++ et jacobinisme régional en renfort du national.
Revenu : la moitié de ceux de mes copains de promo qui ont évité l'internat.
Reconnaissance : néant, ah si ! Exclusivité des gardes (perte de 15 % de revenu...) !
Charge de travail : 50 à 60 h/semaine.
Retraite : 67-70 ans ou plus ? »
- « Aujourd'hui, j'ai l'impression d'une démotivation des plus investis, avec un nivellement par le bas. »
- « Le service public est bradé. »
- « Je suis chef de service et je veux dire (HURLER !) la nécessité de travailler sur l'attractivité du métier de médecin hospitalier. Nous faisons un métier passionnant et pourtant de moins en moins attractif. »
- « Il existe une véritable démotivation conduisant à une situation soviétique : ceux qui le peuvent s'arrêtent, les autres se font oublier, font le minimum ou se débrouillent pour gagner de l'argent (activités libérales sans limites ou de mercenariat). Puisque tous les interdits sont tolérés tant que l'administration y trouve son compte... »
- « Quelle honte de voir que les privés s'arrangent pour faire croire que leur médecine est meilleure et moins chère que la nôtre. »
- « Nous sommes devenus quoi, nous médecins, dans un hôpital ? Des larbins que l'on stresse, que l'on menace, dont on exige un travail de codage, des paperasseries inutiles censées servir de vitrine à des directions qui n'ont plus rien à faire des valeurs du soin. Dans quel monde sommes-nous tombés ? »
- « Laisser se creuser l'écart entre public et privé est suicidaire. La fuite de jeunes praticiens contribue à dégrader la compétence globale du public. Et la situation du personnel paramédical est encore plus précaire, et de ce fait scandaleuse. »
- « J'ai quitté l'anesthésie depuis 10 mois pour un poste dans la fonction publique. Si les conditions s'améliorent avant ma retraite, j'envisagerai peut-être de revenir car ce métier passionnant me manque mais m'a aussi détruit. »

Verbatim « J'en suis à plus de 1 000 nuits de garde et 2 000 astreintes »

LA PÉNIBILITÉ NON RECONNUE COMPTÉ DOUBLE

Dans les faits, les semaines qui ne devraient pas dépasser 48 heures selon la réglementation européenne, atteignent facilement les 70 heures, « voire beaucoup plus » (voir aussi pages 10-11). « L'épuisement au travail » physique et psychologique est une des notions les plus largement évoquées au fil des témoignages laissés sur notre plateforme à l'occasion du mouvement du 14 octobre.

Les sources d'épuisement sont multiples à la lecture de nos témoignages. Qu'elles soient liées au rythme de travail, tantôt de jour tantôt de nuit, aux plages horaires mouvantes, à l'engorgement des urgences

ou à la difficulté à trouver des lits d'aval, à la violence surtout psychologique, parfois physique (du public, de l'administration, entre personnels de santé...), à la pénibilité des gardes qui font suite à une journée de travail d'une durée habituelle de 10 heures : « 20 heures de travail d'affilée à près de 50 ans, c'est dur ! », souffle un praticien hospitalier (PH). L'un des deux PH d'une Unité de soins palliatifs nous explique qu'assurer la continuité des soins les oblige à une présence 6 jours sur 7, une semaine sur deux, plus une astreinte téléphonique de 24 heures, non reconnue par la direction donc non payée...

DES MOTS ET DES MAUX

- « Un camionneur ne peut travailler 7 jours de suite car on considère qu'il peut mettre en jeu la sécurité d'autrui, un médecin peut travailler 13 jours de suite (comme cela nous arrive souvent) et cela ne gêne personne. »
- « Avec 50 à 100 heures par semaine, c'est le *burn-out*... »
- « J'ai 60 ans, en arrêt de travail depuis 8 mois pour récurrence de surmenage professionnel. Il m'a fallu 5 minutes pour inscrire sur un papier dix noms de collègues, soit morts au/par le métier (suicide, alcool, toxicomanie...), soit "torpillés" par une affaire médico-légale. Par chance, j'ai sauvé ma peau. »
- « Urgentiste depuis 8 ans, je suis en cours de réorientation. (...) Je ne supporte plus le travail 2 à 3 week-ends par mois à temps partiel sans vie épanouissante possible en dehors de l'hôpital, les départs répétés du personnel médical et paramédical, la sensation de solitude face au flux de patients et au manque de place récurrent... (...), les nuits seul avec parfois plus de 30 patients présents à gérer et la nécessité de « négocier » tout avis, toute imagerie et toute place au sein de l'hôpital, la sensation de gueule de bois le lendemain des gardes... Une pénibilité non reconnue et pourtant dévastatrice pour la santé. »
- « Les risques psychosociaux sont complètement ignorés par nos chefs de service (professeurs de CHU) et la direction du CHU, malgré un cas de *burn-out* chez un médecin et le suicide d'une infirmière anesthésiste. »
- « La pénibilité de carrière n'est pas reconnue alors que nous sommes une majorité à « crever lentement » au contact d'usines à gaz bureaucratiques comme seul notre pays sait en fabriquer. »

« Un stress incommensurable »

On retrouve dans les verbatims ce sentiment exprimé d'« injustice dans le traitement des praticiens, considérés comme appartenant à une classe de "privilegiés", corvéables dans des conditions limite inhumaines avec des heures de travail non payées qu'aucune catégorie socioprofessionnelle de ce pays n'accepterait ».

Après l'internat et 4 ans de gardes d'urgences sans repos de sécurité, puis 4 ans de clinicat (toujours avec gardes aux urgences loin de sa spécialité), un praticien parle de « stress incommensurable » et de « séquelles physiques et morales dont on ne parle jamais ». Même les plages de consultations peuvent être vécues « dans un état de stress permanent », peut-on lire, en raison de l'afflux incessant venant des urgences en plus des patients programmés. Comment penser sérieusement que des plages continues de permanence de soins (gardes) de 24 heures n'influent pas parfois sur la sécurité des soins et des patients ?

s'étonnent les PH sur notre tribune libre. Il en est de même de l'absence (ou des refus) de repos après une astreinte de nuit ou un week-end travaillé, constat largement évoqué. Un confrère estime qu'il serait raisonnable « au moins de nous faire faire à ce moment-là du travail administratif, pour ne pas être en contact avec des patients que nous pourrions mettre en danger en raison de notre fatigue ». Un praticien en maternité parle de « deux, voire trois gardes par semaine » liées à la désorganisation (une liste de garde pour la maternité, une autre mi-garde/mi-astreinte à partir de minuit pour le reste de la chirurgie. Ce sans reconnaissance des heures travaillées après minuit.



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« Un seul anesthésiste pour plusieurs salles, ça existe ? C'est normal, ça ? »

reconnus par l'administration, nous précise-t-on. « Il ne faut pas s'étonner que tant de confrères se mettent à boire », se désespère un anesthésiste. On nous dira ensuite qu'un accident récent ayant fait la Une des journaux n'est qu'un fait divers relevant d'un comportement individuel répréhensible. De quoi s'interroger en effet... De quoi se mobiliser sur cette question de plus en plus aiguë de la pénibilité à l'hôpital public.

La totalité des verbatims du 14 octobre est disponible en [cliquant ici](#).

Une reconnaissance pour la retraite... au moins ?

La reconnaissance de la pénibilité pourrait au moins donner droit à un compte pénibilité en fin de carrière, suggère un praticien. On retrouve cette réflexion à maintes reprises, que l'on suggère une valorisation des pensions ou bien un compte retraite anticipée alimenté par les gardes et les astreintes... « Je ne pourrai prendre ma retraite qu'à 67 ans après 1 000 nuits de garde », constate un médecin. Une inquiétude qui revient régulièrement, avec l'évocation d'un revenu divisé par deux entre le dernier mois d'exercice et le premier mois de retraite... La non-prise en compte des rémunérations des gardes (nuits) et des astreintes (contrairement à ce qui se passerait dans d'autres métiers) est ici vécue comme une énorme injustice. Non seulement la charge de travail est très lourde - et de plus en plus lourde -, mais la pénibilité n'est absolument pas reconnue, ne serait-ce que moralement, lit-on au fil des doléances. Un praticien en médecine gériatrique aiguë s'en désole, tout en précisant qu'il ne fait pas grève car il ne veut pas laisser son collègue avec 30 patients sur les bras... La notion de « pression psychologique » dans certains services (soins palliatifs par exemple) n'est pas plus reconnue, constate-t-on ailleurs. *In fine*, c'est la refonte de la permanence des soins qui est demandée par certains.

Praticien cherche médecin... du travail

Face à ces constats, la demande de voir siéger des représentants syndicaux de médecins au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est évoquée dans nombre de témoignages. L'impact de la pénibilité sur leur santé est évoqué par les praticiens... mais non mesuré dans les services et encore moins par la médecine du travail. Les risques de maladies cardiovasculaires, burn-out, anxiété, dépression, fatigue chronique..., autant d'effets connus de l'alternance de travail jour/nuit dans les conditions existant à l'hôpital, sont cités avec inquiétude dans ces témoignages, mais non

POINT DE VUE

Je suis persuadé que nous n'en sommes qu'au balbutiement des restructurations nécessaires et au début d'un bouleversement du paysage médical national.

Il est évident que la médecine, de plus en plus technicisée, ne pourra se pratiquer que dans des centres de taille adéquate. Ces établissements seront dotés de plateaux techniques performants et des effectifs soignants nécessaires à leur fonctionnement. Les établissements de petite taille seront regroupés ou verront leurs missions réorientées. Devront être développées en parallèle les maisons de santé de premier recours, ainsi que l'HAD (hospitalisation à domicile), gage de soins de proximité humanisés.

C'est à ce prix que les hôpitaux retrouveront un fonctionnement harmonieux, et par voie de conséquence directe, que les carrières médicales et soignantes redeviendront attractives : tout autant celles des personnels œuvrant au sein d'hôpitaux dignes de ce nom, que celles d'un secteur libéral généraliste dans les territoires, indispensable courroie de transmission d'un système de santé publique assumé.

Si, au nom d'intérêts locaux à court terme, le courage politique fait défaut pour accélérer la concentration des moyens humains et matériels, un développement massif des professions « médicales » intermédiaires adviendra inmanquablement par la force des impératifs budgétaires. La conséquence n'en sera pas tant la perte de qualité technique, mais l'émiettement désastreux de la mise en œuvre divisée d'actes confiés de façon tayloriste à une myriade d'intervenants pour un seul patient. Cette division du travail, si efficiente jadis dans les usines automobiles ou autres, ne sera en aucun cas productive de satisfaction au travail et d'attractivité, sinon à court terme pour celles et ceux qui y verraient une illusoire promotion professionnelle...

Dr. Richard Torrielli

anesthésiste-réanimateur
ancien praticien hospitalier au CHU de Bordeaux
chargé de mission au conseil d'administration du SNPHAR-E

Verbatim « La pression politique est intolérable »

GOUVERNANCE MÉDECINS-ADMINISTRATIFS : LE GRAND FOSSÉ

Praticiens ignorés, voire méprisés, organisation déficiente, règne du clientélisme, déficit démocratique, gestionnaires, dictature de l'activité au détriment de la qualité... La gouvernance et le management sont la cible de très nombreux praticiens hospitaliers (PH) qui se sont exprimés sur notre plateforme électronique le 14 octobre, décrivant une situation digne de Kafka.

« La loi HPST nous met sous la coupe d'un directeur uniquement motivé par l'équilibre budgétaire, servant une ARS qui finance des actions transversales par des crédits alloués sans moyens humains supplémentaires, et qui impose un plan de retour à l'équilibre budgétaire au détriment du travail de base : perte de moyens humains, augmentation de la charge et de la pression du travail suite aux diminutions de capacités. » Le verbatim de ce praticien synthétise les commentaires et ressentis de nombreux autres confrères qui se sont exprimés dans la tribune libre du 14 octobre. La sensation d'être taillables et corvéables à merci prédomine, avec d'autant plus d'amertume que la méconnaissance par l'administration de l'hôpital du travail fourni - et par la hiérarchie médicale dans certains retours - se double souvent d'une impression de mépris. Sauf lorsqu'il s'agit de donner des bons points... « aux plus rentables », lit-on parfois.

En attendant, « nous n'avons pas notre mot à dire dans les choix stratégiques de l'établissement », déplore-t-on encore sur notre plateforme électronique. Un sentiment largement partagé par d'autres qui estiment que les directeurs « prennent des mesures sans concertation avec le personnel médical aboutissant à une désorganisation des services ». Résultat : des objectifs financiers omniprésents, mais pas d'objectifs médicaux. La « disparition de toute vision prospective dans le management » est également couramment constatée (voir nos interviews sur l'intérim pages 32 et 46). Dans ce contexte, on parle « d'usines à gaz d'une rare complexité »

16

Gestion démedicalisée et clientélisme

Nous avons vu par ailleurs dans ce cahier que le management administratif n'est pas épargné, de son côté, par les tensions. Il reste que la loi HPST, « mortifère pour l'hôpital public », selon un PH, en venant s'ajouter aux phénomènes induits par la tarification à l'activité, semble avoir creusé un profond fossé entre praticiens et administratifs, avec un sentiment général d'incompréhension des PH face à la gestion actuelle de l'hôpital public. Les expressions « directeurs dictateurs » ou « diktat des ARS » apparaissent dans la bouche des PH. « L'évaluation des directeurs et des directoires devrait se faire sur l'accomplissement de la mission de service public en priorité. La finance doit être au service de cette mission et non l'inverse », juge un autre praticien.

COMMENT ON S'ADRESSE À MOI « EN ME MENAÇANT DU CNG »

Cette histoire n'est pas une fiction. Elle se passe dans un hôpital en France au XX^e siècle.

Lors d'un procès en mauvaise pensée médicale l'Inquisiteur menace l'hérétique de le traduire devant la Cour du CNG. L'inquisiteur invoque la toute-puissance de la dette dont l'hérétique est le responsable par son comportement trop personnel. Tous les moyens de torture mentale sont utilisés. Son statut, lui dit-on, ne le protégerait en rien des foudres de la justice divine.

Qu'il avoue et retourne dans le troupeau où bien il sera banni !

Heureusement que le sang camisard coule dans mes veines...
Heureusement que le syndicat a été là...

Les personnages de cette histoire sont réels. L'histoire n'est pas finie...

Et ça peut arriver à tous...

pour les astreintes, le temps de travail additionnel, le développement professionnel continu (formation). Une complexité vécue comme une volonté de nuire, ou en tout cas de ne pas payer... Certains parlent ici « d'opacité » pour les formations que l'on rechigne à octroyer...

Besoin de démocratie

Cette vision négative de la gestion s'accompagne dans beaucoup de propos d'une image de balkanisation et de clientélisme. « L'administration possède de plus en plus de pouvoir, transformant nos hôpitaux en arène politique avec nomination et soutien de celui qui convient le mieux à l'administration plutôt qu'à son équipe médicale, commente ainsi un PH. On marche vraiment sur la tête ou bien c'est diviser pour mieux régner ». Un rêve : le chef de service désigné par ses praticiens, des chefs de pôles [Ndlr : structurant regroupant plusieurs services, unités fonctionnelles...] choisis par le corps médical et non le directeur... Même la Commission médicale d'établissement (CME) [Ndlr : instance représentant les médecins dans un établissement de santé] doit se démocratiser, avancent certains qui soulignent l'apparition de « médecins managers et politiciens ».

Bref, l'expression d'un besoin de démocratie est omniprésente dans un contexte où la cooptation règne désormais en maître pour les nominations, lit-on dans de nombreuses tribunes.

Responsabilités brouillées

Dans ce contexte, la restauration de la CME comme lieu d'exercice de la collégialité dans l'organisation hospitalière, centrée autour du malade et non sur la gestion, est une attente récurrente. Une CME dont l'avis devrait primer, estiment beaucoup, mais qui est souvent vue désormais comme une chambre d'enregistrement des décisions d'un directoire critiqué dans de nombreux témoignages : « C'est un véritable "politburo" digne d'un système stalinien », commente un praticien. Autre lieu, autre vision : un confrère voit, lui, un directoire soumis au directeur vu comme omnipotent...



Certains prônent aussi souvent un partage clair des responsabilités entre chefs de pôles et chefs de services, avec une autorité fonctionnelle et opérationnelle sur le personnel. Or le pôle est parfois vécu comme « une couche supplémentaire et opaque entre direction et médecins », ou comme le bras armé de la direction. D'autres aimeraient qu'il ait au contraire plus de pouvoir dans les choix budgétaires.

On voit que les lignes sont brouillées en matière de responsabilités et de prérogatives, et visiblement très différentes d'un établissement à l'autre. Mais les signes de défiance sont néanmoins très nombreux dans les propos des praticiens. La tendance générale est d'évidence au cloisonnement et aux très fortes tensions avec une révolte latente des praticiens face à une « démedicalisation » des décisions et de l'organisation.

La porte reste ouverte

« Il manque un maillon médical décisionnel stratégique et politique de projection et d'organisation des projets médicaux dans nos établissements hospitaliers publics actuellement », synthétise un praticien de l'ouest du pays, qui remarque que le chef de service a disparu des personnes qui comptent face aux autorités depuis la loi HPST. Or cet échelon opérationnel reste indispensable

DES MOTS ET DES MAUX

- « Nous sommes devenus les ouvriers spécialisés de l'administration qui, au mieux nous ignore, au pire nous rabaisse. Une nouvelle race de serfs est née. »
- « Des mots et des actes parfois à la limite de la maltraitance. »
- « La jungle des pouvoirs aboutit au non-respect de la déontologie hospitalière. »
- « Certains directeurs de CHU se comportent comme des hors-la-loi. »
- « Le pouvoir politique est souverain, il crée la peur, la punition, la déshumanisation, et au final la perte du service public. »
- « Il y a un mépris du corps médical par l'administration hospitalière. »
- « Ce n'est pas en dévalorisant qu'on incite à s'investir. »
- « Les directeurs généraux formés dans le même moule gèrent les hôpitaux comme des conserveries. »
- « Nous assistons à la destruction du service public et la soumission du corps médical à un directeur méprisant et ignorant des soins qui fait des économies au détriment des salariés, et qui précarise le personnel. »
- « Il faut rétablir la démocratie à l'hôpital, arrêter les « fonctions Louis XIV-Roi Soleil du directeur, pour rééquilibrer les pouvoirs. »
- « Réaffirmer la place du médecin dans la gouvernance de l'Hôpital, cela ne signifie pas revenir au temps des mandarins bouffis d'ego qui dirigeaient leurs services comme bon leur semblait. Il faut trouver un équilibre entre cela et le plein pouvoir aux administratifs qui sont à 1 000 lieues des réalités quotidiennes du travail auprès des patients. »
- « Que l'administration prenne davantage en compte nos idées et initiatives. En contrepartie, nous nous engagerions à prendre en compte, faute de l'avoir fait avant, l'aspect économique des choses. »

au bon fonctionnement d'un service au quotidien, estime-t-on souvent.

En dépit des nombreux propos de colère relevés sur la plateforme, certains laissent la porte ouverte. « Que l'administration prenne d'avantage en compte nos idées et initiatives. En contrepartie, nous nous engagerions à prendre en compte, faute de l'avoir fait avant, l'aspect économique des choses, propose un praticien. Et pourquoi pas nous former à l'économie (les torts sont partagés). » La bonne volonté peut être au rendez-vous, témoigne encore cette praticienne : « J'essaye de faire passer les messages et d'œuvrer à améliorer les choses via le dialogue au quotidien avec les représentants de l'institution. Mais depuis 10 ans les choses ne font que se dégrader. Je trouve que le dialogue n'est actuellement plus possible. Nos interlocuteurs administratifs sont très différents, ils méprisent les soignants et surtout les médecins. » Sur le plan du moral, l'impression de ne pas avoir la reconnaissance des efforts quotidiens est prégnante dans les propos. L'ignorance du public de cette asphyxie progressive de l'hôpital public ajoute à ce sentiment de non-reconnaissance. Certains estiment même devoir globalement « faire face à des patients peu reconnaissants », ce qui ajoute à la souffrance au travail.

Bien sûr, certaines personnes des directions sortent du lot, peut-on lire. Mais elles ne sont pas assez nombreuses pour peser, estime un témoin. « Il est impératif de trouver une solution à la situation actuelle en forme de consensus », ajoute cependant un autre praticien. Même exaspérés, voire désespérés si l'on s'en tient à certains verbatims, les médecins hospitaliers ne perdent pas le sens de la mesure et laissent la porte ouverte à la discussion... « Je fais grève mais je suis pour une transition qui responsabilise les administratifs et les médecins dans une alliance intelligente dans l'intérêt de tous les patients et leurs proches, résume un PH. L'hôpital doit servir les collectivités et pas les intérêts particuliers. »

Si la porte ne semble donc pas fermée, la très grande majorité des propos est lapidaire (voir notre encadré Des mots et des maux). Il est urgent de communiquer à nouveau, d'où qu'en vienne l'initiative. Même si les premières discussions risquent de faire des étincelles.

La totalité des verbatims du 14 octobre est disponible en [cliquant ici](#).



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« J'étais fière de ce que je faisais à l'hôpital. Quand je suis partie, le directeur m'a dit que j'étais un excellent agent ! Mais, à vous lire, on a l'air bien plus malmené aujourd'hui... »

Synthèse des rapports

APRÈS LES RAPPORTS, DES ACTES ?

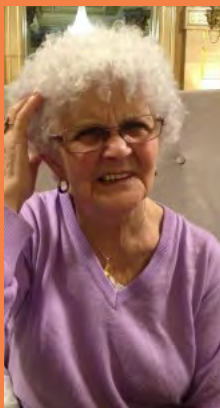
Cinq rapports officiels sur l'hôpital public ont été publiés en 4 ans, dont quatre sur les 2 dernières années. Ils concordent sur le diagnostic et de nombreuses mesures à prendre pour le service public hospitalier. Nombre de leurs propositions rejoignent celles des praticiens hospitaliers et de leurs syndicats, notamment du SNPHAR-E et de l'intersyndicale Avenir hospitalier. Nul doute que la mission Le Menn arrive aux mêmes conclusions. Mais si vous voulez faire le « Jeu des 7 différences », voici une piqûre de rappel sur les kilos de papier accumulés sur les étagères du ministère de la Santé.

Rapport sur la modernisation des ressources humaines (2011), « Pacte de confiance » (janvier 2013), mission sur l'intérim médical hospitalier (décembre 2013), rapport de la FHF sur l'attractivité (avril 2014), évaluation des pôles hospitaliers (mars 2014)... L'hôpital public est l'objet de toutes les attentions... sur le papier : cinq rapports en quatre ans, pour ne citer que les plus récents (voir encadré). En ce début 2015, la mission Le Menn, ex-sénateur et ancien directeur de l'hôpital de Saint-Malo, doit donc remettre un énième rapport commandé cet automne par notre ministre de la Santé, Marisol Touraine, alors que la pression syndicale s'intensifiait. Une « mission rapide » chargée de faire « des propositions sur la diversification des modes d'exercice, le fonctionnement en équipe, la dynamisation des carrières médicales hospitalières et leur gestion, notamment en début et en fin d'exercice », mais aussi sur les conditions de travail. La mission pouvait être rapide... il suffisait probablement de lire les rapports précédents. Et notamment le plus large par son angle d'approche : le Pacte de confiance commandé par Marisol Touraine à son arrivé au ministère de la Santé, il y a bientôt trois ans.

