

DOSSIER



SERVIR : OUI... MAIS QUI ?

« Pour réduire le déficit budgétaire, une réduction très importante des investissements publics ou une diminution des dépenses de fonctionnement ne comportent pas de risque politique. **Si l'on diminue les dépenses de fonctionnement, il faut veiller à ne pas diminuer la quantité de service, quitte à ce que la qualité baisse.** On peut réduire, par exemple, les crédits de fonctionnement aux écoles ou aux universités, mais il serait dangereux de restreindre le nombre d'élèves ou d'étudiants. Les familles réagiront violemment à un refus d'inscription de leurs enfants, mais non à une baisse graduelle de la qualité de l'enseignement et l'école peut progressivement et ponctuellement obtenir une contribution des familles, ou supprimer telle activité. Cela se fait au coup par coup, dans une école mais non dans l'établissement voisin, de telle sorte que l'on évite un mécontentement général de la population. ».

La Faisabilité politique de l'ajustement, Cahiers OCDE, 1996, N13, P30¹

CAP 22... 22 ans plus tard : « Service public : se réinventer pour mieux servir ».

« La hausse de la dépense publique ne sera pas la réponse à ces défis, la France occupant déjà la première place en Europe concernant la part de la richesse nationale consacrée à la dépense publique ».

« ...Il faut cesser d'opposer l'excellence du service public et la baisse des finances publiques ».

« Le poème n'est point fait de ces mots que je plante comme des clous mais du blanc qu'il reste sur le papier ».

Paul Claudel, extrait de 5 grandes odes, les Muses

En octobre 2017, une mission est donnée au CAP (comité d'action publique) par le gouvernement, s'articulant sur le tryptique suivant (sic) :

- ▣ « Améliorer la qualité du service public en développant la relation de confiance entre les usagers et l'administration et en travaillant prioritairement sur la transformation numérique.
- ▣ Offrir aux agents publics un environnement de travail modernisé en les impliquant pleinement dans la définition et le suivi des transformations.
- ▣ Accompagner rapidement la baisse des dépenses publiques avec un engagement ferme : réduire de 3 points la dépense publique dans le PIB d'ici 2022 ».

Ce rapport doit être remis avant « la fin du premier trimestre 2018 ».

Le 20 juillet 2018, le syndicat « solidaires finances publiques » rend public le rapport², afin de mettre un terme à son « secret » alors même que les grandes lignes de son contenu avaient déjà été largement rapportées dans le Figaro, journal subversif s'il en est.

QUE CONTIENT-IL DONC, CE RAPPORT CAP22, QUI JUSTIFIE UNE TELLE MISE EN SCÈNE ?

D'abord, il répond à la demande :

« Nous militons pour un modèle d'administration où..., les agents (seront) véritablement force de propositions, un service public qui utilisera pleinement toute l'opportunité que représente le numérique tout en restant proche des usagers, sur le terrain, à l'écoute. ».

Ensuite, il décline les outils permettant de dépasser l'incantation :

« Les managers seront plus autonomes et plus libres de prendre des décisions... nous encourageons un modèle dans lequel l'innovation, la prise de risque seront valorisés, encouragés, soutenus... Nous plaçons notamment pour un renouvellement du contrat social entre l'administration et les agents publics dans un dialogue social rénové et nous appelons à moderniser fortement la gestion des ressources humaines. ».

Enfin, il justifie ces propositions :

« Faire émerger ce nouveau modèle n'est pas aujourd'hui une simple option, c'est une nécessité » car « Les Français sont attachés à leurs services publics... mais le monde change, les attentes des Français évoluent et des nouveaux besoins des services publics

émergent ». « Les agents publics sont prêts à ce changement, ils souhaitent s'engager davantage dans des métiers qui ont du sens, pour des projets auxquels ils croient, mais certains sont aujourd'hui épuisés par un système à bout de souffle ». « La hausse de la dépense publique ne sera pas la réponse à ces défis, la France occupant déjà la première place en Europe concernant la part de la richesse nationale consacrée à la dépense publique. ».

Certes.

