

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Octobre / Décembre 2013

N° 237



"Spéciale Journée du Praticien"

EDITO

L'ANNÉE DU CHEVAL ?

QUELQUES SEMAINES après notre grande fête collective de la Saint Sylvestre, ce fût au tour de nos concitoyens de culture chinoise de fêter cette nouvelle année qui sera celle du cheval : Cet animal fougueux, travailleur et créatif, qui va toujours de l'avant...

Il n'en fallait pas plus à votre serviteur pour laisser aller son mauvais esprit à quelques rêveries...

Car la situation inquiétante de l'hôpital nécessite bien fougue et créativité.

Pourtant, les forces de l'immobilisme ne manquent pas. Après avoir réclamé et obtenu que soit labouré en profondeur et même retourné le sol de notre malheureux hôpital en application de leur idéologie ultralibérale, avec la suppression du concept de service public hospitalier, avec la mise en place de cette Nouvelle Gouvernance aggravée HPST et sa suppression des services, voilà ces gros « bourrins » qui prennent aujourd'hui des allures de vierges effarouchées pour exiger que... surtout rien ne change ! « Oh Non ! Pas encore ! ».

Sans parler du contexte budgétaire, « serré », peu propice à quelques adaptations, et de cette tarification à l'activité, fort peu adaptée aux besoins de soins croissants liés au développement des maladies chroniques, au vieillissement de la population, aux conséquences sanitaires de la crise sociale, que l'on hésiterait encore à remettre en cause.

Et que penser des Pôles, me direz-vous ?

Le verdict des collègues qui ont répondu à notre enquête intersyndicale unitaire les concernant (cf. les résultats complets, en ligne sur le site www.praticienhospitaliers.com) est pourtant sans appel ! Si cette nouvelle organisation a favorisé une plus grande pression économique, administrative et bureaucratique sur les PH, qu'il est difficile de ranger au chapitre de ses avantages, si elle se révèle à

l'usage guère plus fonctionnelle que l'organisation en services, elle ne permet pas, d'après les collègues qui ont répondu nombreux à ce questionnaire, l'amélioration de la qualité des soins, pas plus que celle de la transmission des informations, et plus généralement des relations entre collègues, de leur disponibilité. Les praticiens souvent ne savent même pas que des contrats (le maître mot de cette réforme qui contractualise à tous les niveaux...) sont signés, de même qu'ils en ignorent le contenu. Ils n'ont aucun mot à dire enfin sur la désignation des chefs de Pôle alors qu'ils sont très nombreux à réclamer leur élection par les collègues eux-mêmes.

Il n'est pas très surprenant, au vu d'une perception si négative de cette organisation en Pôles, que nombre de nos collègues se déclarent favorables à l'instauration de son caractère facultatif..

Nos intersyndicales, toujours dans l'unité, ont ainsi proposé une plateforme commune pour changer ce qui, à nos yeux, devait l'être.

La balle est maintenant dans le camp de notre Ministre, accaparée entre autres, par la préparation de sa future Loi de Santé Publique.

Dans notre rêve, nous croyons la percevoir telle une élégante pouliche, au trot enlevé. Et le visage de son fringant cavalier, qui la monte à cru, agrippé à sa belle crinière, nous est soudain familier : c'est bien celui de notre vieil ami de trente ans, Edouard Couty, qui n'en est certes plus à son galop d'essai...

Alors, que cette nouvelle année soit bien celle de la refondation de notre hôpital public où il ferait bon vivre pour l'ensemble de ses personnels, médicaux et non médicaux, ce qui ne pourrait qu'être bénéfique, tout compte fait, aux patients qui se confient à lui !

Bruno Devergie FNAP-SPHP

Directeur de la publication : Dr Arnaud Patenotte
Rédacteur en chef : Dr Jacques TREVIDIC

Comité de Rédaction :

Dr Bruno DEVERGIE, Endocrinologue
Dr Jean Marie LELLEU, Chirurgien
Dr Jean Yves DALLLOT, Interniste
Dr Jean Bernard TUETEY, Radiologue
Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen
Dépôt légal : 4° trimestre 2013

Cahiers FNAP-SPHP
N°237 Octobre / Décembre 2013
Trimestriel

Administration
Eusébio De Pina Fortes
3, Rue Jeanne d'Arc - BaL n° 75
75013 Paris
Tél.: 03 21 24 45 27

Email : revue.mhp@gmail.com
Site : www.praticien-hospitalier.com

ACTUALITÉS SYNDICALES (17/02/14)

Arrêté Astreintes

Suite à la parution de l'arrêté du 8 novembre 2013, une instruction va compléter les éléments contenus dans ce texte et préciser quelques points critiques. Cette instruction a été signée par Jean Debeauvais et devrait être diffusée rapidement.

Les points critiques que nous avons soulevés sont au nombre de trois :

-Le problème de l'astreinte forfaitisée globalement. Il s'agit d'une modalité d'organisation dans laquelle quel que soit le nombre d'appels, le PH perçoit une rémunération fixe d'au plus ½ indemnité de sujétion. La CPH reste globalement opposé à cette modalité de rétribution des astreintes, d'autant plus que son application à une quelconque ligne d'astreinte relève de la décision du directeur, et estime que cette modalité devrait être réservée aux interventions en astreinte qui ne nécessitent pas un déplacement (téléphone, télé médecine...). La circulaire d'application précisera cependant à notre demande que la forfaitisation ne concernera que le paiement de l'astreinte mais pas le décompte du temps passé en déplacement, qui devra de toute façon être réintégré dans les obligations de service, en conformité avec la réglementation.

-La limite du décompte de la forfaitisation du temps de trajet (une heure aller-retour) à deux déplacements qui s'oppose au fait que le temps de trajet doit intégralement être comptabilisé comme du temps de travail effectif.

-Le décompte en heures du temps d'intervention sur place qui néglige la fraction de temps inférieure à 30 minutes, alors que certaines interventions en déplacement peuvent être inférieures à ce seuil.

Ces éléments ont conduit la CPH à **déposer un recours en Conseil d'Etat contre l'arrêté du 8 novembre 2013**, sur ces trois points.

Par ailleurs, nous avons appris que certaines directions hospitalières ont modifié leur règlement intérieur pour imposer aux praticiens hospitaliers un temps de travail hebdomadaire de 48 heures, et refuserait de payer le temps additionnel ou de réintégrer ce temps dans les obligations de service pour les praticiens qui n'atteindraient pas ce seuil.

Or ce seuil n'est qu'un maximum et surtout, les obligations de service des praticiens hospitaliers exerçant à temps plein restent fixées réglementairement à 10 demi-journées par semaine, sans référence à un décompte horaire.

La CPH rappelle donc que dès lors que ces 10 demi-journées hebdomadaires sont accomplies, le temps de travail supplémentaire, en particulier celui effectué pendant les gardes et les déplacements en astreinte, doit être décompté en temps additionnel ou intégré dans les obligations de service selon les modalités indiquées dans l'arrêté même si le temps total de travail hebdomadaire est inférieur à 48 heures.

Décret CRP

Le calendrier de mise en place des Commissions Régionales Paritaires avance progressivement, et les premières convocations ont été envoyées dans quelques (rares) régions.

Nous rappelons que ces instances ont un rôle important dans le dialogue social territorial. La CPH fera connaître les noms des collègues impliqués dans chaque région afin

que vous puissiez leur soumettre vos questions d'organisation locale.

Activité libérale des PH

La Dgos nous a communiqué un projet de décret faisant suite à la mission Laurent concernant l'exercice libéral des praticiens hospitaliers. Pas de bouleversement à attendre, mais un renforcement des contrôles.

A noter que ces nouvelles dispositions s'appliqueront à périmètre constant de la loi existante, et ne présume pas du dépôt éventuel d'une proposition de loi par un parlementaire.