Pacte de confiance ou de défiance ?

« Il faut rétablir la confiance. Car sans elle, une politique ne s'inscrit pas dans la durée. Parce qu'elle permet d'être à l'écoute, de se parler, de négocier, de forger un projet commun, de rendre des comptes, d'être responsables ensemble. Voilà le message que je veux transmettre au monde de l'hôpital. » Ainsi s'exprimait Marisol Touraine en mars 2013 à la remise du Pacte de confiance dirigé par Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes et grand connaisseur du milieu hospitalier (voir aussi notre interview p. 25). Une concertation animée par 150 participants partagés en cinq groupes de travail autour de grandes thématiques : Service public hospitalier et financement ; Dialogue social et ressources humaines ; Organisation et fonctionnement. Quoi de plus complet ? À cet égard, le lancement d'une énième mission en lieu et place d'actes n'était sans doute pas la première des pierres à poser pour rétablir cette confiance.

« Une perte de confiance affecte l'ensemble du secteur », écrivaient en effet les auteurs : confiance des malades sur l'accès aux soins, des professionnels dans l'avenir de leur institution, des pouvoirs publics « dans cette grande



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Les classements d'hôpitaux, ça inquiète plus que ça rassure. Des hôpitaux de qualités différentes ? Non, mais, y' a quelque chose qui va pas, là ! »

institution à la fois coûteuse et génératrice de richesses et de lien social ». « En une dizaine d'années, l'hôpital public a perdu progressivement ses repères, à l'instar de très nombreux professionnels qui y travaillent, écrivaient encore les rapporteurs. Les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part. L'immense majorité d'entre eux réalise des efforts conséquents pour concilier ces contraintes et leur éthique professionnelle, mais ils ont le sentiment que ces efforts ne sont pas toujours reconnus et que se dégradent leurs conditions de travail et d'exercice. » Les praticiens qui se sont exprimés sur notre plateforme électronique ne diront pas le contraire (voir pages 7 à 18). Et après ce constat ?

Des propositions à foison

Quatre axes ont été tracés par le Pacte de confiance. Allons au nœud du problème : la tarification à l'activité (T2A) qui a conduit à un productivisme dévoyant les missions de service public. « Il est temps d'engager l'acte III de la tarification, qui aujourd'hui n'est pas en phase avec l'avenir de l'hôpital », admettait Marisol Touraine en mars 2013, évoquant « les premiers jalons d'une tarification de parcours et au service de la qualité » à venir. Deux ans après, on attend toujours « ce nouvel âge de la tarification hospitalière [qui] devra accompagner de nouvelles organisations des soins, faciliter des prises en charge cohérentes, globales [...] devra également mieux prendre en compte l'exigence de la qualité des soins et de leur pertinence », pour reprendre les propos de la ministre. Nous devons passer au plus vite de l'expérimentation à la généralisation, assurait-elle. En effet...

Le dialogue social à l'hôpital public était aussi considéré comme « essentiel » par les rapporteurs. Sans entrer dans le détail des 46 propositions issues de ce Pacte de confiance, qui sont clairement lisibles sur le site même du ministère de la Santé (voir encadré), quelques exemples peuvent être mis en avant :

- Sur le service public hospitalier : « Donner un nouvel élan à la politique contractuelle à partir des initiatives des professionnels... »
- Sur le financement : « Construire un modèle mixte (...) : T2A pour les activités de court séjour de médecine-chirurgie-obstétrique, mode financement

(tarif adapté au parcours de soin) pour les maladies au long cours, part en dotation pour les missions d'intérêt général et de service public. » Mais aussi « s'assurer que le nouveau modèle de financement soit simple et robuste, qu'il valorise la qualité et la pertinence des prises en charge et des parcours plus que la quantité d'activité produite ». Ou encore « assurer une certaine stabilité des tarifs et des dotations afin de donner aux responsables des établissements une meilleure visibilité pour une meilleure gestion ».

Dialogue social !

Sur la gouvernance, le management et le dialogue social, notons la proposition de « revoir les domaines de compétence des instances consultatives – Commission Médicales d'Établissements (CME), Commission Techniques d'Établissement (CTE) et Commission des soins infirmiers et paramédicaux - et de prévoir à un rythme annuel des réunions communes de leurs représentants ». Il faut intégrer les médecins au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), exhortait-on encore face à la pénibilité, mais il faut aussi « construire une organisation interne fondée sur le projet médical », « recréer les espaces de concertation, d'information et de dialogue au sein des différentes structures, en préservant la souplesse nécessaire à leur fonctionnement », « élaborer un projet d'établissement dans une démarche participative et d'information »... Bref, réinventer la démocratie à l'hôpital. Les praticiens sont bien d'accord !

À noter enfin que le Pacte de confiance appelait dès 2013 à une concertation nationale entre représentants du ministère de la Santé et organisations syndicales de praticiens hospitaliers (PH) et des personnels de Fonction publique hospitalière. Concertation que le SNPHAR-E appelle évidemment toujours de ses vœux. Début 2015, le dialogue tant souhaité a pris des airs de banquise... Dans les relations avec la tutelle, il était préconisé de « prévenir les injonctions contradictoire de la part de l'Etat (échelon central et ARS) ». Deux ans après, les directeurs d'ARS et d'hôpitaux qui nous lisent apprécieront... Quant à la préconisation des rapporteurs d'ouvrir des négociations nationales sur l'amélioration des conditions

ENQUÊTE : DES PÔLES EN DÉFICIT DE COMMUNICATION

Selon une enquête en ligne soutenue par les cinq intersyndicales de praticiens hospitaliers (PH), aucune structure de concertation ne fonctionne dans 30 % des pôles, une structure de concertation ne se réunissant au sein des services que dans un cas sur deux. Seul un quart des PH a connaissance du contenu du contrat de pôle (censé être partagé) et 51 % ne sont pas informés des résultats du pôle. Il n'est donc guère étonnant que seuls 9 % des PH voient dans les pôles une amélioration de l'organisation contre 30 % une désorganisation, 32 % les rendant par ailleurs responsable d'une dégradation des relations entre collègues. 61 % ont constaté que les pôles avaient coïncidé avec une augmentation de la pression économique avec par ailleurs une augmentation induite de la bureaucratie pour 83 % d'entre eux. *In fine*, 73 % des PH y voient « une augmentation du pouvoir de la direction sur le corps médical ». Une chose est sûre et pourrait peut-être changer la donne : 72 % estiment que le chef de pôle devrait être élu par un vote de praticiens.

de travail, les horaires dérogatoires de travail, l'adéquation des ressources médicales aux besoins de la population, etc., elle est restée lettre morte.

2011 déjà : la modernisation des RH, si près, si loin...

Permettons-nous un retour de trois ans en arrière pour nous souvenir que la première grande recommandation du rapport de 2011 sur la modernisation des ressources humaines (RH) à l'hôpital était déjà – 2 ans avant le rapport Couty - de redonner du sens au service public et au travail. Les retours de PH en pages XX montreront l'ampleur des avancées en la matière !...

Morceaux choisis parmi les préconisations alors avancées : « Soutenir la stratégie des ressources humaines dans un objectif de valorisation du service public hospitalier, véritable moteur de leur engagement et de leur action, en s'appuyant notamment sur un management de proximité (chefs et cadres de pôle). » ; « Développer une communication interne et externe, simple, rapide et régulière autour des valeurs de service public » ; « Mettre en place et faire vivre la concertation interne dans le pôle pour faciliter l'adhésion des équipes au projet de pôle et favoriser leur implication dans la vie de l'établissement. » Ou encore « Manager les managers », avec notamment une recommandation pour « investir dans la formation des présidents de CME, des chefs et des cadres de pôle et des personnels relevant de la direction des ressources humaines... »

Deuxième grande piste de ce rapport de 2011 : « Faire le pari de l'autonomie » avec une coopération à tous les échelons, « encourager la démarche contractuelle et partenariale aux différents échelons de l'hôpital, sans nécessité de textes nouveaux ». Le rapport Couty n'a pas dit autre chose deux ans après... Que dira la mission Le Menn à cet égard ?

Il était aussi préconisé de « créer un réseau professionnel pluridisciplinaire en gestion des ressources humaines, soutenu par un système intranet interactif, pour mutualiser les connaissances et le partage d'informations entre autorités de l'Etat et réseaux professionnels sur la base d'un mouvement ascendant et descendant ». Si, si, vous avez bien lu l'adjectif « ascendant » !

Enfin, il était question de « Doter le secteur hospitalier d'une « vision RH » « avec notamment la recommandation de « porter au niveau national un discours lisible sur la dimension humaine et sociale de la performance hospitalière ». » Ou encore de « Développer l'observation sociale au niveau régional (ARS), avec déclinaison locale pour anticiper, mesurer et prévoir les évolutions et leur impact sur les organisations, le fonctionnement, les conditions de vie au travail et l'emploi, en lien avec les partenaires sociaux représentant les mêmes catégories de personnel. » Tiens, voilà une mesure qui ne coûterait rien à l'Etat...

Intérim : la non-qualité à prix d'or

Petit détour maintenant du côté du Rapport Véran sur l'intérim médical (2013). Pardon... sur « l'emploi médical temporaire » à l'hôpital public. Un constat lapidaire sur un phénomène qui s'est emballé et « remet en cause par

ENVIE DE LANCER UNE NOUVELLE MISSION SUR L'HÔPITAL ?

Copiez/collez l'intégralité des rapports récents sur le service public hospitalier :

- « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé » (janvier 2011), dirigé par Danielle Toupillier, directrice du Centre national de gestion de praticiens hospitaliers :
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000134/0000.pdf>
- et, « Rapport de la mission nationale sur l'exercice médical à l'hôpital » (septembre 2011) coordonné par Danielle Toupillier http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf
- « Pacte de confiance » (janvier 2013), dirigé par Edouard Couty, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf
- « Hôpital cherche médecins coûte que coûte » (décembre 2013), dirigé par Olivier Véran, député : http://www.snphar.com/data/upload/files/Rapport_Veran.pdf
- « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » (mars 2014), réalisé par les conférences hospitalières :
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000171/0000.pdf>
- « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public » (avril 2014), rapport de la Fédération hospitalière de France : <http://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-Une/Personnel-medical-attractivite-et-fidelisation-des-medecins-a-l-hopital-public-rapport-FHF>

endroits la qualité, la continuité, la sécurité des soins », pour un « coût exorbitant », avec des « pratiques irrégulières à la clé en termes de pratiques, de rémunération... ». Le député Olivier Véran identifie l'intérim comme une pratique désespérée, « ultime alternative à la fermeture d'un pan entier de l'activité médicale d'un établissement ». Pour relever les défis face auxquels l'intérim n'est qu'un expédient, « les hôpitaux disposent de peu de marges de manœuvre », écrivait le député fin 2013 : « faible attractivité pour des jeunes diplômés », « peu d'autonomie réglementaire en matière de rémunération, manque d'outils pour attirer d'éventuels candidats »..., avec un différentiel de rémunération allant de 260 euros net par jour travaillé pour un PH à 650 euros net en moyenne pour l'intérimaire, le prix d'une garde passant lui de 600 à 1 300 euros.

Pour tenter de sortir de l'ornière, le renforcement de l'attractivité *via* la coopération médicale entre établissements de santé était proposé, avec des « équipes médicales territoriales ». Une priorité à la fois pour le rapport Véran et pour le rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) de 2014 sur l'attractivité. Autre idée force : l'augmentation du niveau de rémunération en début de carrière (une revendication du SNPHAR-E pour l'attractivité) avec une personnalisation des parcours également préconisée par la FHF.

Soulignons enfin la proposition de créer une bourse à l'emploi numérique (également proposée par la FHF) permettant à l'offre et la demande de se rejoindre avec un peu moins d'opacité qu'aujourd'hui. L'idée serait maintenant à l'état de projet (voir l'interview de Bertrand Mas p. 40). On ne peut que s'en réjouir. La piste d'un corps de médecins hospitaliers remplaçant serait aussi à l'étude, nous ont appris nos interlocuteurs à l'occasion de ce « rapport qui pique ». En revanche, on a vu récemment ce qu'il en était de la proposition du rapport Veran de négocier entre Etat et partenaires sociaux sur la pénibilité : une fin de non-recevoir sur ce qui est peut-être aujourd'hui le plus gros point noir pour les PH.

Pôles hospitaliers : des symptômes autistiques

Nous n'entrons pas ici dans le détail des autres propositions liées à l'attractivité du rapport de la FHF évoquées par ailleurs (voir p. 41), qui mériteraient sans doute d'être encore plus lues par les directions d'hôpitaux que par nos gouvernants.

A cet égard, soulignons dans le bilan du fonctionnement des pôles des conférences hospitalières (2014), le constat de « modalités de concertation et de consultation internes aux pôles apparaissant souvent insatisfaisantes, le lien entre les responsables de pôles et l'ensemble des personnels étant perçu comme insuffisant ». À la décharge des responsables de pôles, leur formation et leurs moyens ne sont pas à la hauteur des enjeux, constatait le rapport. Côté préconisations, on pouvait relever un déficit de liberté, de management participatif et de logique médicale à combler, ainsi qu'une de « logique de projets » à mettre en œuvre...

Face à ces recommandations, on appréciera les résultats de l'enquête en ligne lancée par les cinq intersyndicales de PH suite à la publication de ce rapport (voir encadré ci-contre).

Il manquait un rapport !

Finalement, un seul thème de rapport ne semble pas encore avoir été commandité : celui qui évaluera les marges de manœuvre financières que dégagerait une restructuration de l'offre hospitalière afin de regrouper les plateaux techniques et ainsi resécuriser les soins, de permettre un maintien de l'attractivité de l'hôpital public, et de l'adapter aux défis de demain, notamment liés au quatrième âge (soins de suite, médico-social...). Vu le droit de véto actuel de Bercy, le bénéfice/risque de telles mesures ne serait-il pas à évaluer ? Mais peut-être a-t-on déjà calculé qu'il pencherait trop défavorablement pour nos hommes politiques lors des élections locales ? Pourtant, le pari de l'audace, de la pédagogie et de l'intelligence

INVESTISSEMENT EN SANTÉ ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE

À l'heure où Bercy oppose son véto à toute mesure nécessitant d'investir, ajoutons à la réflexion les travaux des économistes Philippe Aghion et de Gérard de Pouvourville (titulaire de la chaire santé de l'ESSEC) datant de 2009 sur les liens entre l'investissement en santé et la croissance économique. Les fonds consacrés à la santé participent à la croissance, non seulement à travers les emplois directs et les économies de coûts sociaux générés lorsque la population est en bonne santé, mais également parce que la santé préserve le « capital humain ». Or on sait qu'au plan macroéconomique, le capital humain favorise l'innovation technologique et la croissance : meilleure capacité cognitive, donc meilleure transmission, assimilation et adaptation du savoir, production à plus grosse valeur ajoutée, etc. Les travaux respectifs de ces deux sommités tendent à mettre en évidence un lien direct entre amélioration de la santé, longévité et croissance économique.

Une étude des Britanniques McGuire et Raikou avait aussi démontré en 2006 que l'augmentation de la longévité de 1970 à 2000 au Royaume-Uni a fait gagner 2,84 trillions de livres au pays... soit deux ans de PIB. La santé n'est donc pas une charge mais un investissement. Soyons honnêtes : aucun économiste n'a encore pu comparer le rendement d'un euro supplémentaire investi dans la santé versus un euro consacré à d'autres investissements. Mais la question devrait faire réfléchir à l'heure où notre pays est désespérément en recherche de croissance et l'on présente régulièrement les dépenses publiques de santé comme un poids pour l'économie.

de nos concitoyens seraient intéressant à tenter, car de gros gisements d'économies existent ici.

Suite à la démission de deux chefs de service des urgences, la ministre déclarait elle-même dans son discours de mars 2013 faisant suite à la remise du Pacte de confiance : « Face à ces difficultés, je pourrais vous annoncer un énième rapport sur les urgences. Que nous apprendrait-il que nous ne sachions déjà ? » Gageons que la ministre élargira son raisonnement aux autres problématiques de l'hôpital public. Que nous apprendraient de nouveaux rapports que nous ne sachions déjà ?



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« Quatre rapports en deux ans... Pourquoi ils en sortent un autre ? Je ne sais pas... Peut-être qu'ils n'ont pas envie de faire grand chose, non ? Faudrait p'têt commencer à trouver des soluces. »

Terminons positivement en rappelant que Marisol Touraine s'est déclarée favorable « à l'ouverture de négociations, après les travaux d'une brève durée sous l'égide parlementaire, dégageant des pistes fléchées, sur l'ensemble des catégories de PH », en matière d'attractivité des carrières hospitalière. Espérons maintenant que le temps d'agir est venu dans la foulée de la mission Le Menn et de ce « rapport qui pique ». En voilà au moins un qui vient de la base. Inédit en soi.

	MISSION TOUPIILLIER	RAPPORT VÉRAN
PROTECTION SOCIALE		
TEMPS DE TRAVAIL	Journée de 5 quartiers/24H. Effectifs quantifiés dans les équipes (TAPA). Adéquation des qualifications aux activités. Contractualisation du temps clinique et non clinique avec modularité de la quotité de travail au sein de l'équipe	
GRILLE SALARIALE	Rapprochement rémunérations secteur public et privé. Valorisation avec part fixe et part variable (30% max, transparente et évaluée) selon projet d'équipe. Intéressement collectif.	Début de carrière revalorisé à l'échelon 4. Plus de chute de salaire aux changements de statut
PÉNIBILITÉ	Détermination d'un seuil de pénibilité ouvrant à aménagements, y compris pour les droits à retraite.	Négociations État/partenaires sociaux sur pénibilité. Dépister le stress et la surcharge de travail. Améliorer la gouvernance des équipes. Éliminer la charge administrative pénalisant le temps médical.
PDS	À valoriser sur le territoire.	
STATUTS DE POST-INTERNAT	Harmonisation des statuts temporaires.	Harmonisation des statuts temporaires.
GRH	Carrière modulable au sein d'un statut commun. Unification du statut. Minimum de 3 modules de 3 à 10 ans (valences) par carrière avec gestion CNG, fonctions différentes selon âge. Profil de poste individuel avec évaluation annuelle. Bourse emploi. Soutien aux conditions de travail (crèches, garderie, lieux de repos).	Extension du CESP aux postes prioritaires des CH. Bourse à l'emploi (gérée par le CNG) informant de tous les postes à pourvoir. Cellules d'appui pour les GRH médicales région, audits d'attractivité. Postes vacants prioritaires avec conditions particulières. Corps de médecins remplaçants valorisé. Modularité de carrière au sein du statut. Personnalisation du parcours professionnel. Audit d'attractivité des hôpitaux.
SANTÉ TRAVAIL	Référent médical au sein du pôle en charge de la QVT. CHSCT propre aux médecins. Médecine du travail niveau territoire.	
TERRITOIRE	Équipe médicale niveau local ou territorial avec contractualisation des activités diverses en son sein. Contrat collectif d'équipe et contrat individuel d'engagement, droits et devoirs. Chef d'équipe choisi par ses pairs.	Coopération médicale entre EPS, équipes territoriales. Prime de coopération hospitalière de territoire et valorisation de prime multi sites pour les postes prioritaires. Collaboration CHU-CH

RAPPORT COUTY		RAPPORT FHF
PROTECTION SOCIALE		Des statuts post-internat.
TEMPS DE TRAVAIL		
GRILLE SALARIALE		Revalorisation des débuts de carrière. Atteindre plus rapidement des niveaux de rémunération de l'exercice libéral. Valoriser les postes en zone désertique. Envisager une part variable de rémunération (spécialité ? activité ? objectifs ? performance ? individuelle ? collective ?).
PÉNIBILITÉ		« À prendre en compte »
PDS		Revaloriser la rémunération des gardes et astreintes.
STATUTS DE POST-INTERNAT		Adapter le post-internat à l'évolution du numérus-clausus. Harmonisation statuts post internat vers statut unique attractif hors U, avec prime d'engagement et SPE semblables. Suppression sous condition de la période probatoire.
GRH	Participation aux conseils de pôle. Dialogue social même pour les PH ! Médiation, gestion des conflits. Veille sociale au sein des EPS. Négociations sur les conditions de travail et les horaires dérogatoires de travail. Passerelles.	
SANTÉ TRAVAIL	CHSCT avec 2 sous-groupes dont un médical	Améliorer la qualité de vie au travail et les conditions matérielles d'exercice. Renforcement de la représentation médicale CHSCT. Accès à la médecine du travail. Projet social de l'établissement favorisant équilibre vie professionnelle et vie privée. Solliciter les collectivités territoriales pour aide à l'installation des médecins.
TERRITOIRE	Retour à la notion d'équipes pluri professionnelles.	Équipes territoriales, coopérations entre EPS, postes de PH de territoire avec bonification financière et de l'avancement de carrière. Assouplir la gestion des primes multi-sites. Valorisation financière dans les zones de faible densité.

Interview d'Édouard Couty, ancien directeur général du CHU de Strasbourg, DG de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la Santé (2000-2005), aujourd'hui conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes.

NÉGOCIER, DISCUTER, CONTRACTUALISER INLASSABLEMENT

Dans les verbatims de praticiens hospitaliers (PH) recueillis au mois d'octobre sur notre plateforme d'expression libre, il y a beaucoup d'amertume, de colère, d'incrédulité... Ils attendaient beaucoup du Pacte de confiance et on les renvoie aujourd'hui à une mission parlementaire... La « descente » n'est-elle pas difficile ?

Que peut-on attendre d'un rapport de plus ?

Beaucoup de choses ont déjà été dites sur ce sujet. On peut espérer que ce nouveau rapport permettra aussi de rendre les postes de PH plus attractifs...

Comment expliquez-vous l'exacerbation de cette désespérance ?

Une des principales causes de tout ça, c'est le discours autour de « l'hôpital-entreprise », de la marchandisation de la santé. Le « New Public Management » fait entrer les règles de l'entreprise privée dans l'hôpital public : notions de concurrence, de performance, de productivité, etc. Le directeur ne doit pas faire de déficit s'il veut investir et il doit faire des économies sur l'exploitation. Il va donc pousser les médecins à faire un maximum d'activité... Ce climat général a démarré il y a une dizaine d'années avec la T2A, avec le point d'orgue de la loi HPST en 2009. À la clé, un discours managérial axé sur la production et la performance qui ignore trop la dimension humaine. Cela a créé un décalage très important avec les motivations des médecins qui ont choisi l'hôpital public. Si on veut travailler sur l'attractivité, il faut se pencher là-dessus.

Justement, vous avez remis le Pacte de confiance à la ministre de la Santé en janvier 2013. Deux ans après la remise de vos travaux, en tire-t-on tout le bénéfice espéré ?

De mon point de vue, il y avait quatre grandes thématiques sur lesquelles se pencher pour rétablir la confiance :

1. Réaffirmer les missions et le concept de service public hospitalier (SPH) qui avait été rayé du Code de la santé par la loi HPST. L'idée étant de redonner une visibilité aux praticiens qui se destinent à l'hôpital public. Sur ce plan, j'ai retrouvé les propositions du Pacte dans le projet de loi de santé tel qu'il a été présenté à l'automne.