Mais certains raccourcis tiennent du grand écart : certes les agents publics réclament du sens, mais de là à dire qu'ils sont prêts à CE changement et c'est que la plus grande autonomie des managers qui donnera plus de sens à leur exercice... et cela, alors même que le lien entre RPS et management est largement établi... Mais tout devient clair quand il apparaît en aval que les agents dont il s'agit sont en fait les managers, à aucun moment les managés ne sont pris en compte. Effectivement, c'est une vision nouvelle du service public.

Mais certains raccourcis se trompent de chemin :

Certes les Français sont attachés à leurs services publics, et d'ailleurs 72 % en sont satisfaits (page 16 de ce même rapport), alors sur quelle évaluation se base l'affirmation selon laquelle « Faire émerger un nouveau modèle est une nécessité. » ?

Peut-être sur la phrase « ...il faut cesser d'opposer l'excellence du service public et la baisse des finances publiques. ».

Ce qui pose problème. En effet, l'une des propositions de ce rapport, qui nous concerne tout particulièrement, est la proposition numéro 5 (page 50) : « Réduire le renoncement aux soins, améliorer l'espérance de vie en bonne santé et désengorger l'hôpital ». Or le rapport de la DREES de juillet 2017 consacré à l'évolution des dépenses de santé³ s'il montre bien que depuis 1950, la part de consommation des soins et des biens médicaux (CSBM) dans le PIB a été augmentée de 3,5 (elle est passée de 2,5 % du PIB à 8,9 %), montre également que la croissance de la CSBM s'est accompa-

1. La Faisabilité politique de l'ajustement cahiers OCDE 1996 N13 P30 <http://www.oecd.org/fr/dev/1919068.pdf>

2. <https://solidairesfinancespubliques.org/le-syndicat/nos-engagements/solidaires-fonction-publique/1626-le-voila-le-rapport-cap-22.html>

3. Les dépenses de santé depuis 1950 DREES juillet 2017 N° 1017

gnée d'une augmentation de l'espérance de vie : entre 1950 et 2015, la population française a gagné 16 ans d'espérance de vie.

Pour rester sur la proposition numéro 5, réduire « l'engorgement de l'hôpital » à une conséquence de la non prise en charge par les médecins de ville ou à une mauvaise pertinence des actes sans jamais envisager que le personnel soignant dans son ensemble puisse être en sous effectif, penser que « la révolution numérique » et les pratiques avancées répondront à cette situation relève a minima d'une méconnaissance totale de la notion de qualité du soin mais au-delà est révélateur d'une vision plus qu'inquiétante de ce que le soin devrait être.

En revanche, dans cette ambiance où l'objectif est de « *baisser le poids de la dépense publique pour les contribuables* » la création d'un « *opérateur public de données de santé* », le lancement d'un « *plan santé numérique* », la généralisation de la télémédecine... ne font l'objet d'aucune évaluation de dépenses... Rassurons nous, il nous est annoncé une économie de 5Mds d'euros...

Mais la méthode même employée pour la « production » de ce rapport est en contradiction flagrante avec ses préconisations : « *Dans ce nouveau modèle, la société sera pleinement partie prenante de la conception, de l'élaboration et de la production du service public* ». Voyons qui a participé à l'élaboration de ce rapport au titre de l'hôpital : des ARS, la DGOS, Ah, un hôpital : APHP mais il s'agit de la direction des systèmes informatiques et de la webinnovation. Des syndicats... mais de médecins libéraux : syndicat MG France (généralistes), CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français...

Mais la méthode même employée pour la « production » de ce rapport est en contradiction flagrante avec ses préconisations.

Libéraux), des organisations syndicales mais pas de médecins hospitaliers (CFDT, CFTC, FAFP, FO, FSU, SOLIDAIRES, UNSA)... des médecins hospitaliers mais pas de syndicats (un PUPH, un chef de pôle, ... un PH !! mais qui est député de la majorité...) bref aucune représentation des praticiens hospitaliers. « *Un gouvernement qui veut accroître ses marges de manœuvre et rendre plus flexible une société, aurait intérêt à affaiblir d'abord tous les corporatismes qui constituent par nature des obstacles aux mesures d'ajustement.* »⁴

Garantir la réussite des projets de santé numérique en associant systématiquement les patients...