Exercice ambulatoire des PH

Dans le cadre du Pacte Territoire Santé, le gouvernement souhaite que des praticiens hospitaliers puissent renforcer des équipes de praticiens libéraux exerçant en ambulatoire dans les zones médicales sous-denses. Dans ce but, ces praticiens hospitaliers volontaires pourraient bénéficier d'une nouvelle indemnité, et les hôpitaux qui accepteraient cette mise à disposition seraient remboursés par le montant des consultations, complété si nécessaire par le versement par l'ARS de la différence avec le montant du salaire versé.

Il semble en pratique que ces dispositions permettraient le recrutement par les hôpitaux publics de médecins généralistes qui auraient le statut de praticien hospitalier après avoir passé le concours, et qui travailleraient en ambulatoire dans ces zones où le recrutement de médecins généralistes libéraux pose problème. Cela répondrait ainsi au vœu exprimé par de nombreux jeunes médecins de faire le choix d'un exercice salarié en ambulatoire.

La CPH reste attentive à cette (r)évolution qui pourrait bien transformer à terme l'exercice médical. Elle accompagnera les jeunes collègues généralistes qui choisiraient ainsi ce mode d'exercice.

DPC

A la veille de la publication d'un rapport de l'Igas concernant l'OGDPC, la CPH s'inquiète toujours des modalités extrêmement lourdes de mise en œuvre du DPC.

Compte tenu des difficultés rencontrées, un nombre insuffisant d'organismes de formation classique ont obtenu l'agrément en tant qu'ODPC. Or les formations continues classiques sous la seule forme de congrès ne peuvent prétendre au financement selon les normes DPC depuis le 30 juin 2013. Ce couperet va conduire bon nombre d'associations de formation continue à cesser leur activité et décourager les praticiens hospitaliers qui leur étaient fidèles.

La CPH demande que les crédits hospitaliers dévolus à la formation continue puissent continuer à financer la participation des personnels médicaux hospitaliers à des formations classiques non agréées DPC, car le DPC ne peut à lui seul recouvrir toutes les actions de formation qui sont susceptibles d'intéresser les collègues. Même en maintenant l'obligation annuelle de DPC, ces formations classiques ont toujours un intérêt et le « tout DPC » apparaît nettement totalitaire. En l'absence de pragmatisme, le risque que les praticiens hospitaliers se détournent du DPC devient de plus en plus probable.

Rapport Véran sur l'intérim médical hospitalier

La CPH a pris connaissance par la presse du rapport du député Olivier Véran relatif au développement

incontrôlé de l'intérim médical à l'hôpital.

Un certain nombre des constats et des propositions de ce rapport ont été repris du document de synthèse qu'elle avait transmis à la mission parlementaire à l'occasion des auditions qu'elle a menées, ce dont nous nous félicitons.

La CPH souhaite attirer l'attention sur 3 points particuliers parmi les nombreuses remarques pertinentes issues de ce travail :

1. Les conditions de travail : nous savons que bien souvent, les départs temporaires ou définitifs des praticiens de l'hôpital ont pour origine la dégradation des conditions de travail au sein de leur établissement. La pression économique, les tensions dans les relations de travail, le déficit de démocratie interne, le poids de la permanence des soins et l'absence de dialogue social contribuent à des départs successifs qui font reposer la charge de travail sur un nombre toujours plus réduit de praticiens. Au final, la désintégration des équipes conduit les directions d'établissement à recruté des intérimaires coûteux dans de très mauvaises conditions. Un changement de cap dans le management des personnels médicaux s'impose d'urgence afin de ne pas conduire des praticiens hospitaliers à quitter le service public par découragement, allant ensuite gonfler les effectifs de ceux qui ont été qualifiés de « mercenaires ». Une réforme profonde de la gouvernance des hôpitaux, conduisant à mieux impliquer les praticiens hospitaliers dans la gestion de leur établissement et dans la désignation des responsables de pôles et de structures doit être mise en oeuvre à l'occasion de la loi sur l'organisation de la santé qui sera présentée au Parlement en 2014.

2. L'attractivité des carrières de praticien hospitalier : il est urgent d'améliorer les rémunérations des praticiens hospitaliers titulaires sur l'ensemble de leur carrière car elles ne sont plus compétitives par rapport au secteur privé, avec une attention particulière pour les salaires de début de carrière en supprimant les 6 premiers échelons. Il faut également refondre tous les statuts de praticien contractuel en un statut unique attractif, avec un haut niveau de protection sociale.

3. La création d'une position de praticien remplaçant au sein du corps des praticiens hospitaliers titulaires : elle pourrait concerner des praticiens souhaitant changer temporairement d'environnement professionnel tout en conservant leur poste, et qui accepteraient des missions qui leur seraient confiées par le Centre National de Gestion pour des durées limitées, en fonction des besoins exprimés par les hôpitaux. Cette position permettrait de bénéficier d'un avancement accéléré (division par 2 du temps nécessaire pour franchir un échelon) et d'une prime de mobilité attractive (+ 50% par rapport à la rémunération de base). Le CNG gèrerait les affectations successives, les congés, la carrière et rémunérerait directement les praticiens concernés durant cette période de mise à disposition. Les hôpitaux bénéficiaires rembourseraient au CNG les rémunérations versées à ces praticiens, ce qui en assureraient le financement dans la mesure où ce système reviendrait de toute façon beaucoup moins cher que le recours au mercenariat.

La CPH se tient à la disposition des pouvoirs publics afin de préciser concrètement ces propositions avec nos collègues des autres organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers.

Pénibilité

La Ministre de la santé a confirmé que les praticiens hospitaliers seront concernés par la concertation relative à la prise en compte de la pénibilité au travail. Une mission a été confiée à la Dgos afin de déterminer les

conditions de mise en oeuvre en concertation avec les organisations syndicales des personnels médicaux, pharmaceutiques et ontologiques des établissements hospitaliers publics.

Les critères de pénibilité qui seront pris en compte sont ceux définis par le Code du travail, en particulier son article D4121-5. A cette occasion, la Dgos a rappelé que les établissements publics de santé sont soumis à certaines parties du Code du travail, notamment la 4^{ème} partie législative ayant trait à la santé et la sécurité au travail, et ces dispositions concernent bien les praticiens hospitaliers. En outre, la Dgos a commandé une expertise juridique afin de déterminer si d'autres parties du Code du travail s'appliquent aux praticiens hospitaliers. En effet, on peut se demander par exemple, pourquoi la définition de la durée légale du temps de travail ne les concernerait pas.

La concertation s'effectuera en trois temps et sera suivie d'une négociation :

1. Connaissance de la pénibilité
- Quelle application des facteurs de pénibilité ?
- Organisation pratique (mise en place d'un dossier individuel) ;

2. Mesures de prévention
Les hôpitaux devront démontrer qu'ils font un effort sur les conditions de travail pour prévenir la pénibilité :

- Dispositif de surveillance;
- Document unique d'évaluation des risques
- Bilan de carrières (formations, reconversions)

3. Accompagnement et compensation
- Gestion des fins de carrière.
- Compensation et indemnisation du temps de travail

A noter que le suivi de ces mesures sur le plan local ne pourra faire l'économie d'une réflexion de fond sur la place des représentants syndicaux des praticiens hospitaliers au sein du CHSCT des hôpitaux publics.

Gouvernance hospitalière

Suite à l'évaluation de l'organisation en pôles réalisées par les intersyndicales de praticiens hospitaliers, celles-ci ont rencontré le Ministre de la santé le 28 janvier 2014 et lui ont présenté une série de mesures destinées à redonner confiance aux praticiens hospitaliers dans le fonctionnement institutionnel.

La CPH rappelle que les pouvoirs publics se sont engagés formellement à réformer la gouvernance hospitalière issue de HPST et que les modifications des décrets relatifs aux instances, notamment CME et CRP, intervenues à l'automne 2013 n'étaient que la première étape avant la modification des éléments inscrits dans la loi. A ce sujet, la CPH remarque qu'un certain nombre de ces éléments, telle la nomination des chefs de pôle, ne devraient pas relever de dispositions législatives mais plutôt réglementaires, conformément à l'article 34 de la Constitution.