2. Repenser le financement de l'hôpital, qui est aujourd'hui, avec la T2A, totalement conçu et financé en fonction du court séjour. Or pour le suivi des maladies chroniques et des personnes âgées, dont la dimension sociale et humaine est non mesurable par l'activité, il faut un forfait ou une dotation. Le Coretah (Comité de réforme de la tarification hospitalière) y travaille depuis 18 mois avec des mesures étalées sur les lois de financement de la Sécurité sociale 2014, 2015, et 2016. C'est un chantier de longue haleine, mais il a démarré.

3. Réaffirmer la notion de territoire en décloisonnant le médico-social, les soins de suite... l'hôpital, et confier au médecin traitant des missions d'intérêt général, de santé publique (prévention, éducation sanitaire, information des patients...) ainsi que de coordination des parcours. D'où le Service territorial de santé au public prévu dans le projet de loi de santé. Mais les médecins libéraux s'y opposent.

4. Enfin, le volet gouvernance de l'hôpital, qui concerne directement l'attractivité. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a animé le conflit entre médecins et directeurs. J'avais proposé que l'activité médicale soit organisée en fonction du contexte de chaque établissement et soit absolument conforme à son projet médical, ce qui suppose de revenir sur ce point sur la loi HPST.

Par ailleurs, il faut absolument rétablir les instances consultatives, qu'elles soient du personnel non médical, médicales, syndicales... Redonner au Comité technique d'établissement (CTE) et à la Commission médicale d'établissement (CME) leurs compétences supprimées par la loi HPST, afin qu'elles émettent un avis sur les questions concernant la vie et l'organisation de l'établissement. Il semble que certains soient déçus de ce qui a été proposé. Il faut continuer de concrétiser ces mesures.

La pénibilité et la question du statut des PH ne sont-elles pas oubliées

On touche là à l'attractivité du public par rapport au libéral car le différentiel de revenus est tel qu'il est à mon

avis irrattrapable. Côté pénibilité, un progrès comme le repos de sécurité est peut-être insuffisant, mais c'est la réglementation européenne. Sur le statut, les syndicats veulent conserver un statut unique que j'estime intenable. Certaines spécialités – anesthésie, obstétrique, chirurgie... - sont plus pénibles (travail posté, gardes, permanence...). J'ai proposé un socle commun entre tous les PH plus une partie variable selon la spécialité et la pénibilité. Pour l'instant, ces propositions sont restées sans suites...

Avec une fin de non-recevoir sur le compte pénibilité, cela commence mal...

Eh oui... Personnellement, je pense que l'on a toujours intérêt à négocier.

Sur la pénibilité, l'une de vos propositions était justement de « Structurer le CHSCT en deux sous-sections respectivement compétentes pour les PH et la FPH »...

Oui, mais la majorité des syndicats de médecins l'ont refusé après le Pacte de confiance, considérant que c'était à la CME de le faire...

Il était aussi question dans le Pacte de « relancer les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail », restées jusqu'ici des « coquilles vides » selon la ministre...

En 2002-2003, nous avons abouti avec les syndicats de non-médecins à la possibilité de mener, à l'intérieur de l'hôpital, une négociation entre direction et syndicats qui débouche sur des actions d'amélioration des conditions de travail, avec un budget fléché pour financer ces contrats. Il y en a eu quelques centaines, puis cela s'est arrêté. Je pense qu'il faut relancer cette mécanique, avec les services ou les pôles comme espaces de concertation. Chaque ARS doit prévoir un tel volet dans son contrat pluriannuel d'investissement.

À propos du statut, quel est votre avis sur une proposition du SNPHAR-E pour l'attractivité : un début de carrière PH à l'échelon 6 après deux années de PH contractuel ?

Cela revient à une augmentation de salaire. S'il y a les finances pour ça, pourquoi pas ? Mais la question de l'attractivité passe par beaucoup d'autres choses : conditions de travail, reconnaissance professionnelle, organisation des services, délégation, autonomie... Quant à leur participation à l'organisation, elle existe dans certains établissements et pas du tout ailleurs.

Vous parlez d'autonomie, mais un anesthésiste qui fait du travail posté pendant 10 heures est-il un cadre autonome ?

Je pense que le travail posté n'est pas bon. Les autres spécialités à travail pénible ne sont pas dans ce cas. Mais ce sont les anesthésistes eux-mêmes qui ont demandé à avoir un travail posté. Maintenant ils estiment que ce n'est pas bon. De plus, l'anesthésiste est dépendant d'autres spécialistes, il n'est donc pas totalement autonome.

Dans le Pacte de confiance, vous préconisez la participation, le développement d'« espaces de concertation » au sein de l'hôpital à travers des expérimentations. Qu'en est-il ?

Personne n'a besoin de loi, de décrets ou de circulaire pour cela. Un chef de pôle peut très bien prendre l'initiative de réunir médecins, personnels..., pour discuter de l'organisation, des projets, de l'achat de matériel, etc.

Avec des gens qui ne se parlent pas ? Des PH expliquent que le management organise leur travail sans le connaître et sans vouloir écouter leurs explications...

Une enquête a montré que les directeurs sont fréquemment victimes de burn-out car ils sont soumis à des injonctions contradictoires quasi permanentes. Il faut vraiment corriger ce système. Cela passe par le rétablissement de la confiance entre professionnels, par la relance d'une culture de projet, d'une vraie politique contractuelle... Il est également nécessaire d'organiser des formations communes administratifs-médecins-soignants in situ, sur l'activité médicale, la santé publique l'économie de la santé et l'éthique en santé.

N'est-ce pas difficile à envisager quand des PH se sentent méprisés, maltraités ?...

Certains directeurs se sentent également maltraités... Ce climat délétère peut être aggravé par certaines personnes mais il résulte d'un processus vicieux. Pour revenir dans un cercle vertueux, il faut de la confiance. Pour cela, il faut prendre un certain nombre de mesures sur la gouvernance, l'organisation, le financement et le mode de management des établissements. Après, il faut négocier, discuter, contractualiser inlassablement, annoncer ce que l'on fait et faire ce que l'on a dit, en finir avec les injonctions contradictoires.

Vous exhortez le management, aussi bien administratif que médical, à jouer à fond cette carte de la démocratie pour améliorer les situations locales ?

Oui ! La confiance ne peut revenir que par la mobilisation des personnels, médecins et autres, par leur participation à l'élaboration des projets (médical, d'établissement...) qu'ils doivent s'approprier. Dans certains établissements, cela se fait. Dans d'autres établissements qui considèrent que la priorité est de combler le déficit, cela ne se fait pas. À tort ! Car seule une mobilisation de tous permet de rétablir une situation difficile. C'est une manière de donner de la visibilité sur l'avenir, ce qui passe par de vrais projets. Mais ceci est impossible dans un monde trop cloisonné entre l'administration et les médecins qui ne communiquent pas ou qui communiquent mal. C'est un B.a.ba qui s'apprend.

En attendant, on voit des taux de vacance énormes... Et un recours massif à l'intérim médical, qui cristallise les mécontentements. Observe-t-on ce phénomène dans les pays voisins ?

Oui, partout. Mais cela est particulièrement important en

France [Ndlr : pour un coût de 500 millions d'euros par an selon le rapport Véran de décembre 2013]. La loi prévoit de plafonner les revenus des remplaçants. Il est aussi prévu que le CNG mette en place un corps national de PH remplaçants (payés par le CNG).

Ce sujet soulève aussi la question de la restructuration de l'offre de soins, sur laquelle les pouvoirs publics ont une grosse responsabilité. À quoi rime de payer un remplaçant à 2 000 euros par jour pour maintenir l'activité dans une maternité qui fait 200 à 400 accouchements par an alors qu'il manque des moyens ailleurs ? Ceci à travers une double perception : d'abord la sécurité des soins et l'économie.

Mais les mêmes élus qui donnent des leçons de morale sur la gestion des finances publiques à l'Assemblée nationale se battent localement pour maintenir une telle maternité... Ne portent-ils pas une énorme responsabilité dans le gâchis actuel ?

Absolument. Cette dichotomie de discours constitue un des gros problèmes de la politique hospitalière.

Concernant la responsabilité de l'État, où en sont les volets ressources humaines des projets régionaux de santé ? On a l'impression que les ARS n'ont pas toujours une vision de ce qui se passe dans les établissements...

Les ARS ne sont pas responsables de la gestion des RH des établissements. En revanche, j'avais recommandé qu'il y ait un vrai dialogue social au niveau régional avec les médecins. C'est en train de se mettre en place. Cette question est « personnes-dépendantes ». Là où on considèrera qu'il s'agit d'un « comité Théodule » de plus, évidemment ça ne marchera pas... Donner des instructions aux ARS ne suffit pas : la qualité du dialogue social ne se décrète pas. Par ailleurs, on sait que l'on ne peut faire évoluer une structure et conduire un changement qu'avec un minimum d'adhésion.

Le SNPHAR-E insiste sur la nécessité d'avancer par dissensus-consensus...

Bien sûr, un consensus mou ne mène jamais à rien. Les lignes de consensus ne se trouvent qu'après avoir mis des désaccords sur la table et avoir négocié.

Les CME ont-elles à craindre les syndicats ?

Non, je ne crois pas ! Chacun peut être consulté sur tous les sujets, avoir une vision et faire état de ses idées. Mais à chacun son travail : aux uns le projet d'établissement, la stratégie institutionnelle, aux autres la défense des statuts, des salaires, des conditions de travail...

On voit souvent des réflexions sur le refus du repos de sécurité, sur les heures travaillées non payées, etc.

Ce sont des discours inaudibles. Si des heures ne sont pas payées, il faut aller au contentieux... Quant au refus du repos de sécurité, cela peut relever du pénal. J'ai aussi vu des PH parisiens venir faire des gardes dans l'Ouest à prix d'or pendant leur repos de sécurité... En réalité, les situations sont diverses. Dans certains établissements, il

n'y a pas de difficultés. Cependant, ces retours montrent bien le climat délétère actuel.

Que diriez-vous aux praticiens qui estiment que les pistes issues du Pacte de confiance ne sont pas suivies, que le dialogue social est bloqué, que les pouvoirs publics ne veulent pas entendre parler de la pénibilité ? Avec une désespérance encore accrue à la clé...

Je leur dirai : aide-toi, le ciel t'aidera ! Il faut lancer des initiatives locales – tout ne peut pas venir « d'en haut » -, et faire connaître aux autres les initiatives qui marchent pour qu'elles soient valorisées, reproductibles et financées. Mais aussi systématiquement définir une organisation de l'établissement en fonction d'un projet médical. Enfin, il faut en revenir à une logique de projet. Même dans un contexte économique difficile, on peut autofinancer un projet, par exemples en supprimant des choses qui ne servent à rien, ce que l'on ne sait pas vraiment faire à l'hôpital. Il faut donc commencer par se parler !

PRÉCISION DU SNPHAR-E

Concernant la représentation de la CME dans le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail), il va de soi que la CME n'a pas vocation à exprimer un point de vue syndical. Le représentant qu'elle délègue dans cette instance ne peut donc pas y exprimer une vision syndicale des conditions locales de travail mais seulement y porter la voix de la CME. D'un point de vue syndical, il y a donc là un vide à combler.

Or, s'il est exact que la majorité des organisations syndicales de PH a refusé l'entrée des syndicats de PH dans les CHSCT des hôpitaux publics, ce qui est pour le moins surprenant venant d'organisations... syndicales (censées défendre les intérêts matériels et moraux des praticiens), le SNPHAR-E a, quant à lui, toujours plaidé pour que ce lieu soit accessible. C'est sans doute le seul endroit où pourront se discuter des aspects très concrets de la vie hospitalière locale, notamment en cas de modifications des organisations prévues par les instances ou la Direction (bureaux, chambres de garde, repas, organisation des rythmes de travail, lieux de pauses, mais aussi, les insuffisances d'effectifs, etc.).

Le SNPHAR-E continuera d'exiger que l'exercice syndical médical, qui n'est pas une chose honteuse, soit enfin possible dans l'institution, pour la sécurité, l'hygiène et les conditions de travail des PH, au même titre que pour tous les autres salariés.

Article

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

CETTE ÉQUATION HYPER COMPLEXE NON RÉVOLUE

Silvia Pontone, anesthésiste et démographe, vient de publier une thèse reprenant ses 20 ans de travaux sur la démographie médicale*. Ses travaux nous aident à décrypter une donnée clé de l'attractivité de l'hôpital public. Car la pénurie d'effectifs, mal anticipée, subie plus que gérée, est un déterminant majeur de la dégradation des conditions de travail et des collectifs soignants.

Le déclin démographique actuel du corps médical résulte de la mise en place du *numerus clausus* [Ndlr : quota d'étudiants annuel] en 1971 et, pour les spécialistes, de la réforme du 3e cycle en 1984 (31 anesthésistes diplômés en 1989 versus 355 par an en moyenne lors des deux décennies précédentes). Trois spécialités ont été particulièrement touchées : l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et la radiologie.

La démographe Silvia Pontone avait tiré la sonnette d'alarme dès le début des années 90 avec ses travaux inédits. Mais il aura fallu une dizaine d'années supplémentaires pour en tirer les conséquences.

10 ans de perdus

Concentrées initialement sur l'anesthésie, les recherches de Silvia Pontone ont démontré en 1999 que l'ensemble des spécialités seraient touchées à terme à des degrés divers par la pénurie. Suite à ces travaux, la hausse du *numerus clausus*, notamment, aura permis de redresser le tir. Mais 10 ans ont été perdus, compte

tenu de la longueur des études nécessaires pour former un spécialiste (10 ans). Effet aggravant : la pression budgétaire est venue peser à ce moment encore davantage sur les effectifs.

Dans le même temps, le nombre d'actes explosait, liés aux besoins de la population et à la hausse d'activité engendrée par la tarification à l'activité (T2A) dans les années 2000. Les actes d'anesthésie sont ainsi passés de 3,5 millions en 1980 à 7,9 millions en 1996 et 11,3 millions en 2012... alors que l'on en prévoyait 9 millions en 2020 en rapport avec le vieillissement de la population générale.

« La démographie médicale n'est pas statique. Elle est au cœur d'une équation aux multiples inconnues, très complexe, et qui bouge dans le temps, avec de surcroît des éléments invisibles à certains moments et d'autres que l'on n'attendait pas », insiste Silvia Pontone. Ainsi en est-il des récents flux migratoires, notamment européens, liés à la crise.

Une gestion « notariale » des structures hospitalières

Face à la pénurie et à une diminution du temps médical disponible, la logique eût été de regrouper des plateaux techniques (blocs opératoires...) pour une meilleure efficacité, un maintien de conditions de travail et une sécurité des soins optimale ainsi qu'une meilleure gestion des deniers publics.

L'inverse s'est produit. « Les contraintes démographiques ont paradoxalement renforcé la gestion « notariale » des structures hospitalières et les « patriotismes de sites », avec pour seul but de maintenir une offre de soins chirurgicaux dans le plus grand nombre d'établissements de santé possible », écrivait Silvia Pontone à l'automne 2013 dans « Les

* « La démographie médicale : de la rationalité arithmétique aux choix politiques et individuels », thèse de troisième cycle en Santé publique.

UNE ÉNORME PROPORTION DE POSTES NON POURVUS

Le dernier rapport d'activité du Centre national de gestion (ministère de la Santé) met en évidence une aggravation de la situation. Le taux de vacance statutaire des postes de praticiens hospitaliers temps plein est en effet passé de 23,7 % en 2013 à 24,6 % en 2014, a révélé l'agence de presse Hospimédia le 5 novembre 2014. Ce taux ne diminue que dans quatre régions tandis que sept régions dépassent les 30 % de vacance statutaire : Limousin, Picardie, Basse-Normandie, DOM-TOM... Le taux de vacance à temps partiel est, lui, passé de 41,1 % à 42 % (64 % en Basse-Normandie, 64 % en Picardie...).

La radiologie est aujourd'hui la plus touchée pour les temps plein (37,7 %). Pour les temps partiels, le nombre de spécialités dépassant 30 % de vacance statutaire est passé de 6 en 2013 à 10 en 2014.

Tribunes de la santé », revue de Sciences Po Paris. Avec au final « un système de soins plus centré sur l'offre de soins que sur le patient lui-même ».

D'où le recours aux médecins étrangers, au développement de l'activité des anesthésistes sur plusieurs hôpitaux, et surtout le recours massif à l'intérim, explique-t-elle aussi.

Désorganisation

Désormais, « il est fréquent de voir les médecins anesthésistes-réanimateurs quitter une structure hospitalière dont l'offre de soins est indispensable pour répondre à la demande de la population pour une autre structure hospitalière, moins active, moins pertinente dans son offre de soins, mais en difficulté pour pérenniser ses activités chirurgicales », écrit encore la démographe.

Les tensions liées à la pénurie restent donc extrêmes aujourd'hui. Si la situation démographique devrait s'infléchir vers 2019-2020 avec l'afflux de contingents plus importants de diplômés, Silvia Pontone insiste sur la nécessité de suivre régulièrement l'évolution démographique de toutes les spécialités afin d'éviter de nouvelles catastrophes (voir notre interview ci-après).



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Fermer le petit hôpital local ? Faudra d'abord m'expliquer pourquoi ! J'ai manifesté à Argenteuil parce qu'ils voulaient fermer la radiologie, mais c'était un gros hôpital là, c'est pas normal de voir ça dans un gros hôpital. »

Interview de Silvia Pontone, anesthésiste-réanimateur pédiatrique à Robert Debré, chargée de mission au siège de l'AP-HP et chercheuse associée à l'Institut national d'études démographiques.

PRÉVOIR POUR NE PAS VOIR

En quoi la démographie peut-elle aider à piloter certains déterminants de l'hôpital public et à agir pour son attractivité ?

La démographie permet de se projeter, de dessiner les futurs en donnant les paramètres à suivre, à maîtriser pour certains, et indiquer dans ce cas là où il ne faut pas aller... Soit vous agissez sur le « stock », ce qui prend beaucoup de temps vu la durée des études de médecine, soit vous agissez sur les flux d'entrée ou de sortie (maintenir les professionnels en activité, par exemple en aménageant les gardes, le temps de travail...). Il faut ensuite prendre en compte les autres paramètres : organisation des soins, financement... Alfred Sauvy [Ndlr : célèbre économiste, démographe et sociologue décédé en 1990] a dit : la démographie est là afin de prévoir pour ne pas voir. Si le futur prévisible ne convient pas, il faut alerter et agir.

On voit à travers vos travaux que des décisions importantes n'ont pas été prises à temps. Comment se présente l'avenir, compte tenu de l'inertie des facteurs démographiques ?

Il y a bien eu une prospective : on voulait réduire d'environ 20 000 le nombre de médecins en 25 ans grâce au numerus clausus. C'était sans voir la dynamique que cela sous-entend, dynamique de population, des besoins, du vieillissement, des progrès de la médecine qui permettent de prendre en charge des personnes que l'on ne traitait pas avant...

Quant à la situation actuelle, je ne peux pas vous dire exactement où nous en sommes en raison des phénomènes migratoires importants de médecins* à partir de pays comme la Grèce, l'Italie ou l'Espagne depuis la crise de 2008. L'élargissement européen a aussi joué avec une immigration massive de médecins roumains, polonais, baltes et bulgares. Même les Allemands viennent beaucoup chez nous car obtenir un poste de spécialiste est très compliqué Outre-Rhin.

Côté effectifs, en anesthésie réanimation par exemple, nous avons une stagnation depuis 4 ans et la densité

médicale a ainsi reculé dans 11 régions depuis 2009 en raison de l'accroissement de la population. Des postes restent vacants malgré de nombreux candidats sur listes d'aptitude qui préfèrent travailler en libéral, dans des statuts plus rémunérateurs, quitte à être remplaçants quelques années pour un temps de travail plus faible. Les tensions demeurent donc.

En attendant que l'augmentation du numerus clausus des années 2000 et des flux de formation des années 2010 porte ses fruits, la clé est donc dans ce phénomène de flux migratoires ?

En effet, les tensions démographiques vont persister jusqu'en 2019-2020. Après, tout dépendra des flux migratoires. En anesthésie-réanimation, selon la dernière étude du Conseil national de l'Ordre des médecins, les médecins à diplômes étrangers représentent 27 % des médecins en activité en France, 37 % viennent de l'Union européenne (UE), à + 10 point depuis 2007, 63 % hors de l'UE. Si ces flux migratoires se maintiennent, on peut être confiant quant au renouvellement des effectifs au niveau national, mais pas partout au niveau local. Car ces médecins étrangers ne vont pas forcément dans les zones où l'on aurait le plus besoin d'eux*.



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« ARS ? Les agences de santé vous dites ? Connais pas ! Mais il faudrait peut-être qu'ils se donnent la peine de nous donner plus d'explications ! Moi, la Sécu, je vois ce que c'est, mais les ARS, comme vous dites, je sais même pas à quoi ça sert... Et en plus, ils trouvent même pas de médecins à mettre dans les hôpitaux ! »

Ces phénomènes justifieraient donc de nouvelles projections démographiques.

Inversement, une émigration de médecins français est-elle à craindre ?

Pour l'instant, peu de médecins français émigrent selon une publication très récente de l'IRDES (4 311 exercent à l'étranger, soit environ 2 %. La même proportion qu'il y a 25 ans). Mais une émigration accrue reste une possibilité. Le budget de la santé dans tel ou tel pays est aussi une donnée qui peut provoquer rapidement de grosses migrations de médecins, sachant que des pays

* Voir la récente étude de l'Ordre des médecins : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1531>

comme les Etats-Unis ou le Royaume-Uni, par exemple, attirent très ouvertement et massivement des médecins étrangers.

Vous soulignez aussi l'inconnue des nombreux étrangers en formation dans nos hôpitaux...

Oui, et ils sont difficilement recensables car il s'agit de statuts précaires (assistants associés, praticiens attachés associés, voire praticiens contractuels) qui « échappent au radar », mais qui vont bientôt émerger comme praticiens.

Quelle conduite tenir dans une perspective d'attractivité, vu les tensions actuelles à l'hôpital public ?

Compte tenu de la complexité de l'équation, on garde toujours un risque d'inadéquation des effectifs aux besoins de soins. Il faut surtout très régulièrement observer ce qui se passe. Hélas, l'évaluation des politiques de santé n'est pas trop dans la tradition française... Or il ne s'agit ni de resserrer le numerus clausus, comme à une époque, ni d'être inflationniste. Le bon chiffre est difficile à trouver et dépend beaucoup de l'organisation des soins, du nombre d'établissements, de lits... La meilleure façon d'agir en matière de démographie médicale est d'avancer pas à pas.

Est-il encore raisonnable d'agir sur l'offre, comme vous l'avez laissé entendre dans divers articles ?

Nous avons peut-être raté le coche : fermera-t-on des hôpitaux vu le taux de chômage actuel ? Pourtant, nous aurons effectivement besoin de beaucoup d'argent avec les progrès de la médecine et les soins accrus de personnes âgées ou de pathologies lourdes... Au Royaume-Uni, on fait le choix de ne pas réaliser certaines chimiothérapies ou de ne pas donner certains antiviraux... Si nous voulons garder la ligne de conduite que nous avons en France, il faudra trouver des marges de manœuvre, quitte à limiter l'aspect « hôtelier » de l'hôpital, éviter les gabegies... L'évolution démographique de la population cette fois, montre que nous devons garder des structures locales, mais en les adaptant aux besoins réels liés au quatrième âge. En revanche, nous n'avons pas besoin d'autant de plateaux techniques/blocs opératoires.