CAP22... (Comité d'Action Publique)

- « Nous pouvons améliorer :
- Les services publics ;
 - La qualité de vie au travail des agents ;
 - Tout en faisant baisser le poids de la dépense publique sur le contribuable ».

4. La Faisabilité politique de l'ajustement cahiers OCDE 1996 N13 P30 <http://www.oecd.org/fr/dev/1919068.pdf>

REVENONS À LA PROPOSITION 5, QUI TRAITE DE NOTRE LIEU D'EXERCICE : L'HÔPITAL, AINSI QUE DE NOS CONDITIONS D'EXERCICE

Au-delà des éléments de langage « remettre le patient au cœur du système », certaines des intentions affichées sont louables, à tel point qu'elles en sont presque elles-mêmes des éléments de langage :

☒ « Sortir du fonctionnement cloisonné et faire tomber les barrières » entre la ville et l'hôpital, le domicile et le médico-social, pour que la prise en charge soit plus efficiente : comment être contre ? A condition que l'efficacité soit au bénéfice du patient, bien sûr. Mais il faut aussi qu'elle soit moins coûteuse : pour qui ? pour le patient ? pour le contribuable ? ou pour la société ? car les temporalités ne sont pas les mêmes : un coût de soin individuel aujourd'hui peut engendrer des économies de masse à moyen et long terme... le problème est qu'au chapitre « dispositifs sociaux », la précarité semble réduite à l'absence d'emploi, les problèmes budgétaires aux fraudes aux prestations (alors qu'elles sont insignifiantes au regard des fraudes aux cotisations⁵⁾) et qu'au chapitre « Nos convictions », il est proposé de passer « du même service pour tous » à « un service public plus équitable »... de là à ce que le modèle d'assurance sociale de redistribution (sécurité sociale) évolue vers celui de l'assurance (mutuelle)...

☒ « Mieux adapter l'offre de soins aux besoins locaux » avec un renforcement des GHT et des « projets structurés par territoire » là aussi, comment être contre ? mais avec quels moyens ? humains ? d'infrastructure ? alors même que ce même rapport célèbre le développement de « l'action publique territoriale » ?

☒ « Mieux adapter l'offre de soins aux besoins locaux » avec un renforcement des GHT et des « projets structurés par territoire » là aussi, comment être contre ? mais avec quels moyens ? humains ? d'infrastructure ? alors même que ce même rapport célèbre le développement de « l'action publique territoriale » ?

Pour ce qui est des réformes préconisées, deux attirent plus particulièrement notre attention :

☒ Mesurer la qualité des soins (Nous attendons d'être associés à cette réflexion) dont les résultats pourront avoir un impact financier sur l'hôpital (Dans quel sens ? L'aider à s'améliorer ou le pénaliser ? Ce qui a toute son importance dans la qualité et l'intensité du maillage de l'offre de soin au niveau territorial).

☒ « Rénover la gestion des ressources humaine... Pour redonner aux managers les moyens de répondre aux besoins d'adaptation constante du système de santé... « Il est notamment proposé de déconcentrer l'essentiel des actes de gestion des 50 000 agents relevant du niveau national (directeurs des

soins, praticiens hospitaliers) en matière de recrutement, mobilité, et d'avancement. ». Nous y voilà.

☒ A la remise en cause de notre statut.

...Et les professionnels pour identifier et développer de nouveaux usages



CAP22 (en résumé) :

On prend l'empreinte de la CB du patient.

On récupère alors ses données de santé.

On imprime le malade en 3D (en noir et blanc pour faire des économies).

On le décroisonne :

- Un peu à l'hôpital ;
- Et beaucoup en ville.

On appuie sur le bouton Et on encaisse...

* Les guignols de l'info

PRATICIENS HOSPITALIERS : DES STATUTS PRÉCAIRES À LA PRÉCARISATION DES STATUTS ?

En pratique cela peut vouloir dire que :

- ☒ Le recrutement ne sera plus national (plus de concours de PH national mais une nomination locale par le directeur d'hôpital, en fonction des besoins... Ou appuis locaux).
- ☒ La mobilité sera une réponse aux « besoins d'adaptation constante » ce qui peut se traduire par un statut de contractuel, renouvelable selon les besoins de l'établissement (ou le choix du directeur d'hôpital).
- ☒ L'avancement sera fonction du contrat d'objectif signé entre le directeur et le PH.