Quelles que soient les modalités techniques retenues, il est inconcevable qu'un gouvernement issu de la gauche maintienne en l'état la loi HPST dans ce qu'elle a de plus inacceptable : le concept du directeur « seul patron » à l'hôpital. La CPH insiste sur l'impérieuse nécessité de revoir l'ensemble des éléments de la gouvernance hospitalière, en particulier la place des pôles, la refondation des services, ainsi que les modalités de désignation et le champ des délégations des responsables médicaux de ces structures, responsables qui doivent faire l'objet du consensus le plus large possible au sein même des établissements publics de santé.

La CPH restera attentive aux suites données par les pouvoirs publics à ce dossier particulièrement sensible. Elle attend en particulier des mesures législatives qui ont leur place dans la future loi de santé qui sera déposée au Parlement à l'été 2014. ■

CONFERENCE D'EDOUARD COUTY, RAPPORTEUR DU PACTE DE CONFIANCE (EXTRAITS)

(...) L'exercice auquel nous nous sommes livrés, il y a maintenant quelques mois, (...) a fait l'objet de rapports des groupes de travail, puis du rapport de synthèse qui a été rendu au mois de mars. On a fait un certain nombre de propositions. (...) Il y a eu (...) un temps de silence entre le discours qu'a fait la Ministre après que je lui ai remis le rapport de synthèse, donc les propositions. Elle a pris un certain nombre d'engagements, je crois que c'était au nombre de 13, sur l'ensemble des sujets qu'on avait évoqués. Il y en a un certain nombre qui ont prospéré, comme on dit, parce qu'il y a eu des suites concrètes, des textes qui sont parus, des orientations qui ont été données, d'autres pas ou pas encore.

Ensuite est venue la démarche Stratégie nationale de santé, qui était un peu décalée dans le calendrier, mais qui (...) a repris un certain nombre de nos propositions que j'avais tendance à considérer (...) comme essentielles sur l'organisation de notre système. (...)

Je voudrais juste dire **quelques mots sur l'hôpital**.

(...) **Sur les questions de gouvernance** générale de fonctionnement de l'hôpital, d'essayer (...) de redonner un peu une âme au fonctionnement de l'hôpital, c'était notre ambition, (...) assez largement partagée. (...) Sur la question de la gouvernance, il y a eu des modifications, des textes qui sont sortis sur le CME, sur le CTE, etc. Pour nous, ce qui était important, (...) c'était d'essayer de retrouver une gouvernance plus équilibrée et au regard d'un certain nombre de marqueurs, qui sont des marqueurs importants dans le fonctionnement de l'institution, je veux parler de la diffusion de l'information, de la communication, de l'organisation, de la concertation, du maintien des fonctions consultatives qui sont importantes ; sans pour autant prétendre organiser l'anarchie et faire en sorte qu'il n'y ait pas de direction puisqu'il en faut bien ou d'arbitrage, mais qu'on ménage ces fonctions qui sont des fonctions essentielles pour le bon fonctionnement du système. (...) Il faut voir comment ça va se mettre en place maintenant dans les établissements, puisqu'on n'a pas suffisamment de recul (...). Et puis, il reste encore beaucoup à faire.

Le deuxième chapitre qui est important, (...) **c'est le financement**. (...) Il y a un certain nombre de choses qui ont été reprises, des propositions que nous avons faites dans le projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2014. La notion de financement des hôpitaux isolés et considérés comme nécessaire sur les territoires, où là le système de T2A était pour eux catastrophique. Et donc, dans la mesure où on considère que ces établissements ont un service à rendre et sont nécessaires pour assurer le maintien du service public sur un territoire, il faut trouver les moyens de les faire fonctionner autrement qu'avec la logique assez implacable de la T2A pur jus. La deuxième chose, c'est une première tentative d'entrer dans une logique de financement du parcours sur l'insuffisance rénale chronique. (...) La troisième chose qui répond partiellement à une proposition que nous avions faite, (...) (de) privilégier la qualité et faire en sorte que les établissements avec les équipes ne soient pas incités à produire de la quantité à tout va. (...) Et ça s'est traduit par une disposition relative à un tarif dégressif. Plus on en fait, moins ça rapporte, c'est à peu près ça. (...) J'espère qu'on arrivera à trouver un dispositif qui permettra d'aller dans ce sens-là, parce que c'est absolument essentiel. (...) Il y a un sujet qui (...) pour moi est très important, c'est de considérer la dimension de prise en charge de ce qu'on appelle la précarité, c'est-à-dire les patients qui viennent à l'hôpital en situation de difficulté ou de détresse sociale, (...) Jusqu'à présent, le système de financement qu'on avait prévu, c'était une des dispositions qu'avait prises Madame Bachelot, (...) un système de financement un peu spécifique, fléché T2A pour les établissements qui recevaient un nombre important de ces personnes. Ce n'est pas comme ça qu'on prend en charge les questions générales d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Donc, nous on a défendu l'idée (...) (que) c'est quelque chose qui est inhérent aux missions du service public hospitalier. (...) On n'a pas à dire : tel

hôpital en prend plus que d'autres, donc on va lui donner un peu plus. (...) Cette question-là, elle n'a pas encore été vraiment abordée. J'espère qu'elle le sera dans les temps qui viennent. (...)

Le deuxième point que je voulais aborder, c'est (...) **la question (...) du système**.

C'est vrai qu'on a bien perçu, tant à travers la démarche de concertation assez large qui s'est tenue dans le cadre du Pacte de Confiance, qu'ensuite à la faveur des consultations qui ont été réalisées par le comité des sages qui (...) ont rendu un rapport avec des propositions dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, que (...) notre système était venu, (...) à une sorte de croisée des chemins et que devraient être faits dans les temps qui viennent des choix politiques majeurs sur le système de santé (...).

(...) Le premier (constat), c'est que depuis la création de l'assurance maladie à la fin de la guerre sur la base des principes du Conseil National de Résistance, on est entré dans un système assurantiel pour l'assurance maladie (...) qui prend en charge et qui garantit des soins (et) repose sur les cotisations. (...) On a mis toutes nos billes (...) dans le curatif, et rien ou presque rien dans le préventif. (...) **La culture de santé publique et l'approche populationnelle sont dans notre pays assez largement ignorées**, (...) que ce soit dans les formations initiales, dans les formations continues, dans l'ensemble des professionnels, naturellement dans les pratiques, mais aussi dans le fonctionnement général du système. (...) Un certain nombre d'indicateurs, qui sont d'ailleurs assez pauvres dans notre pays par rapport à d'autres voisins sur l'état de santé de la population (...) ne sont pas au meilleur niveau, que ça concerne les populations jeunes ou les populations âgées. L'espérance de vie à 65 ans (...) en bonne santé n'est pas (...) à un bon niveau dans notre pays, même si l'espérance de vie à la naissance (...) gagne depuis de nombreuses années un an tous les quatre ans. (...) Combien de temps on va vivre sans entrer dans la dépendance ? (...) Entrant progressivement dans la dépendance, on constitue une charge lourde pour nos enfants. Alors, on a déjà tiré des chèques sur l'avenir, ils vont payer les intérêts de ce qu'on a consommé, mais en plus on va leur coûter encore plus cher parce qu'on vivra plus vieux, mais dépendant. (...)