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Pourquoi l'hôpital serait géré comme une entreprise ? On n'est pas des marchandises... »

Interview de Didier Réa, anesthésiste-réanimateur à Orléans, ex-chef de pôle adjoint du centre hospitalier régional, ex-président du SNPHAR-E

J'AVAIS 20 % D'INTÉRIMAIRES BLACK-LISTÉS

Le sociologue Frédéric Pierru relève que le recours massif à l'intérim est un signe emblématique de la gestion irrationnelle et court-termiste actuelle de l'hôpital, ainsi qu'un facteur de désorganisation. Vous retrouvez-vous dans cette analyse ?

C'est le reflet de la réalité. L'intérim médical était évoqué dans un rapport de l'IGAS de 2003 mais encore anecdotique. Dix ans après, il concerne environ 6 000 médecins avec un coût estimé à 500 millions d'euros [Ndlr : chiffre du rapport Véran de décembre 2013]. Entre les deux, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) a changé la donne. S'il vous manque des anesthésistes pour faire tourner vos plateaux techniques et produire, vous devez prendre des remplaçants sous peine de n'avoir ni activité, ni ressources pour votre établissement.

Combien coûte un intérimaire ?

650 euros net pour 10 heures de travail plus les frais de déplacements, l'hébergement et les frais de bouche. *In fine*, on dépasse les 1 000 euros quotidiens par intérimaire. C'est beaucoup, mais votre anesthésiste intérimaire vous donne la garantie de faire tourner deux blocs. Ce raisonnement est encore plus vrai pour une autre spécialité en gros sous-effectif, les urgentistes. Sans praticiens, pas de service des urgences ! Par rapport à cette activité, à cette production que vous assurez et aux recettes induites, la dépense liée à l'intérimaire devient « epsilon »... Pour un directeur qui raisonne uniquement à travers le prisme de l'équilibre entre ses recettes et ses dépenses, l'intérêt de l'intérim est évident.

Mais le calcul financier est-il bon à terme, avec la régulation prix/volume qui fait que la pression se resserre sans cesse : augmentation de l'activité, donc croissance des dépenses hospitalières, donc baisse des tarifs l'année suivante, donc nécessité d'accroître l'activité pour maintenir ses recettes, etc., etc.

Les budgets étant annuels, cette stratégie est en effet uniquement court-termiste. Au-delà, les directeurs sont incapables de piloter leur établissement, les tarifs baissant même en cours d'année. Les directeurs sont « victimes » de leur n+1, lui-même dépendant du dessus... En réalité, le système est parfaitement centralisé avec pour seul objectif de ne pas produire de déficit. Aller vers le zéro déficit pour les hôpitaux publics n'est pas critiquable en soi. En revanche, les moyens pour y arriver sont tout à fait discutables quand on voit la situation actuelle. Cela conduit

à une forme de management de l'hôpital très compliqué, l'intérim devenant une façon de fonctionner à long terme pour des spécialités et des zones en déficit d'effectifs, avec *in fine* la fin des collectifs soignants.

Justement, dans quelle mesure l'intérim désorganise-t-il les blocs opératoires ? Peut-on parler d'impact négatif sur la qualité des soins ?

C'est difficile à dire faute d'indicateurs de qualité. Et puis les intérimaires sont souvent

mis au bloc opératoire, ce qui peut paraître paradoxal : n'est-ce pas l'endroit le plus sensible ?, peut-on se dire. Mais au bloc, ils ne sont pas seuls... Et puis les risques auxquels sont exposés les patients sont anticipés. Il ne reste plus que la partie technique qui se passe bien si elle faite à quatre mains avec l'infirmière. *A contrario*,



LUCIENNE
18 ANS EN VERLAN

« 500 millions ça coûte l'intérim, vous dites ? Ben dites donc, c'est pas géré tout ça. Si on le savait, ça barderait... »

si la consultation d'anesthésie avait été mal faite et les risques mal anticipés, le risque est plus grand. Ce sont donc les titulaires qui font les consultations pour sécuriser le parcours du patient et qui surveillent les prescriptions post-opératoires. Ce sont eux qui assurent la continuité des soins or, cette surveillance, le titulaire n'a normalement pas à l'effectuer.

Cela étant, vous ne pouvez pas renvoyer un intérimaire le lundi s'il pose problème, contrairement à ce que nous disent les directions : comment votre bloc tournera-t-il du mardi au vendredi si vous faites cela ?... Ma solution a été de constituer une « black-list » d'intérimaires en raison de leurs pratiques, de leur relationnel ou de leur comportement (j'en ai vus partir déjeuner en laissant le patient seul en salle avec une infirmière...).

Y avait-il beaucoup de noms sur votre « black-list » ?

À 20 % des intérimaires, je me suis arrêté de compter car j'ai décidé de quitter mes responsabilités de pôle. Mais il faut aussi reconnaître qu'un primo-intérimaire est en situation difficile quand il arrive pour la première fois dans un hôpital et un bloc opératoire : il ne sait pas quel respirateur sera derrière la porte, il ne connaît de l'équipe avec laquelle il va travailler, ni les chirurgiens... Or la médecine passe par l'échange. Il ne connaît pas non plus les protocoles de prescription post-opératoires des patients et ne maîtrise pas forcément le logiciel utilisé, d'où des prescriptions papier qui doivent ensuite être ressaisies. Or on sait que le recopiage est source d'erreurs. Il est vrai que ce problème ne se pose plus vraiment avec les « intérimaires fidélisés ».

Ce qui est paradoxal, c'est de voir des praticiens dégoûtés, notamment par ce système, devenir eux-mêmes remplaçants et alimenter cette spirale pénurie-recours à l'intérim...

Oui, c'est le détricotage complet du fonctionnement hospitalier du point de vue médical. Des gens qui avaient fait ce choix de l'hôpital public par vocation, estiment – excédés – qu'il ne leur reste qu'à démissionner. Mais une fois dehors, que faire sinon des remplacements, quitte, parfois, à revenir dans l'établissement que vous aviez quitté ? Surtout en gagnant le même salaire tout en travaillant deux fois moins d'heures, sans obligations de gardes, ni de travail institutionnel. De plus, vous passez d'une confrontation avec le management en tant que titulaire, à une situation où on vous déroule le tapis rouge en tant qu'intérimaire pour que vous reveniez. En gros, ces déçus quittent les contraintes du service public vers lequel ils reviennent après s'être libéré de ces contraintes. En revanche, ceux qui restent voient un effondrement

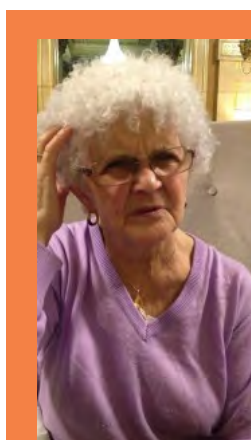
de leur reconnaissance dans ce recours à « l'emploi temporaire médical » dans le seul but d'assurer une production. Et vu l'installation de l'intérim comme mode de gestion, vous avez maintenant des praticiens qui ne veulent être embauchés qu'à temps partiel et vont faire du mercenariat sur le reste de leur emploi du temps pour augmenter leurs revenus.

À vous entendre, on n'est pas près de sortir de ce système ?...

Il existe deux moyens d'en sortir. Le premier : inonder l'hôpital de nouveaux praticiens, mais c'est une stratégie à long terme. Le marché pourrait être saturé en 2019-2020. Mais les régions déjà fortement déficitaires seront-elles choisies par ces nouveaux diplômés ? L'attractivité de la profession restera une préoccupation dans certaines zones géographiques.

La seconde solution est d'ailleurs prévue dans le projet de loi de santé : plafonner l'intérim. Mais certains contourneront le problème en payant des gens pour des activités qu'ils ne font pas. On l'a vu par le passé dans les urgences. Dans le milieu, on appelle cela la « fausse monnaie ». Il n'est pas impossible, à certains endroits et pour certaines spécialités, que l'hôpital public repose durablement et uniquement sur l'intérim. Cela étant, l'intérim n'est pas une maladie. C'est le symptôme de nombreux problèmes bien ancrés et qui s'imposent aux

directions hospitalières : effets délétères de la T2A avec fuite en avant liée à la régulation prix/volumes, problèmes de démographie et de répartition des praticiens sur le territoire, absence d'indicateurs (et de déclaration des effets indésirables) de mesure de la qualité et de la sécurité...



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« On nous parle du marché de la santé maintenant. Franchement, la santé c'est autre chose qu'un marché ! C'est ce qu'il y a de plus important dans la vie ! »

Interview de Frédéric Pierru, sociologue spécialiste de la santé, chargé de recherche au CNRS, auteur de nombreux ouvrages sur les réformes de santé et l'hôpital*.

ON MET UN COUVERCLE SUR LA COCOTTE-MINUTE

Comment les sociologues expliquent-ils l'exacerbation des problèmes d'attractivité de l'hôpital public ?

C'est une question récurrente depuis longtemps. Mais les recherches actuelles montrent en effet qu'elle est très aiguë depuis le début des années 2000, sous l'effet conjugué des contraintes budgétaires et des 35 heures venues percuter les problèmes de pénurie médicale, avec une désorganisation à la clé. Dans le même temps, une hiérarchie gestionnaire est venue s'ajouter à la hiérarchie médicale tandis que la tarification à l'activité menait à une logique productiviste. Le tout sur fond de dévalorisation et de stigmatisation de l'hôpital public, notamment par les pouvoirs publics et les ministres entre 2004 et 2007. Il a fallu faire des sacrifices en termes de conditions de travail et de pénurie de personnels soignants comme de praticiens, au nom du retour à l'équilibre financier, dans un contexte de non-reconnaissance, voire de dénigrement. Un cocktail explosif ! Car la qualité se maintenait grâce à la motivation des praticiens. Notons que si le discours s'est infléchi depuis 2012, rien ne change dans les actes.

Ce dénigrement se retrouve-t-il dans la perception qu'ont les Français de l'hôpital public ?

L'hôpital public reste un élément central du Pacte républicain, selon les études d'opinion, avec un attachement massif. Il reste en effet un îlot d'accès de tous à des soins sans discrimination au milieu d'une offre de soins majoritairement privée avec des dépassements d'honoraires, une focalisation des cliniques sur les soins les plus rentables... Dans ce contexte, l'hôpital reste pour la majorité des Français le symbole des valeurs clés de la Sécurité sociale d'après-guerre.

Pourquoi les jeunes internes fuient-ils massivement le public ?

Avant, le pacte implicite avec les médecins était : vous gagnez moins ici qu'ailleurs, mais avec la contrepartie

d'exercer dans un lieu d'excellence, dans de bonnes conditions de travail, avec des plateaux techniques satisfaisants, un personnel suffisant, etc. Or, ces « contreparties » n'existent plus. Cette dégradation matérielle et mentale fait que ce pacte tend à se rompre. Quitte à être dans une « usine à soins », autant être bien payé dans une clinique...

Nombre d'établissements ont largement - voire massivement - recours aux intérimaires. Comment l'expliquer alors que l'intérim coûte cher : 500 millions, soit davantage que le déficit des hôpitaux ? Je croyais que la dépense publique devait gagner en rigueur...

C'est aberrant ! C'est un signe emblématique de la gestion irrationnelle actuelle de l'hôpital. J'ai même vu des professionnels de santé démissionnaires revenir dans le même établissement en tant qu'intérimaire ! Or, l'intérim est préoccupant car c'est un facteur de désorganisation des collectifs soignants qui a un impact négatif sur la qualité des soins, nous indique-t-on partout. De plus, des études sur la spécialité anesthésie-réanimation montrent que ce recours à l'intérim n'est absolument pas pensé de la part des directions. Il s'agit d'une logique purement court-termiste en dépit des coûts induits élevés.

Vous parlez de qualité des soins. Vous qui avez du recul et un regard acéré sur notre système de soins, pensez-vous que les conditions de travail actuelles des praticiens hospitaliers remettent en cause cette qualité, voire induisent une détérioration des soins ?

Personne ne peut vraiment répondre à cette question car le système de gestion de l'hôpital est déséquilibré dans le sens d'indicateurs financiers au détriment d'indicateurs sur la qualité des soins. Celle-ci n'est envisagée qu'à travers le respect des procédures et de certification des établissements, or cela ne mesure rien. Il n'y a pas assez d'études sur le sujet. Ce que nous savons d'une éventuelle baisse de qualité nous

vient des retours alarmistes dans nos entretiens de personnels soignants. Ceci est tempéré par le ministère car le sujet est explosif. Cela a été analysé par le sociologue Nicolas Bélorgey dans « L'hôpital sous pression ». La pression budgétaire conjuguée aux pénuries locales de personnel ont forcément un impact sur la qualité des soins mais comme c'est un enjeu de responsabilité juridique, les pouvoirs publics ne se pressent pas pour le mesurer.

Marisol Touraine a lancé une nouvelle mission parlementaire. Que reste-t-il donc à diagnostiquer 18 mois après la publication du Pacte de confiance ?

Strictement rien ! Des kilos de rapports ont déjà été publiés. Un ouvrage de deux sociologues intitulé « L'Hôpital en mouvement » a même fait le bilan de ce qui est déjà paru précédemment. Le constat est fait. La difficulté, c'est que l'hôpital est devenu le lieu où l'on tente de solutionner un ensemble de dysfonctionnements et de contradictions de tout le système de santé. En amont : un afflux de patients chassés de la médecine libérale par les dépassements d'honoraires, la désertification médicale et la sélection des malades par les cliniques. En aval : un manque de lits dans les établissements médicaux sociaux. L'hôpital doit accueillir tous ces publics et faire davantage tout en étant mis sous contrainte budgétaire. C'est mettre le couvercle sur la cocotte-minute. L'hôpital reste performant mais ces évolutions sont préoccupantes.

Avec une souffrance au travail qui croît chez les médecins ?

Dans une expertise que j'ai faite récemment dans un CHU avec un cabinet de conseil, nous avons constaté un absentéisme de 10 %. C'est énorme ! Les gens ne tiennent plus les cadences. Pourtant, il n'y a eu aucune alerte sur la dégradation des conditions de travail. Les absents sont punis en retardant les dossiers d'indemnités journalières. Parallèlement, on distribue des primes de présence. Les défaillances sont considérées comme individuelles. Il y a eu récemment quatre suicides dans cet hôpital...

Que dire, justement, des revendications du SNPHAR-E sur les conditions de travail ?

Voir un syndicat d'habitude moderniste être vent debout contre des réformes devrait poser question aux pouvoirs publics...



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Une fois, dans une clinique, on m'a montré une feuille avec une ligne avec quelque chose à payer en plus. Je leur ai dit que j'allais pas rester 15 jours sans manger pour leur payer ça. J'ai jamais payé ! ».

Interview de Christophe Jacquinet, directeur d'établissements de santé privés de 1993 à 2000, directeur régional à la Générale de santé jusqu'en 2006, directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) Picardie puis de l'ARS Rhône-Alpes jusque début 2014. Il est aujourd'hui Président de SANTÉLIANCE CONSEIL - PARIS - LYON.

LA SCHIZOPHRÉNIE DE L'ÉTAT PAR RAPPORT AUX HÔPITAUX PUBLICS

Vous venez du privé, vous avez été directeur d'ARS... Les problèmes d'attractivité du public et l'exacerbation du ras-le-bol des praticiens hospitaliers (PH) en exercice..., avez-vous personnellement constaté cela ? Ce ressenti vous étonne-t-il ?

Depuis 30 ans, j'ai toujours entendu parler de ce phénomène. Les deux nouveautés, c'est qu'un certain nombre de PU-PH (professeurs d'université-PH) quittent le public, ce qui est un signe inquiétant. Ensuite, les besoins de recrutements médicaux vont s'aggraver jusqu'en 2025. La tension va donc s'accroître. Jusqu'ici, on a compensé en attirant des médecins non formés en France. Cela a sauvé la mise de l'hôpital public en matière de démographie. Cette modification dans la sociologie à l'hôpital crée aussi un climat d'inquiétude, de nouveauté, parfois de désorganisation dans les communautés médicales hospitalières publiques.

Parmi les verbatims recueillis en octobre 2014, les PH mettent souvent en cause la loi HPST de 2009, la T2A (tarification à l'activité), le « diktat des ARS » qui vous imposent des actions transversales en même temps que l'équilibre budgétaire sans moyens humains... Le tout sous la coupe de « directeurs dictateurs ». Que vous inspire tout cela ?

Ce que disent les médecins est vrai et vos verbatims illustrent une réelle désespérance. Regardez le film

« Hippocrate », on peut penser à une caricature, mais ce n'en est pas une ! C'est une forme de documentaire sur l'hôpital public, à l'exception d'une inexactitude grossière sur le mode de recrutement du directeur... La scène de la révolte des praticiens contre la décision d'un directeur d'hôpital est très juste. Oui certains directeurs d'hôpitaux sont décriés ainsi que des directeurs d'ARS, la loi HPST ou la T2A... Une fois dit cela, il faut aussi prendre du recul. Pour avoir visité beaucoup d'hôpitaux durant mes 5 ans de direction d'ARS, je peux par exemple vous dire que la loi HPST a bien clarifié certaines relations direction-praticiens quand elle en faisait tourner d'autres à l'affrontement. Les causes de la situation actuelle sont en réalité très diverses.



LUCIENNE
18 ANS EN VERLAN

« Ben oui, l'hôpital c'est aussi bien que la clinique. En plus, à l'hôpital, on ne refuse personne... Donc, ça, c'est mieux ! Comment on ferait sans l'hôpital, quand les cliniques sont fermées ? »

La politique de l'ARS, ici souvent décriée, est-elle lisible par les praticiens de terrain ?

Pas toujours. L'ARS n'a pas non plus toujours une politique bien définie pour les hôpitaux publics, mais ce

manque de clarté et les défauts de fonctionnement viennent surtout de la multiplicité des acteurs qui s'occupent de l'hôpital. L'ARS a été le plus visible récemment car le gouvernement qui les a créées les a survenues comme étant la solution à tout. Or les maires ont par exemple gardé une influence considérable sur la gestion des hôpitaux, le cabinet du ministre peut s'en mêler, etc. Aujourd'hui, un directeur d'hôpital dépend lui aussi d'énormément de gens. Si la SNCF était gérée par autant d'acteurs, les trains n'arriveraient pas à l'heure ! Les sociologues disent qu'un hôpital est l'organisme le plus compliqué à gérer, tous secteurs confondus. Il faut reconnaître

qu'il est aussi extrêmement difficile d'être directeur d'hôpital en 2014. Beaucoup sont d'ailleurs en grosses difficultés personnelles.

Pourquoi une si grande différence entre la gestion des RH des médecins en secteur libéral et celle infantilissante et méprisante des praticiens à l'hôpital (à ce qu'en disent les PH) ?

La réponse est difficile car on est ici dans l'humain. Mais dans le privé, le contrat est clair : plus un médecin travaille, plus il gagne d'argent et c'est la direction qui fixe par contrat votre rémunération. Y compris pour les nominations. Rien à voir dans le public... La différence dans le privé, c'est aussi la souplesse, qui permet à une direction de répondre rapidement à des demandes immédiates des médecins. Coincé, le directeur d'hôpital aura plus tendance à dire « ça ira mieux demain ». Cette différence est une source importante de perte de confiance. Il faudrait par ailleurs réduire l'écart de revenus entre le public et le privé.

L'ARS évalue-t-elle les résultats d'un directeur uniquement sur des critères financiers, ou peut-elle aussi le faire sur l'attractivité, sur le climat qui règne dans son établissement ?...

Il n'y a pas de grille pour évaluer un directeur. Tout peut être pris en compte. J'ai personnellement été amené à demander à la Direction générale de l'organisation des soins (ministère de la Santé) et au Centre national de gestion, de décider du départ de deux directeurs qui s'accrochaient à leur poste dans deux établissements en grosses difficultés. Ils n'en étaient d'ailleurs pas forcément à l'origine mais ils étaient épuisés et étaient incapables de contribuer à un climat qui soit plus attractif pour les médecins. Arguant qu'il y avait là un sujet stratégique pour ces hôpitaux, je n'ai pas voulu céder aux élus locaux de la majorité qui demandaient un maintien. Cela m'a coûté très cher puisque c'est l'une des raisons de mon départ. Tout ceci illustre l'atomisation des décisions où tout le monde se mêle de tout. Quel bazar ! Que de guerres de pouvoir !...

Que pensez-vous du lancement d'une mission parlementaire dans un tel contexte ?

Quand on ne peut pas/veut pas agir politiquement, on mandate une personne pour voir comment sauver le service public hospitalier... Si le gouvernement veut prendre une bonne décision pour l'hôpital public, c'est surtout de stopper la régulation prix/volume, qui aboutit à l'enfer au quotidien pour les professionnels de santé : on leur demande de faire plus en rapport avec la T2A ; puis l'année suivante on coupe dans les moyens car l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie a été dépassé... en raison d'une activité trop forte ! Que pensez-vous que le directeur d'hôpital va alors faire ?... C'est un schizophrène mais ce n'est pas de sa faute. Ce système perdure car on n'ose pas fermer certains hôpitaux ou plateaux techniques, ce qui permettrait de consolider les volumes.

Certains PH estiment en effet qu'il y aurait des marges de manœuvre financière via des restructurations ou fusions qui paraissent même salutaires sur le terrain... Pourquoi le directeur d'ARS ne les décide-t-il pas ?

Un DG d'ARS peut être plus ou moins tenace. Je l'étais tellement que je n'ai pas pu rester dans mes fonctions... Vous savez, un élu, même de tendance libérale, qui donne des leçons tous les jours au gouvernement sur la bonne gestion des finances publiques, va faire un lobbying d'enfer pour qu'on ne touche pas à la dépense publique liée à l'hôpital de sa commune.

Mais effectivement, tout le monde sait depuis 30 ans qu'il faut des regroupements : certains hôpitaux tournent à 10 % en chirurgie et occupent des PH qui manquent cruellement ailleurs, avec des taux de vacance énormes. C'est une situation critique. Pendant ce temps, la France a la plus grosse dépense hospitalière publique et privée par habitant de l'OCDE, et cette dépense y représente plus de 50 % de l'ensemble des dépenses de santé contre 30 % en moyenne dans l'OCDE (sur 34 pays).

Selon vous, quelle mesure phare faudrait-il donc prendre pour l'attractivité de l'hôpital public ?

Tant que les hôpitaux ne seront pas gérés par un Groupe hospitalier public national prenant ses consignes directement du gouvernement, puis décidant comme il l'estime nécessaire de l'emploi des investissements qui lui sont confiés, d'une simplification des statuts de PH, etc., il n'y aura aucune solution d'amélioration de l'hôpital public en France.

Interview de Matthieu Sibé, professeur agrégé d'économie et de gestion, co-responsable pédagogique du master « Management des organisations médicales et médico-sociales » à l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (Université de Bordeaux), auteur d'une thèse en gestion des ressources humaines sur le lien entre management hospitalier et attractivité.

UN LIEN ENTRE DÉTERMINANTS MANAGÉRIAUX, ATTRACTIVITÉ ET QUALITÉ DES SOINS

Existe-t-il des caractéristiques managériales d'hôpitaux exemplaires ?