Est-ce bon ? Est-ce mauvais ?

Pour répondre à ces questions, penchons nous sur le vécu des Phs qui sont dans une situation de statuts précaire : les PH attachés, les PH contractuels et les PADHUES. (Cf. rubrique « Chroniques d'hôpital ») : ... il n'est pas bon !!!

- ☒ Perte du statut national : mauvais car il est difficile alors d'assurer un niveau de compétences homogène... Et de se prévaloir de passe-droits locaux.
- ☒ Statut de contractuel suspendu aux décisions du directeur de l'hôpital : mauvais car il existe un risque majeur de perte de l'indépendance professionnelle (cf. rubrique « un pas de côté »).
- ☒ Avancement soumis à une appréciation locale : non ; avancement partiellement lié à l'exercice d'activités complémentaires au bénéfice de l'intérêt général mais défini au niveau national : oui, pourquoi

pas si le socle de base permet au PH d'exercer dans la sérénité et hors de toute interférence avec des paramètres d'ordre non médical (comme la productivité ou la subordination) et si les contractualisations se font sous forme de valences, c'est-à-dire d'activités complémentaires exercées durant une durée déterminée, qu'elles soient d'ordre hospitalier (poste de chef de service, membre de commissions de travail au sein de l'hôpital, fonctions électives...), Universitaire (enseignement), de recherche, ou d'exercice libéral.

Ces mesures censées, entre autres « désengorger l'hôpital » pourraient fort bien engendrer un effet contraire si elles débouchent sur une aggravation de la perte d'attractivité de l'hôpital pour les médecins.

- ☒ Le caractère national du statut, en termes de nomination, d'affectation et d'avancement est pour les PHs un garant de leur indépendance professionnelle et donc de qualité des soins dispensés au malades. Il est aussi un facteur majeur d'attractivité car répondant aux aspirations motivant le choix de travailler en hôpital.
- ☒ Le statut de contractuel ne convient pas aux PHs (cf rubrique « chroniques d'hôpital »). On peut rétorquer à cela qu'il convient bien aux médecins libéraux dont c'est en quelque sorte le statut. A ceci près que les salaires ne sont pas les mêmes et donc la marge de manœuvre du PH non plus.

- ☒ A contrario, l'introduction des valences, sans modifier le caractère national du statut permet de répondre aux besoins d'adaptabilité tout en préservant voir augmentant l'attractivité.

Très clairement, les décisions qui seront annoncées à la rentrée par le gouvernement, selon qu'elles intègrent ou pas les propositions du rapport CAP22, auront un impact qui dépassera largement le cadre du statut des praticiens hospitaliers, celui de l'hôpital et même celui de la fonction publique : il s'agit d'un vrai choix de société, qui, à défaut d'être politique, serait révélateur des valeurs réellement défendues.

« Même si un gouvernement poursuit divers objectifs comme la croissance ou le prestige international, il reste qu'habituellement son premier objectif est de rester au pouvoir, la probabilité d'y rester dépendant à la fois du soutien politique de la population et de la répression. Lorsque le gouvernement fait des choix budgétaires, ceux-ci affectent deux catégories de dépenses : celles qui bénéficient directement à certains groupes et accroissent ce soutien, ou celles qui contribuent au bien-être de tous à long terme, comme les investissements en infrastructures. »⁶



6. La Faisabilité politique de l'ajustement, cahiers OCDE, 1996, N13, P30, <http://www.oecd.org/fr/dev/1919068.pdf>

Médecins hospitaliers, étrangers en leur hôpital ?



Dr Jérôme FRENKIEL
Médecin de santé publique

Il est aujourd'hui un lieu commun de dire que la situation des hôpitaux est dégradée, tout comme celle des personnes qui y travaillent. Deux causes sont habituellement invoquées : la tarification à l'activité (T2A), et la Loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), et plus particulièrement ses dispositions relatives à la gouvernance des établissements. Voyons cela de plus près.