Le deuxième facteur, c'est que notre système, il a été **construit (...) autour des institutions**. Donc, on a construit le service public hospitalier, 1958, 1970, on a construit l'institution-hôpital, hôpital pivot du système de santé. (...) On a construit depuis 1927 la Charte de la médecine libérale, liberté d'installation, liberté de choix, liberté de prescription. On a construit depuis 1975 avec une loi fondatrice, le système du médico-social. Tous ces systèmes-là fonctionnent de manière assez autonome, mais en tuyaux d'orgues, mais on a un système en silo où on a la médecine de ville, l'hôpital privé ou public, le médico-social. Et puis le patient, il se débrouille (...) pour circuler là-dedans. Au moment où les maladies de longue durée, les maladies au long cours, les maladies chroniques sont de plus en plus importantes et touchent une part de plus en plus importante de la population, le Sénat, la MECS, a fait une enquête il y a deux ans en nous disant qu'aujourd'hui, c'est 10 millions. Dans cinq ans ou six ans, ça sera 20 millions. Il faut qu'on arrive à concevoir un système qui soit non pas conçu à partir d'une logique institutionnelle cloisonnée, (...) par des professionnels pour des professionnels (...). Si on veut remettre le patient au cœur du système, il faut (...) construire les institutions ou adapter les institutions à ce qu'on a pu appeler aujourd'hui le parcours de soin ou le parcours de vie. (...) Ça suppose une évolution des cultures, (...) des pratiques, (...) du mécanisme institutionnel très conséquente. (...)

Troisième point, et dernier, (...) dans un contexte comme celui-ci, **la capacité des hospitaliers à voir les enjeux à venir**, à se projeter dans l'avenir, est absolument essentielle. Donc aujourd'hui, on est dans un contexte économique extrêmement contraint, (...) qui amène les responsables et l'ensemble du monde hospitalier, mais plus largement le monde de la santé, à rester

un peu le nez dans le guidon, parce que la préoccupation principale, c'est d'essayer de faire le maximum de ce qu'on peut faire avec les moyens minimums qu'on a. (...) Comment on fait pour essayer (...) de formaliser ce que (...) sera sans doute notre système à plus 5 ou à plus 10 ou à plus 15 ans pour essayer de construire. (...) Donc, l'enjeu majeur aujourd'hui pour l'hôpital, c'est de savoir comment définir une stratégie qui lui permette d'abattre les murs, de sortir sur le territoire, de s'accorder et de contractualiser avec les autres acteurs dans l'idée que le système se construira probablement, selon toute probabilité, en tout cas pour les maladies chroniques, autour d'un parcours qui reste encore à définir. (...)

Jacques Trévidic :

(...) Vous avez bien décrit qu'effectivement, il y a un système actuellement en France un peu en tuyau d'orgue avec le libéral d'un côté, l'hospitalier public / privé et médico-social. Chacun de ces systèmes concourt aux soins à la population, et ils ont des avantages et des inconvénients. J'ai tendance à penser personnellement que la juxtaposition de ces systèmes différents concourt à la qualité des soins, parce que les avantages par exemple du système public peuvent pallier aux inconvénients du système privé et inversement. Donc, peut-être que cette cohabitation finalement, elle peut être aussi symbole de qualité des soins.

(...) Les médecins généralistes aujourd'hui sont débordés, ils font beaucoup d'actes courts, des actes que je ne voudrais pas qualifier de bobologie, mais bon, pas mal. Et dès que ça devient un peu compliqué, au secours l'hôpital. Comment arriver à essayer de changer ce système pour plus de communication ?

Edouard Couty :

(...) Vous avez raison, la cohabitation de différents systèmes (libéral, hospitalier, etc.) peut être bonne parce qu'il y a une meilleure couverture de l'ensemble du champ concerné, et puis parce qu'il y a une émulation, ça peut profiter à la qualité. Simplement, il faut se le payer le système, parce que c'est le plus coûteux. Quand on regarde en Europe, les pays les plus libéraux au plan de l'économie politique, c'est-à-dire essentiellement les pays anglo-saxons, l'Angleterre ne connaît pas le code de travail. (...) L'Allemagne n'a pas de SMIC, et ça va venir, mais c'était un enjeu électoral. (...) Ces pays-là, ils n'ont pas ce que nous avons nous en santé, c'est-à-dire la liberté d'installation, la liberté de choix et la liberté de prescription. Alors, ils sont, d'un point de vue d'économie politique générale, très libéraux, et en santé, ils ne le sont pas du tout ou très peu. Est-ce que pour autant, ils ont des systèmes qui sont moins performants (...) que le nôtre ? Aujourd'hui, je n'en sais rien. (...) Donc, (...) c'est sans doute un facteur, (...) mais pour moi, (...) ce n'est pas un élément absolument déterminant. D'autre part, quand on est dans un système où la dépendance est solvabilisée par un système d'assurance sociale où c'est la collectivité qui paie, je pense qu'il y a les éléments essentiels du type tact et mesure qu'il faut absolument respecter, sinon, on fiche en l'air le système. Donc, quand vous êtes totalement libre de vous installer, de fixer les honoraires ou de dépasser, de prescrire, et de choisir quand vous êtes patient, il ne faut pas s'étonner que le système soit tellement coûteux qu'il crève les plafonds. Il va bien falloir un jour ou l'autre qu'on s'attaque à ces questions-là. Ceci dit, politiquement, c'est impossible, tout est verrouillé. (...) Il y a une dimension de prévention et d'éducation sanitaire, c'est-à-dire une culture de santé publique que j'ai évoquée tout à l'heure, qui est absolument essentielle. (...) Et cette éducation sanitaire pour moi, on l'a dit dans le Pacte de Confiance, (...) c'est des missions qui pourraient identifier, ce qu'on a appelé, un service public territorial de santé, des missions telles que l'éducation sanitaire, prévention, permanence des soins sur le territoire, etc., qui peuvent faire l'objet d'une rémunération forfaitaire, et qui seraient confiées contractuellement à des libéraux, qui verraient ainsi leur mode de rémunération (...) changer, parce qu'il n'y aurait pas seulement de la rémunération à l'acte, (...) mais il y aurait aussi du forfait, parce qu'ils font des missions d'intérêt général, que moi j'appelle des missions de service public, et l'éducation sanitaire, ça en fait partie. (...)

Jean Claude Pénochet :

(...) Donc, en tout cas pour les médecins des hôpitaux et les praticiens des hôpitaux, et peut-être plus en particulier pour les psychiatres, ces concepts de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation sanitaire, et ces concepts du développement de cet aspect préventif et puis déportés jusque sur le terrain même où habitent les gens tout simplement, ces vieux concepts, vous le savez pour la psychiatrie, ont été développés. Vous aviez fait un rapport longuement discuté, (...) il y a un point que j'aimerais que vous éclairciez (...). C'est cette question (...) de la définition de la mission de service public par rapport à ce que vous avez dit des missions d'intérêt général, du système dans lequel on était, où on avait découpé en tranches, où on avait plus exactement spécifié les 14 missions du service public, avec pour la psychiatrie le fait que les malades sous contrainte représentaient une mission, mais que nous, nous aurions aimé qu'il y ait une mission de service public spécifique pour la psychiatrie et pour le secteur justement. Et votre idée (...) était plutôt au contraire de revenir à une globalisation, à faire qu'il y ait une fonction générale de service public. Vous en avez reparlé là concernant la précarité, mais ça pourrait s'appliquer également à d'autres choses (...). Mais comment vous faites finalement pour financer ces missions de service public ? Peut-on les confier tout de même au privé, comme vous venez de le dire avec une contractualisation ? (...)

Edouard Couty :

(...) Le service public hospitalier, c'est-à-dire le soin, l'enseignement et la recherche, ce n'est pas quelque chose qu'on peut découper en tranches, c'est un bloc. Je dois dire que c'est vrai que la loi HPST de juillet 2009 a constitué de ce point de vue-là (...) une vraie rupture avec notre système, puisqu'elle a supprimé du code de la santé publique la notion même de service public hospitalier, lui substituant 14 missions, liste limitative, qui sont des missions de service public dans lequel il y a les soins d'urgence, il y a l'enseignement, il y a la recherche, mais par exemple il n'y a pas les soins.