C'est une question peu approfondie en France où l'on s'intéresse plus aux établissements qui ne fonctionnent pas, notamment en cas de drames humains. Il faut aller aux États-Unis pour trouver une réflexion depuis 30 ans sur des conditions managériales exemplaires avec les « hôpitaux magnétiques » (« Magnet Hospitals »), qui correspondent à un label basé sur des référentiels de RH et de management. Cet outil a été développé à la base dans les années 80 par des infirmières confrontées à un phénomène de sous-effectifs et des problèmes d'attractivité. Trois choses apparaissent dans la littérature à ce sujet : ce sont des établissements capables d'attirer et de retenir les professionnels de santé, avec un *turnover* plus faible qu'ailleurs ; ils développent un contexte organisationnel rendant les acteurs plus performants ; enfin, il s'avère que ce sont des hôpitaux où il fait bon vivre et se faire soigner.

Vous êtes l'auteur d'une thèse sur ce sujet*. Pourquoi vous être intéressé à ce label ?

Je voulais m'intéresser à ce qui marche : une vision positive du travail et de l'organisation, conjuguant qualité de vie à l'hôpital et qualité des soins. La réussite de ce label américain démontre un lien entre, d'une part les déterminants opérationnels et managériaux, d'autre part l'efficacité et l'attractivité de ces établissements pour les professionnels de santé et pour le public. Ce label concerne 395 hôpitaux, c'est peu à l'échelle des États-Unis mais il vise l'excellence).

D'ailleurs, il s'avère qu'ils figurent au final parmi les plus performants dans les classements. À la clé, mon idée était de proposer une réflexion stratégique de gestion des RH à l'hôpital pour les directeurs de ressources humaines et pour les managers de proximité, cadres de soins et chefs de service, afin de tourner la gestion des RH non pas vers des normes purement comptables, et de réinjecter de l'humain dans le management.

Comment se distingue la direction de ces « hôpitaux magnétiques » ?

Je dégagerais quatre principales caractéristiques. D'abord, un important effort y est réalisé en matière de politique des RH avec un très fort soutien à la formation (alors qu'ailleurs, c'est souvent l'un des postes touchés en cas de « rationalisation » budgétaire). On essaie aussi systématiquement dans ces établissements de mettre en adéquation les effectifs et les besoins en matière de qualité de prise en charge, ce qui peut paraître utopique dans le contexte français contraint... Ils recrutent des personnels qualifiés (le « faire fonction de » a longtemps existé chez les personnels soignants aux États-Unis). On y favorise l'autonomie (pas l'indépendance !) de la décision clinique avec davantage de délégation de compétences qu'ailleurs : c'est le principe de subsidiarité. À noter que les rémunérations n'y sont pas plus élevées qu'ailleurs. L'attractivité ne passe donc pas par le salaire [Ndlr : rappelons que le système hospitalier américain est privé et qu'en France, le différentiel de rémunération public-privé va du simple au triple. D'où un critère salarial évidemment plus prégnant].

* Ces travaux donneront lieu à un ouvrage à paraître d'ici l'automne 2015.

Quelles sont donc les caractéristiques managériales qui s'en dégagent ?

Ces établissements se distinguent par une animation au plus proche des services, avec trois dimensions essentielles qui ressortent de la littérature :

1. On y recherche un « leadership transformationnel » : des chefs de services à forte capacité de mobilisation mais aussi d'écoute, susceptibles de « transformer » les personnels dans un sens positif. On pourrait parler de charisme. Les Américains parlent de managers « *People-Oriented* », par contraste avec les « *Task-Oriented* ».
2. Des managers capables de partager le pouvoir et qui favorisent « l'empowerment » [Ndlr : concept venant des pays anglo-saxons consistant à donner aux individus la connaissance et l'expérience nécessaire pour être capables d'agir eux-mêmes en fonction des conditions qui pèsent sur eux, qu'elles soient sociales, économiques, écologique, etc.]
3. On y trouve un climat relationnel collégial : collaboration interprofessionnelle, échanges réciproques d'informations, respect mutuel, valeurs de confiance, pas de suprématie affirmée des médecins *versus* les soignants mais une reconnaissance de la place de l'expertise de chacun.

Laquelle de ces dimensions s'avère primordiale ?

L'expérience montre que c'est la combinaison des trois qui favorise l'attractivité. Mais ce qui ressort le plus des enquêtes est l'importance du climat relationnel interne, la force des collectifs.

Vous avez « testé » ces caractéristiques auprès de 856 professionnels de santé français – médecins, infirmières, aides-soignantes. Que donnent les retours ?


Oui, je leur ai posé 35 questions comprenant une échelle d'accord pour mesurer ces trois dimensions – leadership, « empowerment » et climat relationnel – à l'aune de leurs propres managers, et surtout afin d'en vérifier le lien avec les conséquences qui ressortent aux États-Unis : sentiment d'efficacité, satisfaction et implication au travail, moindre épuisement, intention de rester dans l'établissement... Les réponses montrent que ce lien est indubitable. Côté descriptif du manager opérationnel, j'ai été plutôt rassuré : les soignants se disaient plutôt efficaces, plutôt impliqués, plutôt dans l'intention de rester (ce qui contraste avec beaucoup de retours que l'on peut avoir par ailleurs)... En revanche, sur les dimensions « relations collégiales », « chef de service stimulant » ou de « satisfaction », les résultats sont beaucoup plus mitigés. Dans la hiérarchie des conséquences d'un management de ce type, il faut noter en tête le sentiment d'être bon dans les soins, étroitement lié avec l'épanouissement au travail et l'intention de rester dans l'établissement.

Quelles conséquences en tirez-vous ?

Qu'il y a un vrai effort à faire dans la définition du management de proximité et dans ses compétences managériales, notamment le management d'équipe. Il faut investir là-dessus dès les études de médecine et au moment de la prise de poste d'un chef de service, d'un chef de pôle, et pas seulement le former sur la construction d'un budget au regard de la T2A...

Il y a là beaucoup de pistes. Mais comment les mettre en œuvre dans des établissements où on assiste à de véritables guerres de tranchées ?

La question est extrêmement difficile mais je pense que la première chose à faire est de rétablir des espaces de parole sur le lieu de travail. Libérer du temps pour ça n'est pas... une perte de temps, c'est au contraire un investissement. Chacun doit être convaincu que c'est collectivement que l'on peut alors trouver une solution. C'est dans la proximité que l'on peut résoudre les problèmes et améliorer la qualité des soins. Ce n'est pas par de nouvelles normes et au niveau de la Direction de la qualité.



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Un médecin payé deux fois plus en clinique qu'à l'hôpital ? C'est pas possible, ça ! Je vous crois pas... »

Interview de Bertrand Mas, praticien hospitalier (PH) à Marseille, ex-président du SNPHAR-E, animateur de la mission de la Commission permanente sur l'attractivité médicale de la Fédération Hospitalière de France (FHF) qui a publié son premier rapport en avril 2014.

UNE APPROCHE PRÉHISTORIQUE DU MANAGEMENT

Dans le rapport de la FHF sur l'attractivité médicale, on parle « d'effet pervers » de la situation actuelle, de « détérioration de la qualité », de « difficultés de recrutement », de « souffrance au travail et burn-out ». Vos interlocuteurs institutionnels sont-ils d'accord sur le diagnostic ?

En « *off* », oui. En « *in* », je ne sais pas... En effet, une fois le rapport terminé, ce sont les cadres de la FHF qui sont allés le présenter aux institutionnels. Je ne peux donc pas vous donner la réaction à chaud des institutionnels qui l'ont reçu.

Sur les 10 propositions du rapport (voir encadré), quelles pistes sont en passe d'être suivies ?

Sur le « mieux communiquer », un guide des internes est en préparation (opportunités de carrières, comparaison des statuts, etc.). La création d'une bourse à l'emploi électronique est aussi en cours à l'échelle nationale (Centre national de gestion (CNG) et de la FHF [Ndlr : le CNG gère les carrières des praticiens et des directeurs d'établissements par délégation du ministère de la Santé], aussi bien pour les postes de titulaires que pour les contractuels. C'est extrêmement intéressant. Aujourd'hui, on ne sait pas qui recrute et tout n'est pas rendu public. Une telle bourse à l'emploi fonctionne très bien au Royaume-Uni.

À lire vos propositions, l'attractivité de l'hôpital public passe autant par un changement d'état d'esprit que par des mesures qui viennent d'en haut...

En effet. Une idée serait, par exemple, de rendre systématique un entretien d'orientation au cours des deux dernières années d'internat. Toute une frange d'internes peut être intéressée à rester mais n'a

pas fait de démarches vers les chefs de services. Aujourd'hui, il n'y a pas de « *job planning* ». Les internes sont sous la tutelle de chefs de service qui n'ont pas une formation de manager et, le plus souvent, ils remplissent mal cette fonction.

Aux lacunes du management s'ajoute le problème de la jungle des statuts, repousser pour les jeunes ?

En post-internat, à côté de ceux qui se destinent à une carrière universitaire, vous avez en effet une grande disparité de statuts : assistants spécialistes, praticiens contractuels, praticiens attachés, etc. D'où notre cinquième proposition (voir encadré) d'un seul statut lisible et attractif pour que le premier poste occupé à l'hôpital vous donne envie de rester. Tout le monde y semble favorable, y compris le ministère de la Santé. Mais Bercy oppose son veto...

Certaines collectivités développent des coopérations territoriales (votre proposition 6) qui ont aussi l'avantage pour les jeunes de découvrir divers lieux et formes d'exercices...

En effet, certains CHU ont développé sur la base du volontariat des postes où les jeunes travaillent à la fois dans le CHU et dans les centres hospitaliers périphériques ayant du mal à recruter. Pour pérenniser ce type d'idée, il faut accepter l'idée que certains postes de post-internat soient financés par les collectivités, et notamment par le conseil régional qui garantit ainsi une cohérence territoriale de l'offre de soins. Mais il faudrait encadrer cela réglementairement car il s'agit actuellement d'initiatives spontanées « au forceps ». Seules quelques régions (Nord-Pas-de-Calais, PACA,...) ont pris des initiatives en ce sens, en PACA il s'agit de postes de chefs de clinique en médecine générale, qui vont travailler dans des maisons de santé du territoire.

Je retiens que, pour l'instant, les seules mesures concrètes suite au rapport de la FHF sont celles qui ne coûtent presque rien aux pouvoirs publics...

Vous résumez bien. Mais, au sein d'un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) contraint, il n'y aura jamais les marges de manœuvre nécessaires pour financer l'attractivité tant qu'on n'aura pas ce courage de mutualiser les plateaux techniques et de faire une réforme de notre carte hospitalière et de l'offre de soins primaires. Il n'est pas question ici de fermer des hôpitaux mais bien de réorienter leurs missions. Ainsi, certains hôpitaux locaux se sont déjà transformés, abandonnant leurs plateaux techniques et organisant une offre de soins de suite d'un côté, et de centre de santé de l'autre. La nécessité de proximité est conservée pour les soins primaires et les soins de suite. La technicité, elle, peut être déportée.

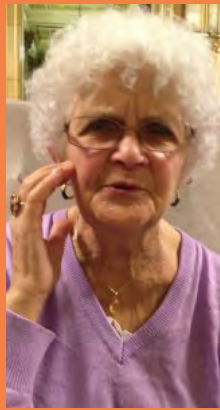
En revanche, on lance une nouvelle mission, parlementaire cette fois. Peut-on encore se permettre d'attendre ?

Non, mais à bien y regarder, la santé s'est toujours réformée suite à des scandales. Alors attendons... Certains événements récents devraient nous alerter car ils ne relèvent pas du fait divers comme on tente de le faire croire.

En tout cas, à la FHF, la Commission sur l'attractivité assurera le suivi de son rapport. Notons enfin qu'un autre sujet majeur de l'attractivité n'a pas été abordé dans ce rapport : la pénibilité.

La qualité de vie au travail est un point fondamental. À cet égard, le rapport de la FHF parle d'un statut de PH qui reste attractif, en dépit des difficultés, car il « offre des conditions d'emploi équilibrées », et en raison des valeurs qu'il promeut. Côté conditions d'emploi, il y a comme un hiatus avec ce que nous disent les PH (voir pages 7 à 18)...

Il y a plus qu'un hiatus... peut-être une volonté d'enjoliver un peu le tableau. Après, on sait que les gens qui s'expriment le plus sont souvent aussi les plus critiques, ce qui donne vite un tableau très sombre. Mais mon expérience montre que ces verbatims du 14 octobre reflètent une réalité. Je pense qu'il y a un formatage à l'école de Rennes auprès des futurs directeurs avec un discours selon lequel il faudrait « mettre les médecins et les soignants au travail ». Cela aboutit à des esprits binaires et à un management « début 20^e siècle ». Et le management médical n'est pas en reste, d'où notre dixième proposition.



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« Des médecins s'en vont de l'hôpital ? Ça doit être qu'ils ont trop de travail, ou bien qu'on leur crie dessus, vas t'en savoir ! On voit de ces choses bizarres aujourd'hui... »

Dans les nouveaux plateaux techniques, on interdit par exemple parfois tous les lieux de détente où l'on pourrait par exemple prendre un café. Autre exemple : vous n'avez pas d'entretiens annuels avec les PH, comme il y en a aujourd'hui pour tous les salariés dans tout type de structures. C'est une approche préhistorique de la part de gens qui n'ont visiblement pas lu les ouvrages récents sur le management réhabilitant la qualité de vie au travail comme condition de l'efficacité.

Ce mépris décrit par les PH n'est pas un simple ressenti ?

Juste une anecdote : quand j'ai été appelé il y a deux ans par la FHF pour diriger et co-animer cette mission de la FHF en tant que personnalité qualifiée, d'autres syndicats et la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissements se sont insurgés. La direction de la mission a dû être élargie. Personnellement, je m'en moquais, l'important était de bien travailler. Mais c'est assez révélateur : en tant que « simple PH », j'étais jugé, par beaucoup, illégitime pour animer ce genre de mission.

LES 10 PROPOSITIONS DE LA FHF

- Mieux communiquer sur les carrières à l'hôpital public au cours de la formation initiale.
- Accompagner individuellement le développement des carrières des médecins en formation.
- Garantir de bonnes conditions d'accueil et de formation des internes.
- Créer une plateforme de recrutement et d'informations pour les carrières médicales à l'hôpital public : « Bourse aux postes ».
- Valoriser et adapter l'organisation du post-internat.
- Développer les coopérations et les équipes territoriales.
- Rénover le régime des rémunérations.
- Favoriser la qualité de vie au travail.
- Gérer les carrières et dynamiser les parcours professionnels.
- Développer les capacités des managers médicaux.

Pour télécharger l'intégralité du rapport et consulter le détail des mesures proposées : <http://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-Une/Personnel-medical-attractivite-et-fidelisation-des-medecins-a-l-hopital-public-rapport-FHF>

L'ANTI-RECRUTEMENT, OU DE L'ART DE FAIRE FUIR

Il y a un an, j'ai fini mon Internat.

Cinq années d'investissement personnel lourd pour obtenir mon DES (*). Cinq années pendant lesquelles ma conviction s'est forgée : « je suis fait pour l'hôpital public ! ». Très bien choisie à l'Internat, ma spécialité manquerait plutôt aux hôpitaux qui peinent à recruter... Pour diverses raisons, principalement d'ordre familial, je n'ai pas pu organiser très tôt un post-internat. Je pensais naïvement que mon CHU de formation – justement en grand « manque » de praticiens de mon espèce – penserait à me recruter décemment, même temporairement. Que nenni ! Dans le contexte démographique très défavorable que connaît ma région (plus de 30 % de postes hospitaliers vacants), j'allais vivre une situation ubuesque pendant que des remplaçants viennent quotidiennement faire de l'intérim dans notre établissement...

Tout avait pourtant bien commencé.

Les patrons responsables de ma formation me proposent plusieurs postes, certains correspondant à mon projet professionnel, d'autres, non. Finalement, nous tombons d'accord pour un poste que j'avais relu deux mois avant la fin de mon internat : le chef de service évoque la possibilité d'un statut de PHC échelon 4 + 10%, comme cela se pratique couramment dans les établissements alentours et sans doute plus généralement en France. « Ça ne serait pas volé ! », ajoute-t-il. Soyons clairs, la différence est d'environ 500 € nets de plus par mois, là où les intérimaires toucheraient 650 € nets... par jour !

Demande de rendez-vous avec le DRH.

Premier hic, sa secrétaire m'indique un mois de délai : non négociable ! Que faire d'autre qu'attendre ?

J'imagine que cette entrevue ne sera qu'une formalité me permettant d'offrir mes services selon un contrat temporaire, certes, mais gagnant-gagnant. Pourquoi, une offre de service, même temporaire, ne le serait-elle pas ? Je ne serai pas déçu du voyage chez Ubu-Roi...

Un mois plus tard, je rencontre le DRH. J'expose clairement mon projet professionnel : d'abord, trouver un poste pour 6 mois ou 1 an car je souhaite faire un post-internat en validant mon DESC (*) (ben oui, quoi !). J'ajoute que mon chef de service me propose justement un poste dans le secteur qui m'intéresse. Le DRH est content pour moi, ouf ! Moi aussi ! Il me vante alors la chance que j'ai de pouvoir faire un assistantat au CHU. Puis, il m'expose la possibilité d'une installation en secteur 2 « en clinique »... à la fin des 2 ans. Bien sûr, la faiblesse du salaire d'ASR sera compensée par la possibilité de 45 jours de congés sans solde pour... faire des remplacements. Une prime de 5000 euros, qui n'est normalement attribuée qu'à la fin des 2 ans d'assistantat, me sera versée dès le début. (On m'explique que le CHU comprend très bien les besoins de ses jeunes médecins...). Ah oui, précision, si le contrat de 2 ans n'est pas rempli, je dois rembourser la totalité. Pour rappel, le salaire de base d'un assistant est quasi égal au dernier salaire d'interne, avec les responsabilités en plus.

Comme je sais que, pour raison familiale, je ne resterai pas 2 ans, ce que j'ai annoncé franchement, je comprends immédiatement que je devrai rembourser la prime, que je n'aurai pas l'accès au secteur 2 et qu'au final, je gagnerai autant que lorsque j'étais interne alors que mes études sont à présent finies. 11 ans quand même ! Pourrait mieux faire me dis-je... J'ai quand même les boules !

Pourtant, je crois sincèrement ne pas être quelqu'un de vénel. Ma spécialité est un



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« Faudrait payer plus les jeunes gens pour qu'ils restent. Ils ont fait des années d'études tout de même ! La question, c'est pas de savoir si les médecins sont des saints. On en a besoin, c'est tout. »

exercice difficile, elle est utile, indispensable pour un hôpital, même ! Je ne crois vraiment pas exagérer ni profiter d'une position sociale dont je n'ai pas grand chose à dire d'autre que j'ai travaillé pour cela, nuit, jour, week-ends, jours fériés et qu'il est temps que je gagne raisonnablement ma vie après l'avoir quand même pas mal donnée aux autres durant ma formation dans ce CHU...

Que dois-je conclure devant ce genre de proposition ?

Tous les hôpitaux des alentours proposent sans négocier des contrats de PHC 4 + 10 %, au minimum, et avec le sourire. Je pense que cette administration n'a vraiment pas de respect pour le corps médical. Malgré 3 rendez vous, malgré les graphiques, le sourire et les plages additionnelles proposées (oui, on m'indique que si je veux gagner plus, je pourrai travailler des demi-journées au-delà des dix que prévoit déjà mon statut, soit un rythme de 60-70 heures par semaine...), je n'ai toujours pas compris pourquoi on appliquait un traitement aussi peu attractif pour les plus jeunes. Je n'ai toujours pas compris pourquoi on préfère nous laisser partir plutôt que de se ranger aux pratiques appliquées partout, voire même dépassées en cas de recours contraint aux médecins intérimaires.

Comment admettre que dans son maladroit discours de recrutement le DRH m'ait essentiellement parlé de secteur libéral, de remplacements et de la possibilité qui me serait donnée plus tard de me rattraper grâce au secteur 2 ? Je ne comprends toujours pas... C'est donc comme ça que doit débiter la vraie vie quand on a fini son Internat ?

Dr D. Pité

(pour des raisons évidentes, le SNPHAR-E a anonymisé ce témoignage)



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« De l'intérim chez les médecins ? C'est nouveau, ça ! Je savais pas qu'on était rendu là ! Ça montre qu'on n'est pas assez informé, qu'il y a un manque de transparence. Vraiment, des médecins intérimaires qui débarquent un matin, comme ça... C'est pas vraiment rassurant tout ça ! »

DES CHOIX PUBLICS QUI COMPROMETTENT LE MANAGEMENT ÉTHIQUE

Une grande partie des verbatims recueillis à l'occasion du mouvement du 14 octobre 2014 montrent un monde médical hospitalier au bord du « burn-out », reprochant aux directions d'hôpitaux leur manque de dialogue et de reconnaissance. Dans le même temps, une enquête met en avant une exposition des directeurs aux risques psychosociaux. Comment retrouver un dialogue et une compréhension mutuelle ?

Dans l'ensemble des structures publiques, nous notons, pour d'autres catégories, des difficultés chroniques équivalentes à celles que vous exprimez pour le monde médical. Cela concerne aussi les directeurs et les cadres et nous le constatons, avec des nuances, dans toute la fonction publique.

C'est avant tout le fait d'une dénaturation globale du management public que nous dénonçons, sans obtenir encore de modification d'approche de la part des pouvoirs publics. Nous sommes en effet confrontés à des choix publics qui compromettent le management éthique et la responsabilité sociale des établissements.

S'agissant des risques psychosociaux, plutôt qu'une approche quantitative par un organisme de sondage, le Syncass-CFDT privilégie l'analyse concrète avec les collègues. Nous publions régulièrement des dossiers, après enquête, pour mesurer les évolutions, et surtout pour proposer des solutions permettant de sortir de ce marasme.

Sortons cependant des généralisations. Une part de la réponse nous appartient, collectivement. Si la gouvernance des établissements est équilibrée, il n'y a pas de raison objective, autre que des difficultés relationnelles liées aux personnes, pour que le dialogue ne permette pas de répondre à tout ce qui relève des responsabilités des acteurs internes.

Dans les témoignages recueillis sur la tribune libre d'octobre, les termes « mépris », voire « maltraitance », et bien d'autres tout aussi durs, reviennent très souvent. Qu'est-ce que cela vous fait de lire des verbatims aussi violents ? Comment les expliquer ?

Cela n'est pas pire que les propos excessifs des directeurs, mais aussi (surtout ?) ceux des autres personnels, lorsqu'ils critiquent le corps médical : les médecins seraient des mandarins égoïstes, des caractériels, des enfants gâtés, n'ayant que peu de considération pour les autres membres de l'équipe soignante et les méprisant. Ils ne tiendraient pas compte des contraintes des collaborateurs, seraient excessivement intéressés par l'argent, mépriseraient les patients... Toutes ces charges sont absurdes.

Pour autant, de part et d'autre, il peut manquer une écoute suffisante, pour la compréhension des contraintes respectives. Pour s'en sortir, il faut d'abord une vision partagée de la stratégie à mettre en œuvre pour l'ensemble de l'établissement, puis un dialogue, rentrant dans le détail des processus, mais laissant à chacun la responsabilité de sa propre organisation, pour conserver la souplesse et la réactivité. Et ne pas vouloir tout encadrer par de multiples procédures.

Ce climat ne résulte-t-il pas de l'absence d'un lieu d'échanges au sein de l'hôpital ?