(...) La loi disait avant 2009 : le service public hospitalier est assuré naturellement par les établissements publics, par les établissements privés non lucratifs participant au service public, qu'on appelait les PSPH, et il peut être concédé par l'État à des établissements privés commerciaux dans certaines conditions qui sont définies, d'égalité d'accès, de continuité, etc. D'ailleurs, il y avait très peu de cliniques qui avaient une concession de service public.

La rupture en 2009, ça a été (...) une vision (...) matérielle où on va définir une liste de missions qui ne représente pas la totalité des missions du bloc. Ces missions pourront être distribuées à différents acteurs. (...) Revendiquer pour la psychiatrie une mission de service public pour les services de psychiatrie, c'est rentrer dans la logique matérielle et dire : on va en mettre une quinzisième. Vous avez compris que ce n'est pas du tout la logique dans laquelle moi je souhaite que nous allions, puisqu'on a d'ailleurs partagé cela dans la démarche Pacte de Confiance, pour dire : il faut réaffirmer le service public hospitalier comme un bloc. (...) On ne peut pas le saucissonner en tranches.

Par contre, on n'est plus dans la logique des années 60 et 70, qui consiste à dire, (...) : le service public hospitalier qui est confié à l'hôpital public est le pivot du système de santé. C'est-à-dire que le système tourne autour. Ça a donné l'hospitalo-centrisme, qui a été - 30 ou 40 ans plus tard - dénoncé.

(...) Donc, c'est l'idée de l'inscrire et de l'ancrer dans un territoire, de l'ouvrir sur ce territoire, et de dire : à côté de ce bloc soins, enseignement et recherche, qui inclut tous les soins y compris les soins psychiatriques ; il y a des missions cette fois-ci, et non pas un bloc, des missions qui intéressent le territoire, et qui pourraient être confiées à d'autres qu'à l'hôpital, ou qu'aux établissements de soins, notamment à la médecine libérale ; soit en partenariat avec l'hôpital, soit tout seul sous des formes d'organisation à déterminer, mais type maison de santé et centre de santé, etc. qui sont des missions de service public telles que la permanence des soins, l'éducation sanitaire, la prévention qui viennent en plus de la fonction du médecin d'exercice libéral qui voit son patient.

(...) Alors, si je traduis sur le plan de la santé mentale,

(...) c'est vrai que la psychiatrie a montré l'exemple avec la sectorisation, faire sortir l'hôpital de ses murs, la rupture asilaire des années 60. Mais aujourd'hui, la question est de savoir : est-ce qu'il faut que le secteur psychiatrique qui n'a pas d'existence juridique, qui est une modalité d'organisation, reste complètement et totalement rattaché à l'hôpital, et qu'il constitue une modalité d'organisation de l'hôpital ? Ou est-ce que le secteur doit avoir l'hôpital comme partenaire privilégié pour garantir ses arrières ? C'est ce qu'on appelle l'intra, mais avoir une existence reconnue avec des moyens identifiés qu'il est amené à gérer pour exercer des missions sur le territoire. (...) Et qu'il puisse s'ouvrir sur son territoire avec d'autres partenaires, la médecine scolaire, la médecine du travail, les collectivités territoriales. Aujourd'hui, on fait peser sur le secteur psychiatrique des missions qui ne sont pas les siennes, le logement, l'occupation, la formation, etc. Donc, comment on peut intégrer dans la logique de parcours justement d'autres dimensions que sont le logement, le revenu, la formation, l'occupation, le retour éventuel au travail ou la réinsertion dans la cité d'un patient (...) Ça passe par la capacité du secteur à s'autonomiser par rapport à son hôpital et à ne plus être hospitalo-centré. (...) Je ne casse pas le secteur, je favorise l'extra, et je laisse un cordon, mais qui sera sous forme contractuelle avec l'hôpital pour l'intra, mais qui permettra au secteur de s'ouvrir. Et il sera à ce moment-là un vrai acteur sur le territoire, au même titre que les libéraux peuvent l'être dans d'autres parcours de soins de maladies chroniques d'un autre type. (...)

Daniel Caux :

(...) Alors, je voudrais simplement rappeler que (...) ça fait longtemps que les pédiatres assurent la mission de permanence des soins, qu'ils assurent depuis longtemps l'organisation en réseau, les réseaux périnataux, les filières de soins, la mucoviscidose, l'hémato, la cancérologie, etc. Ils ont été précurseurs et depuis longtemps dans la prise en charge de la médecine préventive. Je vous en parle pour vous poser deux questions dans le droit fil de votre intervention. Est-ce qu'il y a une possibilité de financement évoquée pour les structures justement extra-institutionnelles du genre réseau périnatal ? Deuxièmement, est-ce qu'enfin (...) il y a une possibilité de revalorisation de l'acte intellectuel qui, en matière d'éducation à la santé qu'on fait tous les jours auprès des jeunes parents est tellement important ?

Edouard Couty :

(...) Sur la question des réseaux, moi ce qui m'a frappé, quand on a notamment rediscuté de ça dans le cadre des travaux sur le Pacte de Confiance, c'est que les réseaux, c'est quand même – jusqu'à présent dans notre système en France – très personne-dépendant. (...) Vous regardez les rapports de l'IGAS qui ont fait l'évaluation de ça, (...) il y a des réseaux qui marchent très bien, puis d'autres qui ne marchent pas du tout. Et ça a un coût. Et ce coût n'est pas un coût en partie substitutif au système actuel, c'est toujours un coût supplémentaire. Donc, on a un coût supplémentaire et (...) la valeur ajoutée, elle est extrêmement faible. (...) L'idée qu'on défend, (...) c'est de dire : s'il y a une mise en réseau, puisque c'est la notion de parcours, de transversalité, c'est de mettre en réseau des gens qui sont dans des silos différents. Il faut d'abord qu'ils acceptent, qu'ensuite, ils adhèrent à cette démarche-là, ce qui n'est pas garanti. (...) Il faut que les professionnels concernés acceptent des règles du jeu communes, qu'ils acceptent de se parler, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui. Après, on peut pérenniser les financements. (...) Donc, la solution pérenne c'est peut-être, (...) de faire des expérimentations sur des sujets bien déterminés, de les évaluer, mais d'intégrer tout le monde dedans, c'est-à-dire aussi bien les libéraux que les hospitaliers, que le médico-social, et de prendre un parcours d'une pathologie chronique par exemple déterminée, de construire sur un territoire de proximité très importante, ce parcours. Contractualiser sur ce parcours, financer à travers ce contrat. Donc nous, on a appelé ça un projet de territoire, un contrat de territoire, donner aux professionnels des outils à partir des objectifs qui sont fixés.

L'idée du Pacte de Confiance, c'était de dire sur ces sujets-là, il faut faire le pari de la confiance vis-à-vis des professionnels. L'ARS doit fixer un objectif, les professionnels doivent proposer un projet de territoire, dans la mesure où le projet de

territoire est considéré comme permettant d'atteindre l'objectif, il donne lieu à un contrat de territoire. Ça, c'est de nature à stabiliser, en tout cas à pérenniser les choses. Ce sont des outils qui aujourd'hui n'existent pas, qui restent à créer.

Pierre Paresys :

(...) Certes, la sécurité sociale, elle a été mise en œuvre pour les soins, et pas pour la prévention. Mais même avec ça, on en a fini, parce que la sécurité sociale, c'était quand même d'abord et avant tout l'organisation d'une meilleure répartition des richesses pour les soins. Or, le système actuel dérive vers les dites mutuelles et les assurances qui font qu'il y a une augmentation du coût de gestion, une augmentation du coût global. On suit les États-Unis à toute vitesse pour une dégradation des soins et de la prise en charge des soins, une augmentation du renoncement aux soins, une augmentation de la précarité, etc.

Alors, le concept de prévention, il faut aussi pouvoir le définir, parce que la qualité de vie générale, les questions écologiques, les questions de la qualité de vie au travail, des conditions de travail, etc., ça en fait partie. Et là, ce n'est pas la sécurité sociale qui va régler ça, mais bien une politique générale de meilleure répartition des richesses. (...)

Edouard Couty :

Vous avez raison, je partage assez largement votre analyse. (...) Mais c'est précisément parce qu'aujourd'hui, on est au bout du mode de financement des soins. Le reste à charge ne cesse d'augmenter. La sécu, c'était avec une image qu'on a tous, on prend en charge 75 % des soins. Aujourd'hui, qu'est-ce qu'on a ? On a les pathologies qui sont traitées à l'hôpital, les pathologies lourdes qui nécessitent une hospitalisation, les ALD qui sont pris en charge à 100 % avec un taux d'évolution, (...) extrêmement dynamique, c'est-à-dire qu'on est de l'ordre de 15 à 20 % d'augmentation par an. (...) Et pour les soins courants, on n'est plus à 75 %, on est tombé à 52 ou 53 %, c'est-à-dire que le reste à charge ne cesse d'augmenter, ce qui par ailleurs justifie le discours qu'on entend actuellement, qui est de dire : il faut des complémentaires pour prendre en charge ça.

Il y a un grand débat, vous l'avez vu, il y a même des pétitions qui circulent, que certains ont signées, j'en fais partie, sur les mutuelles, les complémentaires. Donc ça, c'est un grand sujet, parce qu'effectivement, ça bat en brèche le concept original de la sécu et de l'assurance maladie. Donc aujourd'hui, le choix politique, c'est ou (...) un système d'assurance de base qui garantit la prise en charge à 100 % des maladies les plus graves, et puis pour le reste (...), c'est des complémentaires que vous vous financez. Ça c'est un choix, et on est en train d'aller vers ça. Ou bien, on a un système assurantiel, mais à ce moment-là, il faut le financer, et il faut revoir fondamentalement les modalités de financement.

Le choix politique, il n'est pas fait (...). Est-ce que c'est un modèle fiscalisé, type Beveridge, ou c'est un modèle de cotisation type Bismarck. On a un modèle un peu hybride pour le moment. Est-ce qu'on fait rentrer dans l'assiette les revenus du capital ou pas ? Est-ce qu'on continue à cotiser sur le travail dans une période de chômage avec moins de recettes ? (...) On est dans un système qui est un cercle un peu vicieux. Comment on retrouve un cercle vertueux ? C'est des sujets extrêmement lourds, parce que les arbitrages politiques sont difficiles à prendre, d'autant qu'il y a des contraintes économiques fortes. (...)

Si on traduit ça en modalités d'organisation, (...) on ne peut pas rester avec un système qui est totalement centré sur le curatif. Parce qu'on a des mauvais indicateurs, et on risque d'aller dans le système États-Unis avec 20 % de la population qui n'a pas accès aux soins, dans les 18 % de consommation du PIB, et les gens sont mal soignés. (...) Donc, il faut changer le système. Et changer le système, c'est rééquilibrer du curatif vers le préventif, c'est s'occuper du plus grand nombre de la santé de la population, qu'on reste en meilleure santé le plus longtemps possible, parce que finalement, c'est ce qui coûte le moins cher, et c'est ce qui est le plus profitable aux personnes. Puis, quand on a besoin d'avoir accès à la santé, garantir l'accès. C'est parce qu'on a trop ciblé sur le soin, (...) curatif, dans le développement de haute technologie de très haut standing. (...) Et comme on vieillit de toute façon, parce qu'on va nous maintenir à tout prix en vie, la question est de savoir si on nous maintient en vie en bonne santé ou pas. ■

CONFÉRENCE DE JEAN-PAUL GUILLOT

DROIT SYNDICAL ET DIALOGUE SOCIAL : LA LOI DU 5 JUILLET 2010(relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique)
(EXTRAITS)

(...) Juste une caractéristique de notre association RDS, c'est qu'y adhèrent des personnes morales que sont les entreprises ou les administrations, mais aussi l'ensemble des organisations patronales et syndicales représentatives aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Je vous parle là d'une vision transversale que peuvent avoir les acteurs sur le dialogue social, en sachant que notre association se penche depuis sept ans sur la question du dialogue social dans les fonctions publiques. (...)

Alors, **premier point du dialogue social, la question c'est : à quoi ça sert ?**

Et je tiens à rappeler ici que le dialogue social, c'est un moyen, ce n'est pas un objectif. L'objectif d'un hôpital, c'est de soigner les patients, d'assurer le bien-être des salariés, et d'avoir une efficacité économique raisonnable. Bon, le dialogue social, c'est un moyen (dont) les acteurs – s'ils se mettent en mouvement dans ce sens – peuvent s'emparer pour arriver à atteindre ces trois objectifs (...).

Deuxième caractéristique, **le dialogue social peut prendre quatre formes**, qui sont très différentes.

(...) Il part de l'information qui peut être descendante ou remontante. En France, on a une fâcheuse habitude d'être très descendant. (...) Donc, je rappelle que le dialogue, c'est déjà d'accepter de s'entendre, comme diraient mes collaborateurs, c'est d'entendre la sève monter dans les arbres. Souvent les directions ont tendance à ne pas écouter la sève monter dans les arbres, et quelquefois aussi, ils oublient d'informer de ce qu'ils font. (...)

Le deuxième élément qui est le plus classique historiquement dans la fonction publique, c'est la consultation. C'est-à-dire que lorsqu'il y a un projet, en général, il y a consultation des instances. Consultation ne veut pas dire forcément écoute, il y a la consultation très formelle et la consultation sérieuse. Donc déjà, il faut faire des catégories, j'y reviendrai dans un instant.

Le troisième élément, c'est la concertation. La mission Pacte de Confiance, elle a été faite dans un esprit de concertation. C'est-à-dire que finalement, tous les acteurs se sont mobilisés pour essayer de trouver ensemble des voies et moyens pour trouver un système public de santé qui fonctionne. Donc, les acteurs sont d'accord pour essayer de travailler ensemble à la construction d'un projet collectif.

Puis, il y a la négociation. La négociation, ça suppose que des acteurs qui ne sont pas en accord à l'origine du traitement du dossier décident loyalement de rentrer ensemble dans la recherche d'un compromis. Qui dit négociation, dit compromis. Alors, toute négociation n'aboutit pas, bien entendu. Mais l'esprit de la négociation, c'est de dire : je rentre en négociation pour obtenir un compromis qui, par définition, ne sera pas la totalité de mes ambitions. Ce qui veut dire que j'exclus du dialogue social la question du rapport de force pur et dur (...).

(...) Un petit point très important tout de même sur **le processus par lequel on est arrivé à la loi**.

Dans la fonction publique française, traditionnellement, on a un système très jacobin, très dirigiste, et les chefs bien formés dans les grandes écoles savent ce qu'il faut faire, ont une obligation de consultation des instances, alors dans l'hospitalière, c'est CME et CTE, et finalement, se satisfont assez généralement du fait que la consultation a eu lieu. (...) Si l'avis est négatif, ce n'est pas grave, l'important, c'est qu'ils soient venus à la réunion pour qu'on puisse passer à la phase suivante. Ça ce n'est pas moi qui le dis, ce sont les partenaires sociaux, aussi bien la DGFP que les emplois publics en général, et les organisations syndicales de fonctionnaires qui (...) dans une délibération à l'hiver 2007 et au printemps 2008, ont convenu que finalement, globalement, le système des 5 200 000 salariés de la fonction publique française vivait sur des consultations très formalistes et sans beaucoup d'apports ; et qu'il était temps d'essayer d'aborder ensemble les vrais problèmes concernant les fonctions publiques et leurs agents en rénovant le dialogue social dans la fonction publique.

Cet accord, (...) a été signé par six organisations syndicales de fonctionnaires sur huit. Les deux qui n'ont pas signé sont la CFTC et Force Ouvrière, pour des raisons différentes, chacune d'entre elles. Mais les deux, elles ne pèsent que moins de 1 % de l'ensemble de la fonction publique. Donc vous voyez, une majorité de 80 % qui dit : on veut vraiment rénover le dialogue social dans la fonction publique.