Il faut d'abord désirer ces échanges, ce qui suppose de sortir d'une logique de confrontation. En principe, des lieux existent : le conseil de surveillance ; le directoire, d'ailleurs à majorité médicale ; la Commission Médicale d'Établissement (CME), dont les responsabilités doivent englober toutes les questions d'organisation ; la Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-Technique (CSIRMT), le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), dans lequel les médecins ont une place encore insuffisante,



mais qu'ils ne prennent pas toujours..., et les structures internes, dont les pôles, devraient avoir une instance associant les acteurs. Les échanges doivent aussi être favorisés au sein du corps médical lui-même, car il y a là aussi des blocages dans certains établissements.

Il faut des lieux pour échanger mais attention à ne pas créer d'illusions, puis de désillusions. Ces lieux sont-ils prévus pour l'information, la concertation, la négociation interne, la décision ? Faute de clarifier la portée et la nature des échanges, on prend le risque de décevoir.

48 heures de travail hebdomadaire pour un médecin, c'est déjà important compte tenu des évolutions sociétales (chez nos voisins anglais, le contrat du NHS, c'est 40 heures). Le concept de 24 heures de permanence = 5 demi-journées ne mettrait-il pas fin à une forme d'injustice ?

Le rapport au temps est variable et la charge que sa durée implique l'est également, selon la nature des activités. Il n'y a pas de formule magique qui serait à la fois équitabile et applicable de manière générale. Sans doute faut-il fixer un maximum. Mais comment faire en pratique, lorsqu'une intervention se prolonge, que des patients attendent ? Accumuler du temps dans un compte n'est pas non plus la solution car c'est une fuite en avant qui ne règle pas les problèmes à la source. Il y a aussi une évidente dimension économique : le temps médical a un coût et il faut donc l'employer le plus efficacement possible. On en revient toujours à l'organisation à parfaire et aux limites à discuter.

Des médecins commencent à compter leurs heures. On en arrive souvent là lorsque le travail devient difficile à supporter. Constatez-vous le même phénomène chez d'autres catégories de personnels ?

C'est une tendance lourde de la société et le corps médical n'y échappe pas... Mais est-ce parce que le travail devient difficile à supporter ou parce que la motivation tend à s'émousser ? La lassitude tient-elle à la place du médecin moins bien reconnue, au sentiment que l'on s'épuise en vain, du fait d'obstacles qui ne devraient pas exister ? En tout cas, si les médecins estiment que leur temps n'est pas efficacement utilisé par l'institution, il est logique qu'ils ne veuillent pas le perdre. S'ils ont la certitude d'une bonne utilisation, ils seront davantage enclins à le donner. Ce n'est pas différent pour les directeurs, ou pour tous ceux qui ne sont pas soumis à un décompte du temps, dont les cadres.

La problématique de l'intérim semble cristalliser beaucoup de mécontentement et de plus en plus aiguë...

En effet, mais ne pensons pas que cela serait une surprise ! La pénurie médicale a été parfaitement prévue et organisée, dès l'application du numerus clausus, avec la collaboration des responsables

médicaux, de l'Ordre et de l'Université notamment. Afin de diminuer l'offre de soins, pour les technocrates, afin de maintenir la rareté et donc les revenus, pour certains responsables médicaux. L'intérim n'est que la conséquence que nous devons gérer maintenant. La seule solution est d'agir sur la répartition des médecins sur le territoire, par des mesures contraignantes, dès lors que les mesures incitatives sont inefficaces.

Le plafonnement de l'intérim, prévu dans le projet de loi de Santé, est un élément à évaluer. Il ne traite cependant pas la cause des difficultés, qui passe par des recrutements de médecins titulaires.

On ne pourra pas maintenir la qualité des soins ni la qualité de vie au travail des médecins sans des mesures d'organisation de l'offre, remettant en cause la liberté d'installation. Mais cela n'est pas socialement et sociologiquement acceptable par le corps médical aujourd'hui. À défaut, on connaîtra d'autres restructurations d'établissements publics et des fermetures de chirurgie et de maternité notamment. Avec des conséquences sur l'accessibilité territoriale. Ou alors, il faut espérer que l'accroissement des coopérations permettra un exercice diversifié entre établissements, réduisant ce risque. En tout cas, ni la télémédecine, ni l'augmentation du nombre d'étudiants ne sont des solutions suffisantes, si ces derniers ne s'installent pas là où ils seraient le plus nécessaire.

Interview d'un médecin anesthésiste-réanimateur, praticien hospitalier (PH) depuis 15 ans, démissionnaire en 2014 pour devenir intérimaire.

LASSÉE, EXCÉDÉE

JE SUIS PARTIE FAIRE DE L'INTÉRIM

Vous étiez PH jusqu'à cette année. Pourquoi avoir basculé dans l'intérim ?

J'étais devenue très amère à force de voir les choses se dégrader. Comme tout le monde, nous sommes attachés à faire du bon boulot et nous voyons des gens tout casser sous nos yeux. Je ne l'ai plus supporté. J'ai fini par partir quand j'ai pris conscience que je n'y pouvais plus rien.

C'est un sentiment partagé avec les autres intérimaires que vous rencontrez ?

Quand les gens « passent de l'autre côté », ce n'est pas pour profiter du système, même s'il y a une petite minorité de remplaçants professionnels. Lors de mes formations (j'ai enfin le temps) ou lors de mes remplacements, je rencontre des PH de toute la France qui disent tous la même chose : dégradation des conditions de travail, pénibilité mal reconnue, projet de service qui se limite à remplir le planning...

Quelles en sont les principales causes selon vous ?

Pour réussir un tel gâchis, il faut se mettre à plusieurs ! Nous avons eu de gros problèmes de communication pendant des années avec des directeurs administratifs qui organisent notre travail sans le connaître - très mal informés par les mauvais indicateurs d'activité, souvent axés sur la facturation uniquement - mais qui refusent qu'on les aide à comprendre. Par ailleurs, souvent la hiérarchie médicale, notamment dans les CHU, se coupe du terrain. Certains collègues ont quitté l'hôpital public en voyant que les chefs ne savaient plus rien, ni de notre activité, ni même de ce que nous pensions. Or ces supérieurs hiérarchiques, mal informés, sont les interlocuteurs officiels des administratifs... eux aussi du coup mal informés...

Avez-vous été aussi poussée par la pénibilité du travail ?

Pas vraiment. C'est ce qu'ont cru mes directeurs administratifs et chefs qui m'ont dit : « Vas te reposer quelque temps. » Ils n'ont rien compris : malgré la fatigue,

ça allait encore physiquement. En fait, j'étais lassée et excédée. C'est quand on est en forme que l'on peut partir. Ceux qui sont épuisés vont jusqu'au burn-out ou se mettent en danger, ils ne partent pas. Si on faisait 48 heures par semaine, y compris les gardes, ce serait une amélioration énorme. L'un des établissements où je fais des remplacements l'a décidé, c'est donc possible... Et il devient attractif.

J'ai vu des ouvertures de plateau technique qui, alors que les risques avaient été annoncés très en amont, se sont très mal passées, avec des arrêts de travail, de l'absentéisme, des départs..., bref des indicateurs flagrants de dysfonctionnements. Or il y a eu un déni de l'administration mais aussi de la hiérarchie médicale (celle que nous ne voyons jamais sur le terrain). Rien ne change, même quand la catastrophe est là avec des départs en masse ! Les médecins ne sont pas bien formés à l'organisation de structures de cette taille, mais il faudrait les écouter.

Quelles différences avez-vous vues avec l'intérim, dans votre quotidien ?

Pour moi, ça a été un immense soulagement. Avant de partir, la colère me réveillait la nuit (j'ai des collègues qui ne décolèrent pas, deux ans après être passés en libéral). C'est une expérience qui a un côté bien sûr confortable (choix des jours de travail, des gardes si vous avez envie d'en faire pour dépanner les collègues). Je travaille dans des hôpitaux généraux et cliniques. On ne fait que passer, sans problème de gestion de service, de planning, de programmation... En termes de pénibilité, cela n'a rien à voir. Vous voyez aussi du monde, ce brassage de pratiques est enrichissant professionnellement.

Comptez-vous redevenir PH ?

Pour moi, l'intérim est transitoire en attendant que l'hôpital public change. Mais mes collègues se moquent de moi et me disent que rien ne va bouger ! Je ne reviendrai peut-être pas sur un poste aussi vite que prévu...

LES DIRECTEURS DOIVENT ÊTRE MASOCHISTES

Il y a 400 directeurs d'hôpitaux généraux français. Votre situation est représentative de bon nombre d'entre eux. Avec le recul de vos 25 ans de travail à l'hôpital public, sommes-nous arrivés à un tournant ?

Totalement, nous sommes à la fin d'un cycle. D'un point de vue économique, nous arrivons au bout des réformes qui ont recherché la productivité (nécessaire) et la rigueur financière. Or aujourd'hui, une fois les réformes et restructurations effectuées, nombre d'établissements sont en déficit. Nous ne pilotons alors plus rien du tout, nous gérons au coup par coup sans stratégie possible. Un exemple typique : l'intérim. Il représente plus de 2 millions par an (3 cette année) en médecine-chirurgie-obstétrique dans mon établissement, à comparer à un déficit de 4 millions. La T2A est au bout de sa logique. Elle a peut-être un peu boosté l'hôpital au départ versus un budget global avec lequel on ne se posait guère de questions. Mais aujourd'hui, avec ces recettes en fonction des actes en parallèle de baisses de tarifs, il est impossible que les ressources suivent la hausse des dépenses liées à la demande, aux nouveaux textes, aux charges, etc. Depuis la crise, nous n'arrivons plus à emprunter, certains hôpitaux ne payent même plus leurs charges. Que faire avec tant d'établissements sujets à d'énormes déficits et entraînés dans cette spirale, à part en fermer ? Autre problématique : mon établissement est de taille moyenne mais compte tout de même 1 200 salariés et va de la maternité à la gériatrie en passant par la chirurgie, les urgences... Cela fait la grandeur de l'hôpital, mais dans le contexte le financement et de démographie actuel, gérer de tels ensembles devient extrêmement compliqué.



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« C'est normal de faire grève quand tout le monde s'en va. Ça tourne pas rond, là ! »

Il y a eu de nombreux rapports et textes ces dernières années. Certains vous ont-ils aidé sur l'attractivité ?

Pas vraiment. Je prendrai deux exemples. La loi HPST a tenté d'intervenir pour retenir des médecins avec le contrat de clinicien, qui donne la possibilité de recruter au 13^e échelon + 60 %, soit en gros 10 000 euros par mois. Même cela ne m'a pas permis de recruter de cardiologue car c'est le contexte de travail qui n'est plus assez attractif. Autre exemple : la coopération, avec les communautés hospitalières de territoire. Sur le papier, c'est intéressant, sauf que dans la réalité, la coopération inquiète, en particulier les élus qui peuvent freiner des quatre fers.

D'où viennent ces problèmes d'attractivité visiblement insolubles ?

Le salaire, on a vu que ça ne marchait pas... Nous sommes ici à 45 minutes de Rennes, dans la baie du Mont-Saint-Michel, ce n'est donc pas le problème de géographie. Ce qui est souvent mis en avant, c'est la problématique de la pénibilité (gardes, astreintes). Il faut des équipes nombreuses pour que les gardes se répètent moins, or elles se réduisent. De plus, les

jeunes praticiens veulent de bons plateaux techniques. Mais comme les hôpitaux, à l'instar de celui que je dirige, doivent faire de tout, ils ont du mal à investir dès lors que les déficits se creusent, nous n'avons pas d'équipements à la hauteur de ce que l'on trouve désormais en clinique. Et nous demeurons des structures lourdes. Tout paraît beaucoup plus simple dans le privé pour un jeune praticien. En clinique, un médecin discute directement et rapidement avec sa direction d'un nouveau matériel. Chez

nous, quand bien même l'établissement a la capacité d'investir, tout est plus compliqué pour la décision : nombreux intervenants et nombreux avis...

Vous-même dépendez de trop d'acteurs ?

Je rends des comptes à l'ARS, qui, sur injonction nationale, me demande de faire des économies pour revenir à l'équilibre. Derrière, je dépends d'élus qui n'ont pas les mêmes intérêts locaux que l'ARS, me refusant de supprimer des emplois. Je peux également entendre un député tenir à l'Assemblée nationale des propos bien différents de ceux qui sont les siens dans sa circonscription... Dans le même temps, je suis sous le contrôle du Trésor public : impossible par exemple de changer d'échelon pour attirer un praticien, car cela ne rentre pas dans le texte officiel, même si celui-ci ne correspond plus à la réalité. Dans ce contexte qui amène au conflit, les syndicats déplorent notre politique de perte d'emploi permanente et l'absence de dialogue social (c'est leur job). Ainsi, plus l'hôpital est en situation de déficit, plus le collectif s'étiole. Et ces conflits aggravent alors encore la situation.

Si vous aviez des idées à soumettre à la technostructure pour sortir l'hôpital public de cette ornière ?

Qu'elle prenne conscience qu'avec nos contraintes, nous ne pouvons plus être attractifs pour le corps médical. Or sans médecins, pas d'hôpital... Il nous faudrait davantage de praticiens, donc de moyens, donc une tarification différente de la T2A ou modifiée, pour rendre l'environnement attractif. Je ne parle même pas des salaires.

Mais l'enveloppe de financement nationale est contrainte et on peut le comprendre...

Oui, il ne reste donc que la réorganisation de l'offre de soins pour trouver des marges de manœuvre, surtout en concurrence avec l'offre privée. Les choix n'ont pas été faits en amont dans les autorisations, car ils sont très difficiles. Et ce n'est pas un nommant un seul directeur pour trois établissements, comme dans mon cas, que l'on prétendra « réorganiser ».

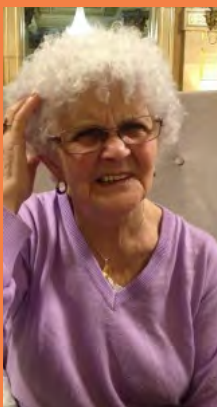
Vous parlez de choix. N'est-il pas temps de renvoyer les hommes politiques à leurs responsabilités : en finir avec le double langage national-local, et avoir le courage politique, soit de donner les moyens aux établissements de fonctionner pleinement en toute sécurité avec l'offre médicale suffisante, soit d'avoir le courage de restructurer l'offre en concentrant ces moyens ?

C'est exactement ça. Votre propos peut paraître engagé, mais avec des établissements en déficit, malgré une rigueur de gestion, et un manque de recettes, comment, en effet, faire autrement ? On ne va pas inventer les malades pour faire de l'activité. S'ils ne sont pas là c'est qu'ils sont pris ailleurs. Dans ma région, il y a énormément d'hôpitaux et de cliniques. Alors, est-ce qu'on ferme, est-ce qu'on regroupe ? Cela fait 30 ans qu'on parle d'organiser la carte sanitaire... Les cliniques, elles, se sont réorganisées. Elles ont par exemple largement abandonné les maternités au public. Chez nous, dès que l'on touche quoi que ce soit, les élus locaux, sénateur, député..., et la presse arrivent. C'est ce qui m'est arrivé quand j'ai proposé de regrouper deux établissements que je dirige sur un unique site (pour des raisons de parcours patient et de sécurité).

Faute de telles décisions d'ordre politique, de quels leviers d'attractivité disposez-vous encore dans les hôpitaux généraux ?

Dans un passé pas très lointain, les praticiens faisaient le choix de l'hôpital public car il était différent de la clinique :

- Pour le prestige du statut de praticien hospitalier. C'était quelque chose d'avoir ce concours !
- Pour le travail en équipe, contrairement au libéral et sa course à l'acte, ce qui signifiait une qualité de vie au travail.
- Pour une variété de pathologies qu'on ne voyait pas dans le privé.
- Pour un équipement correct.



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« Ça me choque pas de les voir faire grève si c'est pour que les jeunes aient un peu d'argent et puis tout... Mettez des brassards. Faut qu'on vous voie ! »

Aujourd'hui, le statut de PH n'est plus attractif, les collectifs soignants disparaissent alors qu'ils existent désormais dans le privé, l'environnement au travail devient, lui, de plus en plus pénible et complexe, on voit maintenant autant de pathologies dans les grosses cliniques. Quant aux équipements, ils y sont largement à la hauteur, voire maintenant plus modernes que dans le public. Vous voyez que ce qui faisait la différence n'est plus là. Le critère devient donc financier. Quels leviers

me reste-t-il pour attirer les praticiens ? Se gargariser de l'hôpital public ? Les jeunes de 26 ans, ce n'est pas leur truc...

Dans les verbatims du 14 octobre, on voit beaucoup de propos désagréables à votre rencontre - les directions - taxées de mépris, de maltraitance, d'incurie managériale... Qu'est-ce que ça vous fait d'entendre cela ?

Ces déclarations ne sont pas fausses... Les praticiens se sentent au mieux ignorés par la direction, au pire enquinés. Mais nous avons tellement d'injonctions contradictoires, de pressions économiques... A quoi se résumant nos rapports avec les médecins ? Ils nous reprochent de ne pas assez nous voir, de leur dire, quand nous les rencontrons, de faire mieux pour moins cher... Nous passons pour des technocrates incapables de les aider et de porter des projets. De notre côté, nous tentons de surnager au milieu des contraintes administratives et normatives, à nous demander comment nous allons payer l'URSSAF, à gérer les plaintes, à participer à des réunions... Alors ça, des réunions, nous n'en manquons pas !

Ça va même plus loin. On parle d'heures impayées, de plages additionnelles non comptées, de repos de sécurité non respectés...

Oui, nous nous arrachons les cheveux avec ça. En cas de repos de sécurité, il n'y a personne derrière... On nous impose des législations que nous n'avons pas les moyens de respecter. Comment en arrivons-nous à considérer le repos de sécurité et les plages additionnelles ? Eh bien, comme une gêne financière ! Quelle est la réflexion de l'ARS ou de la tutelle quand nous allons les voir ? : « Il faudrait peut-être que les plages additionnelles baissent !... » Alors on chipote... On en arrive à vouloir la suppression de lignes de gardes. Le décret de 2013 ? Nous n'osons même pas le regarder... D'où crispation des praticiens. Et puis quelles usines à gaz ! Cela aussi amène la suspicion chez les praticiens. Ces plaintes, comme les revendications des syndicats de praticiens, sont légitimes, mais nous ne pouvons pas y arriver...

Vous vous sentez manager ?

Je ne suis pas manager, je suis pompier à ¾ temps pour contenir un feu déjà déclaré, et organisateur sur le temps qui reste.

Quel est votre sentiment personnel sur tout cela ?

Parfois, l'envie de tout envoyer valser. Nous nageons dans les injonctions paradoxales. En fait, nous devons être masochistes car nous n'avons pas franchement de leviers pour agir et nous nous en prenons plein la figure. Je n'en veux pas au personnel médical qui vient revendiquer. Ils sont comme moi : ils constatent tout ce qui ne va pas. Etre stigmatisé ne me perturbe pas plus que ça. En revanche, être chef d'une entreprise où tout le monde est dans la plainte est très difficile. Avant, tout le monde – y compris le directeur - avait encore la fierté d'être à l'hôpital public. On a perdu cela aussi. Voir autant de souffrance au travail dans un lieu censé soigner les âmes et les corps est un comble.

REVIVIFIER LES CONSEILS DE SERVICE

« Il faut faire vivre la démocratie interne et non la simuler. La déplorable habitude des directions hospitalières de passer directement par les chefs de services, au prétexte de la commodité, sans tenir compte de l'avis des PH et autres médecins pour leur destin professionnel ne fait que renforcer le sentiment de mépris dont ils se sentent l'objet. Des relations plus respectueuses et sincères vis-à-vis des médecins hospitaliers qui font tourner les établissements sont une des conditions d'une attractivité restaurée pour une carrière dans nos hôpitaux publics. À ce titre, il faudrait donner un vrai poids aux Conseils de services pour l'expression de tous ceux qui les composent. »

Richard TORRIELLI
Administrateur du SNPHAR-Elargi



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« On entend que les médecins sont des nantis, c'est n'importe quoi de dire ça comme ça ! Les médecins ont raison de faire la grève si c'est pour pouvoir mieux travailler. »

Article de Gille Herreros

POUR UN HÔPITAL « RÉFLEXIF »

LE CHANGEMENT À L'HÔPITAL ! DE QUOI PARLE-T-ON ?

Dans la revue PHAR-E n° 70, Gilles Herreros expose la réalité vécue des relations entre les praticiens hospitaliers et les sphères censées gérer leur établissement. Il conclut à la nécessité d'un hôpital réflexif... Nous livrons ci-après quelques extraits de ce texte dont l'intégralité est accessible sur le site du [SNPHAR-Elargi](#).

« Ceux qui portent la parole des gouvernements successifs (experts, gestionnaires, Agences et autres Hautes Autorités) ont fabriqué un discours institutionnel dont la finalité consiste à louer les vertus du changement, supposé conduire l'hôpital vers le modèle de l'entreprise [...] Les institutions s'efforcent [ainsi] de rendre acceptable des situations dont l'expérience quotidienne concrète génère, chez ceux qui la vivent, un sentiment contraire. [...] L'expérience du monde des individus (NDLR : de terrain) serait, quant à elle, faussée par leur ressenti, leur subjectivité. »

Cet article nous fournit un éclairage lumineux sur l'incarnation des discours et la validité de la critique dans l'environnement actuel des hôpitaux publics :

« Ceux-là mêmes qui énoncent le discours prétendument objectif de cet « être sans corps » qu'est l'institution, disposent tous d'une corporité ! En effet, ceux qui portent la parole institutionnelle ont des statuts, des stratégies, des positions, des idéologies ; leur point de vue n'est jamais qu'une vue exprimée depuis un point, dont ils ne peuvent prétendre qu'il s'assimile au « point géométral » de l'objectivité absolue [...] L'institution procède alors à un coup de force qui passe par la disqualification du propos que tiennent les acteurs à propos de leur expérience du monde vécu. »

Après avoir ainsi dénoncé le « fétiche » que représente le « discours institutionnel, » Gilles Herreros prône l'avènement de « l'hôpital réflexif » en trois temps :

1. la « réhabilitation de la critique ».
2. l'interrogation de l'activité « au travers de la pensée des cliniciens » : « Pour se déployer, l'activité sort nécessairement des bornes que fixe la tâche prescrite. L'activité c'est ce qui constitue le professionnel comme tel, ce qui donne sens, autant à ce qu'il fait qu'à ce qu'il est. »
3. « l'existence et l'animation de collectifs » : Pour

qu'un collectif existe, il ne suffit évidemment pas de rassembler des individus et de les placer dans une coordination formelle à partir d'une division du travail réglée. Un collectif n'existe que dans la mesure où des individus partagent des communs. Evidemment ces communs ne peuvent se confondre avec le genre d'injonctions institutionnelles que l'on rencontre ordinairement à l'hôpital et qui se déclinent, par exemple, sous la forme de chartes, de contrats d'objectifs, de projets de services ou de pôles, sur fond de discours répétant à l'envi que « le patient est au centre », que « la qualité est un horizon partagé », « que l'efficience est l'affaire de tous »... Un commun, s'il peut revêtir les contours les plus divers, ne peut qu'être attaché à l'activité concrète de chacun »

Nous ne pouvons que recommander la lecture in extenso de ce formidable et passionnant article et faire partager ce point de vue aux acteurs de santé dans les établissements en charge de la santé publique. L'attractivité des hôpitaux publics pour les praticiens passera aussi par la critique - enfin rendue possible - des injonctions qui prennent décidément trop leurs rêves pour des réalités et les acteurs hospitaliers pour de simples exécutants.

Gilles Herreros

Sociologue

Professeur des Universités,
Lyon 2, Centre Max Weber, CNRS.

Article de Marie Pezé

LA DISTORTION COMMUNICATIONNELLE OU LE MENSONGE INSTITUÉ . . .

À l'hôpital, la question cruciale des sous-effectifs est souvent écartée du débat interne. La pénurie, ça fait trop moche . . . Il s'ensuit un déni global des causes et des conséquences de ces manques. On parle plutôt de réorganisations, de « volontarisme institutionnel » pour faire face à . . . l'adversité. Paradoxalement, ce déni coexiste avec la floraison de documents à visée de communication interne et externe. Tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil, on est tous formidables ! Tu l'as vu, mon Pôle ? Dans ce rapport qui doit piquer, nous avons voulu donner une place à Marie Pezé, Docteur en Psychologie, Expert judiciaire, qui a créé, en France, en 1997, la première consultation de souffrance au travail. <http://www.souffrance-et-travail.com>

L'expérience du réel dans le travail se traduit par la confrontation à l'échec, qu'il soit d'un ordre matériel, humain ou social. Excepté pour les ergonomes et certains anthropologues du travail, le réel fait l'objet d'un déni généralisé par les bureaux de méthodes qui élaborent des organisations du travail en prêt-à-porter.

La stratégie de la « distorsion communicationnelle »

Ce terme est emprunté à Habermas et sa « Théorie de l'agir communicationnel ». Pour la psychodynamique du travail, discipline éditée par Christophe Dejourn, travailler, c'est non seulement accomplir des activités de production mais c'est aussi « vivre ensemble ». Gérer rationnellement l'ajustement de l'organisation du travail passe par la construction de compromis. Un « espace de discussion », pour confronter les opinions, est alors indispensable. Les opinions se tricotent dans l'association de références techno-scientifiques, d'éléments relatifs au monde social mais aussi au monde subjectif. « Le travail, c'est l'activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui ne pourrait être obtenu par l'exécution stricte des prescriptions » (Philippe Davezies).

Ceux qui assument le réel du travail doivent malheureusement faire face à de nombreux obstacles pénalisant la communication. **Le mensonge** en est un de taille. Le déni, la méconnaissance par l'encadrement, la hiérarchie et plus généralement par les tutelles, des difficultés rencontrées dans l'exercice du travail – particulièrement ici en cas de sous-effectif – rend l'épreuve de vérité qu'est le travail réel redoutable pour la

santé physique et mentale. Surtout quand le déni du réel du travail est doublé du déni de la souffrance au travail !

Le mensonge proprement dit

Les trois quarts du capital des entreprises cotées dans le monde sont devenus la propriété des fonds d'investissements et des fonds de pension. Dans une telle concentration, les comportements individuels des entreprises s'alignent les uns sur les autres. « Les opérateurs sur le marché croient majoritairement, au même moment aux vertus d'une technologie, d'un modèle d'organisation ou d'un nouveau secteur industriel, ce qui fait « consensus »¹. Et comme un seul homme, les moutons se jettent par imitation, dans des comportements collectifs en apparence spontanés. Chez nous à l'hôpital, c'est la mode de la chirurgie ambulatoire, puis des pôles, puis du *lean management*, puis de la sous-traitance... Recettes miracles pour des économies qui se transforment en gouffres financiers.

Et l'hôpital tient, les entreprises, les ateliers, les magasins, les bureaux tiennent parce que des femmes et des hommes y travaillent. Ils rusent avec les normes, les procédures, les règlements, les décrets pour que le travail ait encore de l'allure, de l'honneur, une qualité. Pour qu'il soit encore du travail humain, dont ils puissent être fiers.

Mais on ne déduit plus les objectifs de dividendes à répartir du travail qui a été accompli. On accomplit le travail nécessaire pour atteindre les dividendes décidés au préalable ! Il faut donc transformer le travail réel

en données comptables, chiffrées. Pour atteindre les objectifs financiers fixés, une nouvelle bureaucratie managériale impose ses outils. Le comptable devient contrôleur de gestion.

Et voilà comment, le travail humain, avec sa sensorialité, ses muscles, ses efforts cognitifs, son endurance, son honneur, son âme, disparaît au profit d'une grammaire financière : rythme, temps, cadence, flux, tendus si possible, plus de stock, 0 délai, 0 mouvement inutile, 0 surproduction,... Un hôpital révé, virtuel, sans corps. Et bien sûr, les données deviennent universelles, les organisations matricielles. Les patients traités par le chirurgien deviennent un nombre d'actes, le temps passé par acte, la performance de l'opérateur par rapport aux autres. Le mensonge permet de décrire la production à partir des résultats et non des activités dont ils sont issus. La T2A a fait basculer les établissements de santé vers la culture économique d'entreprise : produire des soins et non plus en prodiguer.

- Augmentation de l'activité, maîtrise de la dépense, renforcement des outils de gestion analytique.
- Plus de soins ciblés et rentables.
- Gestion des entrées et des sorties des patients dans un contexte contraint (DMS courte pour une meilleure rentabilité).

Les managers ne managent plus le travail mais les objectifs à atteindre. La puissante division scientifique des tâches a séparé les salariés les uns des autres, rivés à leurs écrans, avec des temps de pause alternés, puis plus de pause, donc plus de temps collectif, donc seuls au milieu des autres. La division des tâches de travail enlève toute vision de l'organisation d'ensemble et renvoie à l'impuissance. L'ignorance et la docilité deviennent des défenses protectrices contre la peur.

De la publicité à la communication interne

La modification de la sémantique n'est pas neutre. Afin de mieux intégrer ces nouvelles logiques, on parlera de managers, de reportings, d'objectifs, de performances. On fragmente les divers services en « centres de résultats », « centres de profits » ou en « directions par objectifs ».

Ce *relooking* sert à définir de nouvelles descriptions du travail. Pour défendre le

message de valorisation porté par les managers, le retour sur les impasses du travail devient impossible, la solidarité devient stratégique au pot de fin d'année.

La discussion et la délibération sur le réel du travail et sur la souffrance sont étouffées par le mensonge sémantique au sein même de l'entreprise et, ici, l'hôpital-entreprise.

L'effacement des traces

Outre le fait de taire les échecs (p.ex. « l'échec dans le domaine de l'attractivité »), et de faire pression sur les salariés pour que certaines omissions volontaires ou falsifications soient effectuées (p.ex. « la pénurie n'a pas d'impact sur la qualité ou la sécurité des soins dans l'établissement... Regardez, nos indicateurs sont excellents, nous sommes certifiés ! »), il semble important d'effacer la mémoire du passé en écartant les « anciens » des zones critiques de l'organisation, en les privant de responsabilités et au pire en les écartant des espaces de délibération. Ainsi le silence est maintenu par les outils de communication de l'institution, permettant au mensonge d'être stabilisé dans l'omission...

Les médias de la communication interne

Des spécialistes de la communication sont invités à produire des documents simplifiés, à l'usage des salariés qui, pris dans l'hyperactivité prescrite, n'ont plus le temps de faire un pas de côté pour une pensée critique, pour lire ou se documenter. Qui peut se déclarer compétent en sémantique financière ? Ces spécialistes étant eux aussi incompétents techniquement, jouent un rôle de lecteurs-tests.

Ainsi les pratiques discursives sont-elles progressivement uniformisées par le bas. On utilise des références aux travaux de recherche dont l'usage passe souvent par des déformations ou de véritables falsifications pour qu'elles paraissent en accord avec la culture d'entreprise (« un centre efficace est un centre où tout est regroupé », « le pool de secrétaires est une garantie de disponibilité permanente », « la flexibilité est gage de poly-compétences », « le tout informatique facilite les échanges, on perd moins de temps... », etc.).

La qualité de mise en page, l'image (très parlante) et le vocabulaire formaté utilisé (« efficacité, culture, performance »), ont une très grande importance. L'image renvoyée par l'extérieur est reprise pour ce qu'elle arrange (« cette année, on est bon ! »), à l'exemple des palmarès annuels des établissements hospitaliers par les magazines qui obtiennent là des pics de vente exceptionnels (et engrangent les revenus publicitaires qui vont avec...).

Y parle-t-on du travail réel ?

Des budgets aux montants exorbitants sont consacrés à ces médias. L'hôpital public n'est pas épargné. Pas un établissement qui ne se donne les moyens d'une revue interne, d'un site web pour « s'ouvrir vers l'extérieur » en même temps que le discours apparaît verrouillé en interne...



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« J'ai eu un malaise à l'arrivée du dernier tour de France. Aux urgences, j'attendais, j'attendais... Personne n'arrivait. On a le temps de mourir, hein... [rire] Le patient n'a jamais été aussi patient qu'aujourd'hui ! »

La rationalisation

Ces documents sont lus pour trois raisons :

- c'est une source d'information sur les résultats des autres entreprises et un moyen de se bench marker (classement comparatif) ;
- c'est un véritable baromètre des « valeurs du moment » qui informe sur les mensonges à la mode. ;
- ils permettent, notamment aux cadres, de jauger le comportement qu'ils doivent adopter en réunion. Le conformisme vaut alors protection et finit par étouffer toute velléité de dévoilement du réel.

En fait, ces documents participent à la construction de l'ignorance de tous et indiquent les grandes lignes du « conformisme » à adopter. On comprend que la distorsion communicationnelle implique une action volontaire et une puissante coopération entre tous les acteurs. Ce qui pousse les cadres à adhérer à cette pratique discursive de la distorsion communicationnelle est un mécanisme de défense contre une souffrance " éthique ", contre la peur de perdre sa propre dignité, contre la perception de la trahison de son idéal et ses valeurs. Les praticiens à l'hôpital ne sont pas différents des autres salariés. Leur souffrance non plus. La rationalisation permet de démontrer que le mensonge est un **mal nécessaire et inévitable**. En y participant, on permet le passage d'une étape historique douloureuse à une étape de soulagement. La Comm' aura accompli son œuvre...

Les constantes réorganisations hospitalières, le passage du pouvoir médical au pouvoir administratif, l'accélération du rythme des réformes depuis 1996 (100% T2A, HPST), le bouleversement des organisations et des activités, l'organisation des services en pôles d'activité, générant la mutualisation des ressources humaines (effectifs), la logique sécuritaire renforcée dans les organisations des soins, les changements rapides, parfois brutaux pour des raisons de calendrier, de procédure, de motifs économiques, toujours sans étude d'impact humain (risques psychosociaux), sont désormais la norme à l'hôpital comme dans le privé, entretenant ce que Danièle Linhart appelle la précarité subjective du salarié. Ce chaos entretenu empêche toute élaboration collective d'une riposte.

Il faut imaginer que la construction de l'ignorance peut céder la place à la construction du savoir, mener une nécessaire guerre de tranchée, sourde, éreintante avec courage. Être courageux, c'est ne pas attendre que l'autre fasse ce qu'il y a à faire, c'est se remémorer sans cesse que l'autre n'a que le pouvoir que vous lui reconnaissez, c'est renverser la peur. Mais le courage est sans victoire, nous rappelle Cynthia Fleury .

Marie Pezé



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Ben oui, j'ai confiance dans les docteurs. Et c'est eux et les infirmières qu'on vient voir dans les hôpitaux ! Pas les manageurs... »

Interview de Christophe Pacific, cadre supérieur de pôles au centre hospitalier d'Albi, docteur en philosophie et auteur d'une thèse sur « L'Éthique du dissensus ».

RESPONSABILISER L'INDIVIDU PAR LA PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE

Vous écrivez que le système de double autorité - hiérarchique et fonctionnelle - est un « pharmakon » dont le côté poison ressort le plus...

D'après la philosophie, deux formes d'autorité vous donnent du poids : l'autorité institutionnelle, qui vous donne un grade, et l'autorité énonciative qui vous donne « autorité en la matière ». À côté de ça, vous avez l'autorité fonctionnelle qui vous donne sans cesse l'impression de subir des décisions extérieures. La libéralisation médicale nous conforte dans cette paralysie. De plus, la spécialisation des métiers et de structures comme les pôles ont cloisonné et limé l'individu au profit d'un collectif mou. Tout devient très « personne-dépendant ».

Pour sortir de cette impression de subir, vous prônez dans votre thèse une démarche de « dissensus-consensus » ?

Oui, car le consensus fige la réflexion : certains vivent avec « leur » vérité sans celle des autres. Le consensus mou implique en réalité une soumission et des projets non partagés. Or on a besoin d'un engagement, de responsabiliser les gens par la participation démocratique, ce qui évite aussi les protectionnismes professionnels. Il ne faut pas craindre le conflit. Je ne parle pas du conflit violent auquel nous assistons par exemple régulièrement dans les blocs opératoires, mais d'un dissensus emprunt « d'éthos » qui permet le « vivre ensemble ».

Vous avez aussi écrit que le consensus, très politique, « sonne le glas de l'éthique »...

Oui, il y a un différend indénouable entre éthique et politique. L'éthique tend vers le philosophique, vers le « bien en soi, pour tous ». De son côté, plutôt ancré dans l'action, le politique tire vers le « moindre mal ». Avec la vision comptable de l'hôpital, on est donc entré aujourd'hui dans une logique politique du moindre mal qui a évacué l'éthique. Or pour les philosophes, un moindre mal reste un mal en soi, insupportable pour des soignants.

En mettant en tension éthique et politique, on pourrait progresser dans la discussion.

Encore faut-il une discussion... Dans quels lieux pourrait-elle reprendre ses droits là où les tensions sont exacerbées ?

Le pôle devrait être un lieu privilégié pour l'organisation et l'existence de tous. Mais je pense aussi et surtout à l'espace éthique (les comités d'éthique), dont on parle peu et qui n'est jamais ou rarement saisi pour des problèmes d'organisation ou liés à des catégories professionnelles. Avec l'avis d'un espace éthique sur une organisation remontant à la direction, une catégorie professionnelle pourrait fonder ses arguments.

Le mode projet est de plus en plus répandu. N'est-ce pas ce qui manque à l'hôpital pour décloisonner ?



LUCIENNE
18 ANS EN VERLAN

« J'entends tout le temps parler du trou de la Sécu. Ben, peut-être que la santé a un coût, mais elle n'a pas de prix ! Un médecin, c'est rentable dès lors qu'il fait bien son travail. »

Oui, à condition d'être honnête et de ne pas border le projet de contraintes qui vous font retomber dans le « moindre mal » et le « débrouillez-vous avec moins »... Il faudrait être courageux et investir de nouvelles formes de management. Un Frédéric Laloux propose par exemple de revenir vers l'individu avec la très américaine « éthique de l'entrepreneuriat » : une personne qui a une idée la fait valider par la direction puis a carte blanche pour la mener à bien. Je l'ai déjà testée sur deux projets. Celui d'une infirmière anesthésiste

pour diminuer l'anxiété des enfants au bloc opératoire. C'est un tout petit projet, mais avec un gros impact potentiel sur la population pédiatrique et sur l'image de l'hôpital. Autre exemple : le projet d'une personne sur le poids des déchets de soins à risque infectieux, avec 150 000 euros d'économies par an à la clé... Ce genre de démarches partant du terrain devrait faire des émules. Nous sommes au bout d'un système et du formatage des gens qui managent nos établissements. Même eux sont en grande difficulté. Plus on travaillera sur une démarche éthique institutionnelle, plus les individus iront rechercher leur « éthos individuel » et un comportement vertueux.

Interview de Lætitia Laude, professeur à l'École des hautes études de santé publique (EHESP), membre de l'Institut de management de l'EHESP, chercheur pour l'enquête « Exploration des pôles : terra nova du management hospitalier ? » (2011-2014).

PÔLES HOSPITALIERS : POUR UN MANAGEMENT CENTRÉ SUR LES PERSONNES ET LES PROJETS

En quoi a consisté votre recherche sur les pôles ?

Elle a été menée entre 2011 et 2014 par sept chercheurs, avec une exploration particulière sur le terrain auprès de sept pôles : 80 entretiens par structure, étude des contrats de pôles et des outils de pilotage – tableaux de bord, indicateurs... - pour voir ce qu'ils reflètent, par exemple en termes de logique de décision..., plus une observation non participante sur le terrain. Nous voulions regarder comment s'implémentait la logique polaire car toutes les réformes des systèmes de santé en Europe, en Amérique du Nord..., contiennent un volet systématique sur le management. Il y est basé sur le lien existant entre le niveau d'engagement des médecins dans le management et la performance de l'hôpital. Ce mouvement existe en France pour tenter de décloisonner, de dépasser la coexistence tendue entre les logiques professionnelles représentées par les médecins, et en partie par les soignants, et la logique managériale des directeurs d'hôpital.

Y a-t-il chez nous l'émergence de médecins managers ?

On n'a pas vraiment aujourd'hui de médecins managers. La plupart des chefs de pôle se positionnent comme des défenseurs de la communauté des professionnels. Leurs pratiques managériales tournent autour de trois grands objectifs : améliorer le fonctionnement des communautés (et notamment l'équilibre entre spécialités), essayer d'améliorer l'accompagnement des projets et utiliser le positionnement de chef de pôle pour gagner de l'influence au sein de l'établissement (soit parce qu'ils représentent une discipline peu valorisée dans la hiérarchie médicale, soit pour peser dans les décisions...). D'autres chefs de pôle, minoritaires, se sont quant

à eux « hybridés », en défendant – au-delà de ces valeurs – d'autres intérêts, notamment institutionnels, comme la volonté de réconcilier les médecins et les fonctions dirigeantes. Ceux-là se vivent comme des managers et l'assument.

D'autres, enfin, sont là pour défendre des intérêts personnels (un projet qui leur tient à cœur, un service pouvant être mis à mal...).

Globalement, les chefs de pôle se voient comme des chefs d'orchestre, pas des gestionnaires, et déplorent l'insuffisance des délégations qui leurs sont données. Une fonction insuffisamment rémunérée et qui les met parfois en porte-à-faux vis-à-vis de leurs collègues. Mais cette perception paraît très hétérogène selon la façon dont le chef de pôle communique auprès de ses collègues et selon le relai qu'assurent ou pas les chefs de service.

Cela rejoint les réactions très diverses des praticiens hospitaliers (PH), avec un positionnement mal perçu des pôles. Certains parlent de dérives...

Je pense surtout que les pôles souffrent d'un excès de bureaucratie - le lieu où l'on déploie des outils de gestion – et d'un manque de management. Ce qu'on observe de cette réforme, c'est que l'élément central de la structure n'est pas le pôle en tant que tel mais le médecin qui s'engage – ou qui devrait s'engager - dans des fonctions managériales. Au fond, le pôle sert de guichet unique, ce qui convient bien aux directeurs qui préfèrent s'adresser à 9 pôles plutôt qu'à 35 services...

Nous avons eu ainsi l'impression que les médecins remettent davantage en cause cette bureaucratisation rampante que le management. Mais nous avons aussi observé des problèmes de management qui posent la question du rôle du chef de pôle : faire le lien avec la direction de l'établissement... et/ou avec la base.

Il devrait davantage participer à deux axes majeurs avec la base, la gestion des projets et la gestion des relations individuelles :

- place de l'individu : la satisfaction au travail du praticien, sa capacité à porter ses valeurs, la santé au travail (prévention des risques psychosociaux, du *burn-out*...), la conciliation vie personnelle-professionnelle, l'adaptation des contraintes en fonction de l'âge (gardes, pénibilité, postage sur plusieurs salles d'opérations...).
- et place du collectif : travail en équipe, organisation du travail, régulation des conflits au niveau des services ou du pôle (comment, par qui ?).

Ce sont des sujets sur lesquels les PH estiment qu'il n'y a pas suffisamment d'espace pour confronter les idées. J'appellerais à plus de management centré sur les personnes et les projets. Dans les projets de pôle, il reviendrait aux chefs de pôles d'aller trouver une logique ascendante dans les services. Or on en voit plus qui sont des déclinaisons du projet d'établissement, dans une logique descendante.

Ont-ils le temps et l'énergie à consacrer à ces démarches managériales ?

Les chefs de pôle sont d'abord des cliniciens et leur légitimité vient de là. Le temps qu'ils y consacrent est plus ou moins formalisé : une fois par mois de manière informelle à la cafétéria, ou au contraire programmé, organisé, avec un ordre du jour... Par ailleurs, cette fonction est peu valorisée, que ce soit financièrement, en termes de carrière ou d'image. On reste donc sur une fonction qui n'est pas simple à endosser, qui est souvent assumée à contrecœur, au prix d'un renoncement à des activités cliniques ou de recherche, avec des attaques parfois subies par des PH, des syndicats..., qui les considèrent comme des « traîtres » (même si notre travail n'a pas confirmé cela). On rejoint l'idée d'une structure au milieu du gué.

Le chef de pôle et ceux qui l'entourent sont-ils formés ?

La question, c'est formé à quoi ? À la T2A, au pilotage médico-économique ? Il est vrai que l'on a eu tendance à voir des formations très descendantes sur les outils de gestion. Une première enquête de 2010 montrait que seuls 15 % des chefs de pôle formés au management, alors que nous avons perçu une attente du terrain en termes d'accompagnement, d'analyse et de partage des pratiques. Adapter la formation à cette attente, connectée à leurs pratiques professionnelles, est donc l'une des autres pistes que nous proposons. C'est le même constat dans la littérature internationale.

Au regard de nos recherches, c'est finalement le cadre supérieur de santé qui est l'acteur nodal dans la gestion du pôle et le partenaire privilégié du chef de pôle. C'est lui qui porte les projets, qui est le partenaire des directions fonctionnelles... C'est souvent lui qui

est identifié comme manager, parfois à la place du chef de pôle.

L'un de nos témoins, justement cadre supérieur de santé, mais aussi docteur en philosophie, estime que le pôle peut justement être l'un des espaces à investir pour reprendre langue entre PH et administration (voir p. 51)...

Je partage cette vision des choses. On pourrait faire de ces pôles des espaces de débats et de discussions sur les conditions d'un bon fonctionnement (y compris entre professions différentes) et sur les représentations que chacun se fait des missions et de la performance attendue : qu'attend-on de nous ? Comment le mettre en œuvre ? Ceci en intégrant les personnels soignants, infirmières...

Les pôles peuvent-ils donc être un facteur d'attractivité pour un établissement, si des PH entendent qu'ils rapprochent les praticiens de leur direction, qu'ils permettent de mieux tenir compte des réalités, en apprenant à la direction à vraiment connaître les métiers et les contraintes du terrain ?

L'esprit d'équipe et le fait d'appartenir à un collectif est sans aucun doute un facteur d'attractivité. Le problème, c'est que certains pôles sont de fausses évidences et posent des problèmes de périmètre. C'est le cas du pôle femme-mère-enfant où il existe assez peu de partage naturel entre obstétriciens, gynécologues, pédiatres...