À la suite de cet accord de 2008, est intervenu un accord quasi-unanime sur la santé et la sécurité au travail dans les fonctions publiques, qui est un sujet qu'on vient en partie d'aborder, parce que ça touche aussi les

questions de conditions de travail. Et ce n'est qu'en 2010, après un long travail que le fruit du dialogue social a été repris par le gouvernement et les parlementaires pour déboucher sur une loi très largement votée, qui est donc cette loi du 5 juillet 2010, qui s'applique donc aux trois versants de la fonction publique française. Donc, la fonction publique d'État, qui concerne certains d'entre vous pour les bi-appartenant, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière (FPH). Je dis au passage que dans le système d'État français, l'hospitalière n'est pas tellement connue et qu'en général, les fonctionnaires qui réfléchissent à l'avenir de la fonction publique sont très marqués par la fonction publique d'État, et oublient un peu l'hospitalière. C'est une difficulté qu'on a rencontrée avec certains d'entre vous ici dans certains dossiers.

Alors, **cinq points saillants de la loi du 5 juillet**.

Premièrement, la représentativité des organisations syndicales. Là finalement, le texte reprend des dispositions qui avaient été adoptées deux ans plus tôt dans le secteur privé, consistant à dire que la représentativité dans l'organisation syndicale de la FPH – on parlera des praticiens hospitaliers après – repose bien sûr sur le côté républicain, etc., mais sera mesurée grâce aux élections professionnelles donc dans les instances que sont les comités techniques. Pour être représentative, une organisation doit avoir passé le seuil d'avoir au moins un siège dans l'organisation, dans le comité technique de référence dont on parle. Donc là où il y a 15 membres dans un comité technique, une organisation syndicale n'est représentative que si elle a obtenu 6 et quelques % des voix. (...) Donc, ça donne un peu la barre à laquelle il faut être reconnu par ses collègues pour pouvoir participer aux négociations. Dans le secteur privé, la barre est un petit peu plus élevée, puisqu'elle est à 10 % au niveau des établissements. (...)

Deuxième point tout à fait majeur, je l'ai un peu abordé tout à l'heure, c'est que les partenaires (...) ont signé (...) une décision radicalement transformante qui est de dire : nous devons acquérir de part et d'autre, employeurs, organisations syndicales, une véritable culture de la négociation. C'est une vraie rupture méthodologique. Parce qu'en France, encore une fois, on se contentait volontiers de la consultation assez formelle, parce que du point de vue des dirigeants, c'est assez simple : je prépare mon dossier, je l'explique, je passe en instance, et je l'applique. Et du côté des organisations syndicales, ce qu'elles ont reconnu, c'est aussi assez confortable. C'est-à-dire qu'au fond, je peux me mettre dans la position systématique de : je critique, puisque de toute façon je ne suis pas partie prenante à l'élaboration de la décision. Ça passe en instance, je vois tous les points faibles, je cartonne et je dis : ce n'est pas bien. (...) Alors, le texte ne va pas jusqu'à ce qui se pratique à l'échelle européenne et notamment en Allemagne, qui est (...) qu'on s'entend pour dire : si on rentre en négociation, on se crée une obligation commune de dire : on devra de toute façon aboutir. On n'en est pas jusque-là, mais on est quand même dans cette position où les acteurs ont tous dit au plan national : il faut vraiment qu'on accepte de rentrer dans ces négociations. (...)

Troisième élément, c'est que la loi dit : la négociation, elle peut porter sur tout sujet qui intéresse les collectifs de travail. C'est important, ça veut dire que là aussi, il y a une reconnaissance, et là c'est plutôt un effort de l'employeur quelque part dans cette négociation de dire : finalement, tous les sujets de l'avis du collectif, puisque ça concerne les agents, il est normal que le représentant soit amené à s'exprimer sur ces sujets. (...)

Quatrième idée qui est tout à fait moderne en France, pays jacobin, c'est qu'il est dit que le dialogue social doit s'exprimer à tous les niveaux pertinents. Ce matin, face à une question sur les pôles et au sondage que vous avez effectué parmi vos adhérents, Edouard Couty rappelait que sur cette question-là, il avait dans son rapport renvoyé à une vision très concrète et pratique en disant : mais finalement, que chaque établissement en fonction de sa taille, de sa composition, etc. choisisse le mode par lequel il pense que l'organisation doit se mettre en place. Les accords de Bercy et la loi de 2010 disent cela aussi. Ça n'a pas empêché derrière le ministère de faire des circulaires très en détails qui sont un peu antinomiques par rapport à cet esprit. Mais l'esprit de la loi, il est très clairement de dire : traitons tous les sujets au niveau pertinent. (...)

Avant-dernière idée, c'est un rappel, c'est que ce sont les organisations syndicales qui négocient, et pas les instances. En France, dans le privé comme dans le public, on a un système un peu complexe, où la négociation est le monopole des organisations syndicales, lesquelles maintenant doivent être représentatives pour pouvoir négocier, mais les instances restent des instances

de consultation. (...) Sauf que dans les textes français, lorsque les organisations syndicales vont négocier avec un employeur un accord, il est après soumis à consultation des instances. Donc là où les acteurs sociaux sont loyaux, le directeur n'a pas tellement raison de présenter un projet différent que l'accord, et les organisations syndicales qui l'ont signé n'ont pas tellement de raison de dire à leurs collègues qui sont élus dans les instances : dites le contraire de ce qu'on a dit dans les négociations. Mais il y a quelques endroits où malheureusement, ce n'est pas aussi homogène que ça. C'est parce qu'il n'y a pas toujours une bonne transmission entre les organisations syndicales et leurs membres. (...)

La validité d'un accord à partir du 1er janvier 2014, (...) sera nécessairement lorsque les organisations syndicales signataires auront bénéficié ensemble de 50 % au moins des voix aux élections. (...) Dans le secteur privé, c'est moins exigeant, c'est 30 %. Mais si 50 % s'opposent, l'accord n'est pas valable. Dans la fonction publique, c'est allé un cran plus loin, donc les directions sont aujourd'hui devant une nouveauté importante, puisque pour l'instant, ce n'est encore que 20 % jusqu'à la fin de l'année. Mais à partir de janvier, ça va être 50 %, ce qui veut dire que l'accord doit être porté par une majorité des personnels via leur représentant. (...)

Le dernier point, puisque ça va être abordé après moi par le président Pénochet, la question des moyens syndicaux. Il a été dit quatre choses simples. Un, faisons un état des lieux. C'est en général plutôt utile, savoir de quoi on parle. Deuxièmement, il faudrait améliorer les moyens en fonction des nouveaux enjeux du dialogue social. C'est-à-dire que puisqu'on élargit le champ qu'on veut traiter à tous les niveaux, il faut avoir en conséquence la capacité à dégager les moyens des uns et des autres pour le traiter. Le troisième point qui est vrai aussi dans le secteur privé, c'est que l'exercice des responsabilités syndicales doit être clarifié, (...) que ce soit reconnu dans la gestion des carrières, parce que quelqu'un qui pendant plusieurs années à temps partiel ou à temps plein s'engage dans une organisation, il apprend des choses complémentaires à son métier professionnel d'origine et que c'est intéressant d'en rendre compte. Dans ces évolutions de carrière, on ne veut pas avoir des gens qui restent uniquement dans une carrière syndicale de 20 ans à 65 ans. Ce n'est pas mal de permettre des allers-retours à condition de reconnaître que cette expérience acquise vaut quelque chose. Dernier point, ce qui est normal dans la fonction publique, c'est une transparence vis-à-vis des parlements et des contribuables, puisque si on met des moyens, ça veut dire qu'il y a des budgets, il faut les voter, donc il faut les légitimer.

Je n'ai pas encore parlé des praticiens hospitaliers.

(...) Vous le savez, votre droit syndical est reconnu, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas être sanctionné parce que vous êtes engagé dans le syndicalisme. Vous avez des représentants élus dans les commissions statutaires nationales, mais en dehors de cela, avec quelques autres petites présences, vous avez des représentants dans le CHSCT, mais ce qu'on a partagé dans le groupe 2, c'est que la présence des médecins – même si elle est de droit – un médecin pour 2500 agents, et deux pour davantage, ne se traduit pas souvent dans les faits. C'est-à-dire que la CME qui aujourd'hui est l'instance qui nomme les médecins qui siègent à la CHSCT ne se mobilise pas beaucoup sur leur présence dans ces instances. Alors, c'est inégal selon les établissements, mais on a même entendu pas mal d'interlocuteurs dans le groupe 2 nous dire : mais on ne savait pas qu'il y avait ces dispositions. (...) Par ailleurs, il y a évidemment une discussion entre vous, intersyndicales, et les CME sur l'origine de la nomination des médecins dans ces CHSCT. (...) Donc aujourd'hui, je dirais, on n'a pas de chiffre très précis sur combien sont syndiqués, mais manifestement ce n'est quand même pas très fréquent. Du coup, la représentativité des intersyndicales, elle est établie pour l'instant sur la base des désignations aux commissions statutaires nationales. Et elle n'a donc pas la même légitimité juridique que celle des organisations syndicales de la FPH, qui est maintenant, calée par cette loi de 2010 avec l'élection au comité technique. Donc aujourd'hui, il y a une espèce de dissymétrie entre le mode de représentativité des uns et des autres. Ça peut quand même faire débat. (...)

Et le deuxième élément, c'est que bien entendu, dans la vie de l'hôpital, il n'y a pas les médecins et les pas médecins, c'est un ensemble de communautés. Vous avez vos spécificités, etc. Mais il y a énormément de sujets qui ne peuvent pas être traités de façon saine sans articuler correctement à la fois vos spécificités et celles de vos collègues. Tous les sujets sur l'organisation et les temps de travail, on ne peut pas faire d'un côté la négociation sur le temps de travail des chirurgiens et puis de l'autre côté, une négociation avec les IBODES, etc. Il faut bien avoir quelque chose qui soit intégré.

Donc, je dirais qu'il y a vraiment un vrai besoin aujourd'hui. Et dans le groupe 2, on l'avait bien senti, puisqu'on avait à la fois les affaires syndicales de praticiens et les syndicales de la FPH, qu'il y a beaucoup de sujets communs pour lesquels il faut trouver des solutions qui passent d'abord (...) par le fait que vous soyez de plus en plus nombreux à vous engager dans l'action collective, parce que ça ne peut pas être porté uniquement par toujours les mêmes. (...) Et vous serez d'autant plus reconnu en tant que profession que les autres verront que vous vous mobilisez.

Il faut une volonté commune des acteurs, c'est-à-dire qu'il faut être deux pour négocier. Donc, le premier point était vers vous, le deuxième point, c'est qu'il faut effectivement que la partie employeur se préoccupe de voir comment prendre en compte la manière de discuter avec vous et la FPH. Enfin, il faut mettre en place un processus organisé. On ne peut pas se contenter de déclaration, il faudrait qu'on dialogue. Il faut choisir si ce sujet, vous allez ou pas vous en emparer entre le ministère et vous les organisations syndicales traditionnelles par la concertation, la consultation ou la négociation. (...)

Les quatre préalables (au dialogue social)

C'est qu'il faut qu'il y ait un respect des interlocuteurs. On ne peut rien construire si on ne respecte pas la légitimité de son interlocuteur, si humainement, on ne le considère pas comme quelqu'un qui a peut-être des différences par rapport à vous, mais qui existe en tant que tel, et que voilà, il faut accepter les différences.

Deuxièmement, il faut être clair sur les objectifs et les responsabilités. Un responsable syndical n'est pas responsable de la gestion de l'établissement, et un directeur n'est pas responsable d'un certain nombre de choses. Chacun a son job, et je crois qu'il ne faut pas avoir peur de rappeler chacun pour qui on travaille, pour quoi on travaille.

Troisième point, il faut de l'ouverture, parce que si par définition, je pense que moi, j'ai tout réfléchi tout seul et que j'ai raison, enfin moi syndicat ou moi directeur, que je vais avoir la solution tout seul, il n'y aura pas de dialogue intéressant possible.

Et enfin, il faut avoir des marges de manœuvre. C'est-à-dire si moi élu, les troupes me disent : c'est ça qu'on veut et rien que ça, on revient dans le rapport de forces et pas dans la négociation avec l'employeur, puisque de toute façon, vos troupes vous disent : c'est ça ou rien. Réciproquement, un employeur qui déclenche quelque chose et qui n'a pas les moyens ni en délai, ni en ressources humaines ou financières de prendre en compte des propositions que vous allez faire, il vaut mieux qu'il décide sèchement de faire la chose, parce qu'il n'a pas de marge de manœuvre. Ça ne sert à rien de causer pour causer.

Trois points-clés.

Le premier, c'est qu'il faut toujours choisir quel est le sujet sur lequel on veut parler. (...) Il y a le sujet par exemple qui a été abordé plusieurs fois ce matin sur la sociologie de la profession. Bon ça, c'est des sujets plutôt nationaux. (...) Il y a des sujets très concrets sur l'organisation au plus près du terrain, auprès du patient, auprès des équipes. Voilà, c'est des sujets différents, et il faut que les acteurs aient envie de s'y mettre, et choisissent s'ils vont avoir des sujets par la consultation, la concertation ou la négociation.

La deuxième idée, qui est celle qui m'est le plus chère, c'est d'engager le dialogue le plus en amont possible. (...) Donc le schéma que je recommande et que tous les acteurs du dialogue social loyaux recommandent, c'est de dire : il faut d'abord commencer par se comprendre. C'est-à-dire qu'il y a un sujet qui est sur la table. Alors, on partage les informations dont on dispose. La direction énonce les objectifs et ses contraintes, et les organisations syndicales de même disent : voilà, les aspirations de mes collègues, c'est ça, ça et ça. Après, ensemble, on essaie d'imaginer des scénarios qui permettent de répondre aux objectifs. Parce que même si on ne partage pas tous les objectifs, il y a en général des parties qu'on peut partager, et que dans l'imagination, chacun apportant son expérience, son vécu réel, et pas technocratique, et bien, il y a des chances qu'on puisse proposer des scénarios dans lesquels on reprend des éléments des uns ou des autres pour enrichir une décision de bien meilleure qualité. Quand il y a un sujet, il ne faut pas tarder à en parler. Plus tôt, on en parle, plus il y a des chances que l'intelligence collective se déploie.

Dernier point, (...) c'est ce que Françoise Gagné, la présidente de la section du travail et du Conseil Économique Social Environnemental appelle le management humanisé. C'est-à-dire que voilà, si dans un groupe humain, déjà les gens ne se disent pas bonjour, ne se respectent pas, n'ont pas le temps de parler un peu ensemble, etc., c'est difficile de construire des relations. C'est du temps non prescrit, c'est de la vie de tous les jours, mais c'est un peu de chaleur humaine. S'il n'y a pas ce terreau, c'est très difficile de faire fonctionner les deux autres objets que sont les négociations avec les OS. Là, un petit conseil, (...) souvent, on a envie de tout manger en même temps. Et donc, on fait un agenda excessivement lourd, ça a été le cas dans la fonction publique en 2012. Il y a eu une grande conférence sociale, plein de chantiers qui ont été lancés. Il y a en avait trop, ni les hauts fonctionnaires en charge, ni les syndicats en charge n'avaient les moyens de suivre le rythme. Donc voilà, il y a des déceptions à la sortie, parce que finalement, on n'a pas été réaliste sur les priorités sur lesquelles se concentrer. (...)

Voilà, je vous remercie, j'espère que ça vous donnera envie de vous engager encore davantage dans l'action collective. C'est l'objectif que je souhaite. ■