De plus, les chefs de pôles sont eux-mêmes des spécialistes et ne se sentent pas forcément légitimes sur les choix d'investissement concernant leurs collègues, par exemple. Le chef de pôle aurait peut-être plus besoin d'être en capacité de mobiliser les énergies et les projets que de connaître toutes les spécialités, ce qui est impossible. Mais chez les médecins, c'est la légitimité clinique qui est reconnue : on ne peut parler de ce qui se passe dans un service que si l'on est un expert... Se pose donc la question, à côté des chefs de pôle, du rôle des chefs de service dans le management de leurs unités. Or la capacité à faire fonctionner ensemble des professionnels dans une unité ne va pas de soi. On a là énormément de

C'EST QUOI UN PÔLE DE SANTÉ ?

Pour nos lecteurs peu habitués au fonctionnement hospitalier, le pôle d'activité est une nouvelle structure de la gouvernance hospitalière lancée en 2003.

Un pôle regroupe ainsi plusieurs secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche. Il s'appuie sur un projet censé être partagé entre les équipes et décliné dans le cadre d'un contrat avec la direction.

La création d'un pôle peut répondre à une logique de pathologie ou de filière de prise en charge (gériatrie...), d'organes (tête-cou...), de prestation (pharmacie, biologie...) ou à une logique généraliste (psychiatrie, urgences...).

questions de management mal appréhendées. Cela renvoie aussi au choix des chefs de service qui devrait se faire à la fois en tant que clinicien, mais également en fonction de leur capacité à animer, fédérer une équipe et organiser le travail au sein de cette équipe.

Finalement, les PH sont-ils « manageables » ?

Il faut surtout réussir à leur montrer que le management n'est pas un obstacle à l'exercice autonome de leur activité clinique dès lors que l'on a partagé, échangé et confronté nos représentations sur ce que c'est qu'un « bon travail » pour chaque spécialiste. Peut-on diriger les médecins ? Oui, je pense. Il y a quand même une tradition dans la communauté médicale à se mettre en ordre de marche en cas de besoin ou de crise. L'hôpital n'est jamais aussi bon qu'en cas de crise. Donc, oui c'est possible. La question est de savoir pourquoi on le fait, pourquoi c'est nécessaire, intéressant et utile. Une fois répondu à ces questions, un management médical à la fois respectueux des valeurs et efficient pour l'établissement me semble tout à fait possible.



LUCIENNE

18 ANS EN VERLAN

« Entendre que des hôpitaux sont dans une logique de compétition et doivent gagner des parts de marché, c'est écœurant ! »

ET SOUDAIN J'AI RÉALISÉ : JE NE SUIS PLUS SEULE...

Ça y est, c'est arrivé ! Samedi matin, à trois semaines de Noël : un texto, une photo... Je n'ai pas compris tout de suite, alors j'ai rappelé : « c'est quoi, ce lambeau ? ». « On l'a fait sans toi, je suis venue aider, ça s'est très bien passé ! » Et soudain j'ai réalisé : je ne suis plus seule...ça y est on est une équipe !

Depuis 10 ans je suis la seule PH de ma spécialité, je forme des internes qui deviennent chefs de cliniques, qui font un bout de chemin avec moi puis qui s'en vont... 10 ans que je leur répète « si tu te demandes si tu dois m'appeler, c'est que tu dois m'appeler ! » 10 ans que je les vois grandir, progresser, prendre confiance en eux, puis devenir autonomes. 10 ans aussi que bon an, mal an, on tient la liste d'astreinte à trois ou quatre, voire à deux pendant huit mois quand le troisième, PH contractuel (j'y ai presque cru !) cède en mars à l'appel du privé...

Et puis enfin, deux CCA qui veulent rester: une interne « à moi », qui a passé son concours de PH et prend son poste au retour de congé maternité, et une envoyée par mon tout premier interne devenu PH ailleurs, qui est PH contractuelle depuis 1 mois et qui vient de m'envoyer ce texto. Superbe, ce lambeau !



LUCIENNE 18 ANS EN VERLAN

« Je l'aime, l'hôpital public, j'y ai travaillé 15 ans ! J'aimerais bien y retourner, même la nuit ! Mais j'ai quand même... 18 ans... en verlan ! »

Monsieur le Président de la Commission DPC du CHU de...

Je comprends bien votre déception à constater que tous les Praticiens Hospitaliers n'ont pas répondu à votre demande de fournir tous les documents nécessaires pour la prise en charge de leurs frais de FMC-DPC. Il est effectivement rageant de se battre pour obtenir des financements qui ne sont au final pas réclamés. J'avais sollicité en mai dernier le financement d'un congrès européen se tenant pour une fois à Paris, dont l'inscription à 600 euros, les 3 nuits d'hôtel et l'aller-retour en voiture dépassaient le budget de mes vacances d'été... J'ai donc rempli les papiers et reçu, après avoir payé mon inscription, bien sûr, **l'accord pour une participation à hauteur de 100 euros.**

À mon retour de congrès, j'ai reçu un nouveau formulaire à remplir dans l'espoir de toucher ces fameux 100 euros, en détaillant mes titres et travaux, publications, faisant la liste de mes mérites supposés...

Je n'ai jamais rien publié, je suis un mineur de fond, un PH de base, qui préfère consacrer deux heures à aller filer un coup de main au bloc des urgences qu'à

colliger les articles sur lesquels les internes ou CCA ont bien voulu mettre mon nom, alors oui, je l'avoue, le dossier et les justificatifs, je les ai fichus à la poubelle ! Certes, on pourra penser que je fais partie des nantis, (de nos jours, être imposable, c'est déjà faire partie des nantis, non ?), certes je ne suis pas à 100 euros près, ce n'est pas pour autant que je trouve normal de sortir de ma poche les frais inhérents aux congrès auxquels je participe... Mais qu'on me fasse remplir 4 pages de dossier pour m'octroyer généreusement une remise de 10 % sur mes débours, ça m'a passablement agacée.

J'aurais sans doute dû tenir compte de tous vos efforts et du temps que cela vous prend, malheureusement, avec l'énerverment, je n'y ai tout bonnement même pas pensé !

Voilà, ce que je vous réponde ne justifie rien, mais explique peut-être un peu...

Bien cordialement

Dr N. Hanouz
PH Orthopédie
CHU de...

L'HUMANITÉ-2-A

J'ai dû récemment subir une intervention chirurgicale qui nécessitait une anesthésie générale. J'avais choisi l'hôpital public car ma mère y travaillait et en était fière, même si son métier était difficile. On m'a installée sur la table d'opération. L'équipe était « à l'œuvre », rien que pour moi. J'ai ressenti le besoin d'une main, je l'ai saisie, serrée très fort quelques instants, juste avant de m'endormir... Ce que je retiens de ce moment, c'est une équipe de soignants au service du patient, à son écoute pour le mettre en confiance par des mots, des gestes et une disponibilité qui me semblaient totalement dédiés. Je ne sais pas comment leur humanité s'est trouvée traduite en T2A. On nous parle de rentabilité des hôpitaux : durant cette journée si singulière pour moi, avec leur compétence, c'est le côté humain qui a primé. L'une ne peut aller sans l'autre. Les médecins, les soignants en général, ont besoin de notre reconnaissance. Nous, les patients, on sent bien que l'hôpital ne leur en manifeste plus assez. Il faut faire attention à ce qu'ils ne deviennent pas des machines à produire des soins en humanité low-cost.

Gerty Monpierre

MOI, ÉTRANGE PH ÉTRANGÈRE

Les hôpitaux de votre pays manquent de médecins dans ma spécialité. J'ai répondu aux propositions d'une entreprise française « chercheuse de têtes étrangères » pour un petit hôpital « calme, où vous pourrez vous intégrer facilement. Vous verrez, c'est une petite équipe... » m'avait-on dit. Diplômes vérifiés (j'ai étudié dans une université d'un pays de l'Union Européenne), papiers en règles, on m'avait promis que je serais bien accueillie (et bien mieux payée), que la France était « une terre d'accueil où je pourrai faire une belle carrière après une nécessaire phase d'adaptation ».

Je suis arrivée en France il y a 2 ans, seule, un plein hiver. Je me rappelle tout : le quai de la gare, ce premier soir, le brouillard pénétrant, les sons nouveaux pour mes oreilles d'étrangère, les panneaux publicitaires, les prix affichés qui me faisaient rêver... La station de bus. J'ai trouvé quelqu'un pour m'indiquer la direction pour me rendre à l'hôtel « qu'on » m'avait réservé. Ma première nuit seule, loin des miens. Le premier coup de téléphone pour donner des nouvelles à ma mère, à mon fils de 10 ans et, quand même, à mon ex qui devait s'en occuper pendant la phase d'essai prévue pour 2 mois dans cet hôpital. Le second coup de fil, pour prévenir mon nouveau chef de service que j'étais bien arrivée... Je pensais bêtement qu'on m'aurait accueillie autrement que par téléphone. J'ai mangé mes premières frites..., bu mon premier verre de rouge « à la française »... Seule. Son goût n'était pas comme je l'imaginais.

Je n'ai pas réussi à dormir... Pourquoi avais-je fait ce choix ? Avais-je vraiment choisi, au fond ? Pourquoi venir travailler en France en quittant son pays quand on est diplômée supérieure et qu'on a quand même du travail si ce n'est pour gagner mieux sa vie ? On ne vient pas faire du tourisme en travaillant, même si la France est un très beau pays. Encore faut-il pouvoir en profiter et avoir la tête suffisamment libre pour s'autoriser à visiter vos régions, seule...

Seule, parce qu'on se rend très vite compte – ce fût mon cas – que la « petite équipe sympathique » qu'on vous avait décrite est effectivement... « très petite » ! Le mois suivant mon arrivée, le chef de service est parti en retraite. Je n'avais même pas pensé à me renseigner sur son âge. Son unique collègue, un jeune, a obtenu sa mutation 6 mois plus tard... J'ai appris par la suite qu'il avait fait une grave dépression quelques mois plus tôt pour surcharge de travail, un divorce, etc.

Voilà comment, vous, la petite dernière, - l'étrangère - vous devenez en moins d'un an, responsable d'une activité médicale dans un « pôle ». Quel nom quand votre service se réduit à vous seule et à des intérimaires qui se succèdent toutes les semaines – en touchant trois fois votre salaire !- Vous devrez avoir compris les fonctionnements du service hérités d'un historique dont vous ignorez tout, la vision d'une administration qui vous fixe des objectifs

de « production » sans jamais omettre de vous rappeler que votre embauche a coûté 50 000 € d'honoraires à la boîte de recrutement. Et puis, les règles internes que vous découvrez sans qu'on vous les explique, les rapports parfois complexes avec vos confrères qui attendent tout de vous, sans se préoccuper des moyens que vous avez pour répondre à leur demande ininterrompue...(jamais je n'ai fait plus d'échographies ou de scanners par semaine).

Vous travaillez plus de 70 heures par semaine. Vous ne pouvez pas prévoir de vous échapper, soit pour un week-end prolongé, soit pour passer une (trop) petite semaine en famille dans votre pays... Rien n'est stable.

Dans ces conditions, le rêve de l'intégration dans la « petite équipe » s'étouffe assez rapidement. Depuis deux ans, la société de recrutement est déjà loin et ses promesses avec elle... Vous commencez à trouver que Skype a bien des vertus mais génère aussi une frustration qui peut devenir assez insupportable. Vous voyez vos collègues français au même régime horaire que vous mais au moins, eux, retrouvent chaque soir leur famille quand ils ne sont pas de garde. Le salaire plus élevé que dans votre pays ? Oui ! Mais pour 70 heures... Vous qui souhaitez vous inscrire dans un club de sport, aller au cinéma, à la bibliothèque... c'est raté ! ça sera les films sur Internet !

Alors, au bout de deux ans, l'étrangère va chercher vers d'autres horizons. Elle va choisir une ville avec un aéroport pas trop loin, une gare pour rejoindre la Capitale et surtout, une équipe qui la mettra à l'abri de mauvaises surprises. Le statut de PH contractuel aura au moins l'avantage de permettre cette mobilité choisie. Et puis, ce ne sera pas trop dur de quitter un endroit où l'on ne vous a jamais vraiment accueillie que pour permettre aux deux autres praticiens de partir...

Docteur Z... L...
(anonymisé par nos soins)

NOTE DU SNPHARE

Ils sont nombreux ces praticiens étrangers qui viennent soutenir une activité clinique dans nos hôpitaux. Parfois, dans certaines spécialités, c'est jusque dans les établissements universitaires qu'ils permettent aux activités de recours hyperspécialisé d'être poursuivies. Ils y représentent parfois jusqu'à 50 % des effectifs. Certains, plusieurs années après leur arrivée, sont toujours contractuels. Ils doivent compléter leurs revenus par la prise de gardes, souvent de manière excessive. Hors de question pour eux de refuser de rendre un service... jusqu'au jour où, lassés de conditions d'exercice médiocres, ou bien, déçus des revenus dégagés par leur activité, et parce qu'ils n'ont pas encore d'enracinement familial local ou régional, ils choisiront de quitter l'établissement en mutant plus loin ou en s'installant en secteur libéral... Comme tout PH, le praticien de formation étrangère a droit à la considération, aux conditions d'accueil décentes, et à une juste reconnaissance matérielle pour son activité dans les limites statutaires.

NOS PROPOSITIONS

DES RÈGLES UNIVOQUES POUR LA RECONNAISSANCE ET LA VALORISATION DU TEMPS DE TRAVAIL DES PRATICIENS

Il doit pouvoir être mesuré pour être reconnu et valorisé de manière uniforme sur tout le territoire. Il est de la responsabilité de chaque établissement de mettre en œuvre les outils nécessaires.

39 : TEMPS DE TRAVAIL STATUTAIRE

Le temps de travail hebdomadaire doit être **39h, que le décompte soit réalisé en demi-journées ou en heures**. Cette valeur correspond à la rémunération de base et doit être prise comme **référence pour le calcul de l'effectif médical** nécessaire dans une équipe. Les jeunes générations aspirent à un meilleur équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle tout en gardant la possibilité de moduler leur rémunération en fonction des étapes de la vie. L'hôpital doit trouver le moyen de répondre à ces aspirations.

39-48 : TEMPS DE TRAVAIL SUPPLÉMENTAIRE

Ce sont les **heures effectuées entre 39h et 48h**, il ne s'agit pas de temps additionnel. Elles doivent être valorisées comme de vraies heures supplémentaires selon la législation en vigueur dans le Code du Travail.

COMME POUR TOUT SALARIÉ

Notre fiche de paie doit mentionner le temps effectivement travaillé par le praticien (et non pas seulement le nombre d'heures justifiant des droits sociaux).

SNPHAR-E : NOTRE PLATE-FORME

L'accroissement de l'activité et la crise démographique actuelle imposent de répondre maintenant aux attentes exprimées par les praticiens hospitaliers. Sauf à se résigner à ne plus pouvoir faire fonctionner l'hôpital, faute de praticiens acceptant de s'y engager pour une carrière publique.

La population n'acceptera pas qu'autant de postes hospitaliers restent vacants dans une institution qui

ne se mobiliserait plus pour engager les médecins, chirurgiens, pharmaciens, biologistes, odontologistes dont elle a besoin.

Le succès de l'élargissement du SNPHAR-E aux autres spécialités médicales montre que **sa stratégie de renouveau syndical, sans corporatisme, mais autour de valeurs fortes** chez les praticiens du service public, était devenue **une nécessité**.

65 : TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL

À terme le temps de travail additionnel devrait être supprimé, en particulier par une meilleure gestion et organisation des plateaux techniques. Il est soumis au volontariat et doit être contractualisé. Une seule définition est possible, celle du travail de jour (la permanence des soins est une obligation statutaire et ne peut par définition reposer sur le volontariat) et la rémunération égale à celle des médecins intérimaires soit **65 € nets de l'heure**.

8^E : LES DÉBUTS DE CARRIÈRE

Il est indispensable de modifier la grille de salariale afin de rendre les débuts de carrière plus attractifs pour les jeunes médecins. La grille devrait aussi être raccourcie afin de les fidéliser ensuite. Un début de carrière correspondant **à l'échelon 8 actuel, soit environ 5 300 € bruts**, serait des plus attractifs.

450 : LA PERMANENCE DES SOINS

Le travail de nuit pendant toute une carrière doit être bonifié d'une manière ou d'une autre car c'est une véritable pénibilité qui est en plus aggravée par des horaires importants et alternants. Nous demandons à ce que l'indemnité de sujétion soit portée à **450 €**.

AUTONOMIE ORGANISÉE

Doit être pleinement reconnue au praticien hospitalier dans l'organisation de son temps de travail au sein de son équipe afin de pouvoir articuler son temps clinique avec ses activités non cliniques qui sont essentielles dans l'exercice médical. Le concept de valences individuelles, cher au SNPHAR-E, gouvernance, institutionnelles, enseignement, recherche, etc... doit être institué pour la reconnaissance de l'investissement de chacun. **C'est au niveau d'une équipe que doit se contractualiser l'autonomie et son expression transparente.**

GOVERNANCE RÉNOVÉE

Le pôle est une unité de pilotage médico-économique qui ne peut se substituer à des unités plus petites, responsables de l'organisation des soins (services, départements, structures...). Le temps doit être (re)trouvé pour le **dialogue au sein des pôles et des services** afin que les parcours de soins ne soient plus découpés par des organisations en tuyaux d'orgue.

1500 : LA FORMATION CONTINUE

La FMC et le DPC sont obligatoires pour tout médecin. **Le dispositif actuel du Développement Professionnel Continu est trop complexe** et ne répond pas à ce besoin de formation. Les praticiens se sont vus confisquer leur formation par ce dispositif inadapté aux médecins hospitaliers. Il faut le réformer et le simplifier. Il est légitime pour chaque praticien de connaître en début de chaque année civile l'enveloppe dont il dispose pour effectuer cette formation. **Nous demandons qu'une enveloppe de 1500 € par praticien et par an soit garantie en début d'année civile pour permettre d'organiser les inscriptions à temps.**

60

Les aménagements de fin de carrière tels l'obtention d'un **travail à taux réduit de plein droit à partir de 60 ans** ou la **réduction-suspension de la participation à la permanence des soins** doivent être proposés. Le prolongement de carrière ou le cumul emploi-retraite doivent être possibles pendant cette période de pénurie médicale pour ceux qui le souhaitent.

Pour conclure...

ÇA Y EST, VOUS L'AVEZ LU !

Vous êtes :

- Madame la **ministre de la Santé**

Vous êtes :

- **Praticien hospitalier**, permanent, contractuel, attaché (qu'importe votre statut),
- **Interne ou CCA**, qui envisagez peut-être votre avenir dans l'hôpital public,
- **Chef de service, chef de pôle**, peut-être **membre des instances** dans votre établissement,
- **Directeur d'hôpital** (et vous préférez ce terme à celui de manager de santé),
- **Directeur des Affaires médicales, DRH,**
- **Directeur d'ARS,**
- **L'un des 800 000 agents de la Fonction publique hospitalière**, investis dans votre mission,
- **Vous travaillez** dans le **médico-social** : vous savez les difficultés de l'hôpital de recours dans votre arrondissement, vous en subissez les conséquences !
- **Vous êtes membre adhérent d'un syndicat**, (peut-être même, le SNPHAR-ÉLARGI),
- **Vous êtes aussi, comme Lucienne, l'un des millions d'usagers** qui ont déjà eu besoin de l'hôpital public et ont raison de faire confiance à ses acteurs, soignants, techniques ou administratifs : ils subissent des contraintes mais font tourner la machine, tant bien que mal...
- **Votre voix s'est déjà élevée dans le passé pour dire que ça doit changer !**
- **Vous êtes responsable politique, maire, élu local, ou régional, député, sénateur, très préoccupé de l'avenir des établissements** de votre circonscription,
- **Vous êtes journaliste**, spécialisé ou non dans les questions de santé, et vous avez vu les conséquences des changements récents, imposés à marche forcée...

Le **Rapport-qui-pique** du SNPHAR-E est **une interpellation des pouvoirs publics**, à notre manière. Il se veut aussi être **votre interpellation** ! Dans ce Rapport-qui-pique, vous avez retrouvé ou découvert, bien des aspects du quotidien aujourd'hui vécu par les hospitaliers, et depuis plusieurs années.

Ce rapport, initiative syndicale originale, doit trouver sa place sur le bureau du ministre de la Santé. Autant que ceux qui l'ont précédé. Mais, à leur différence, **il doit être suivi d'effets !**

Car notre population n'acceptera pas longtemps sans réagir de voir le formidable outil social qu'est l'hôpital public, mis en danger, faute d'attractivité pour ses professionnels et se dégrader d'années en années.

IL Y A DONC URGENCE !

Il n'est pas normal que l'hôpital n'attire plus les professionnels médicaux. Il n'est pas normal que les soignants lorgnent le moment de la fin de leur journée de travail ou la date de leur départ en retraite ou décident de démissionner. Il n'est pas normal que le discours officiel soit à ce point déconnecté du travail réel. Il n'est pas normal que la reconnaissance ne soit plus une valeur à l'hôpital public.

Renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens. Lui donner enfin de vrais moyens pour son fonctionnement : **outils de démocratie sanitaire, temps de partage et d'élaboration collective, respect** pour ses acteurs, sont des **marques de reconnaissance méritée pour ceux qui font le choix de servir** dans cet espace public.

Des **pistes sérieuses ont été formulées par notre syndicat national.** Elles doivent être considérées. Si nous souhaitons toujours **privilégier la voie de la concertation** plutôt que celle de la confrontation, nous saurions, au besoin, **nous faire autrement entendre.**

Pour y parvenir, **le rassemblement de toutes les forces hospitalières et de leurs représentations syndicales sera nécessaire et possible.** Autant que le sont, dans d'autres domaines, les forces démocratiques dans notre pays.

si vous souhaitez réagir
au rapport-qui-pique,
envoyez un message à :
RQP2015@snphar.fr

Contact Presse

Docteur Yves REBUFAT
Président du SNPHAR-Élargi

CHU de Nantes – Hôpital Laënnec
Pôle Anesthésie Réanimation
Bd Jacques Monod – St-Herblain
44093 Nantes CEDEX 01

Tél (direct) : **02 40 16 51 47**
Tél (portable) : **06 86 87 62 76**

Courriel : **yves.rebufat@snphar.fr**

APPEL À SOUSCRIPTION

Vous êtes déjà praticien hospitalier, ou vous hésitez à devenir médecin, chirurgien, pharmacien, biologiste ou odontologiste des hôpitaux.

Vous êtes usager, partisan d'un hôpital public aux acteurs reconnus !

VOUS L'AVEZ LU (OU VOUS ALLEZ LE LIRE)

Le **Rapport-qui-pique** pour réparer l'hôpital public en mal d'attractivité... a été conçu pour vous, à partir de votre expression et est intégralement financé par le **SNPHAR-Élargi**



L'élaboration des textes, la mise en page, l'impression et la diffusion de ce rapport officiel de 60 pages ont un coût...

Au-delà des 50 000 e-destinataires que nous avons touchés, une plus grande diffusion et une édition papier sont possibles.

Pour soutenir notre effort, vous pouvez contribuer à hauteur de 5, 10, 15, 20 ou 30 €

3 MOYENS :

1. Par chèque à l'ordre du SNPHAR-E à adresser À Docteur Claude WETZEL, trésorier du SNPHARE, 63, rue Principale 67206 MITTELHAUSBERGEN
2. Par don en ligne en [cliquant ici](#)
3. En devenant membre adhérent du SNPHAR-E si vous êtes Praticien Hospitalier, en [cliquant ici](#)