La T2A, mise en œuvre à partir de 2004, a pour objectif de répartir équitablement le financement initialement national (ONDAM) entre les établissements, sur la base de leur activité réelle pondérée par la complexité médicale des patients. En cela, et par comparaison avec le modèle précédent (dotation globale « historique »), le progrès n'est pas contestable. Par effet de bord, il implique que les établissements entreprennent une démarche de gestion (quasi-inexistante auparavant), ce qui n'est raisonnablement pas contestable non plus dans le principe. *A contrario*, la T2A n'a jamais été conçue pour aborder d'autres sujets, ce qu'on ne saurait lui reprocher : la pertinence des soins, l'équité populationnelle et géographique et, notez bien ce point, l'adéquation missions / ressources. **De fait, la course à l'activité n'a qu'un effet concret sur les comptes : la dégradation**, puisque cette augmentation d'activité est mécaniquement compensée par la baisse des tarifs. L'équilibrage des comptes par l'augmentation virtuellement sans fin de l'activité est donc une impasse, ce d'autant que le problème se situe autant sur l'efficacité des organisations, au sens large, que sur l'activité en tant que telle. Mais il est plus simple de mettre des professionnels sous pression de l'activité (à la hausse) et des moyens (à la baisse) que de revenir

sur des équilibres acquis avec tel acteur influent, tel réseau ou tel syndicat. Et, quand bien même la volonté serait là, l'exercice requiert des compétences et une expertise en matière de gestion et de management que l'on voudrait être certain de trouver dans tous les établissements.

Et la gouvernance de l'hôpital, dans tout ça ? Elle a connu une profonde évolution par le biais du plan Hôpital 2007 (également à l'origine de la T2A) puis de la Loi HPST de 2009. En substance, cette évolution se traduit d'une part par la concentration du pouvoir médical (mise en place des pôles d'activité puis des groupements hospitaliers de territoire, les GHT), et d'autre part par la création *de facto* d'une verticalité du pouvoir administratif depuis le Ministre jusqu'au directeur d'hôpital, en passant par le directeur de l'ARS, verticalité du pouvoir administratif dans laquelle le pouvoir médical est marginalisé et, dirons certains, vassalisé. On notera également que le plan Hôpital 2007 instituait une médicalisation de l'exécutif et de la gestion. **Or, ce changement de paradigme n'a pas fait l'unicité chez les directeurs (c'est peu dire), ni déclenché de démarche d'appropriation forte chez les médecins, pour le meilleur ou pour le pire.** On peut donc comprendre que, en l'état de la gouvernance hospitalière telle que définie dans la Loi HPST, les directeurs se soient engagés peu ou prou dans un mouvement de démedicalisation de la gestion, y compris pour les aspects éthiques. Les premières victimes de ce mouvement ont d'ailleurs été les médecins DIM, coupables de deux hérésies simultanées : l'expertise médicale sur des sujets financiers et stratégiques, et l'indépendance de cette expertise.

Il en résulte, à l'issue d'une normalisation « à la soviétique », un corps professionnel dont la tutelle de la direction a largement remplacé les missions et les moyens, jusqu'à la perte de sens.

De tout cela découle une évolution à la fois inefficace et délétère. Inefficace car les objectifs des détenteurs du pouvoir et ceux de l'Institution sont de moins en moins superposables. Pour les uns, l'obéissance hiérarchique, la carrière, la compétition. Pour l'autre, la mission, l'éthique, la coopération. Délétère également car, pour ces détenteurs du pouvoir, l'injonction de la hiérarchie associée à la toute-puissance et à l'invulnérabilité rend possible des décisions contraires aux missions de l'Institution et des modes opératoires très éloignés des valeurs humaines, dont le garde-fou n'est plus une valeur collective mais seulement l'éthique individuelle.

De ce hiatus grandissant entre la gouvernance d'une part, les missions et les valeurs d'autre part, les personnels constituent le facteur d'ajustement. **Que dire lorsque les acteurs de terrain, dont la mission est de moins en moins réalisable, sont de plus en plus boucs émissaires des échecs successifs des plans de retour à l'équilibre ?** Que dire lorsque le harcèlement et la calomnie deviennent des méthodes de management banalisées, dans la plus grande impunité ? Que dire lorsque le fait de défendre l'hôpital et ses valeurs devient le plus sûr moyen de s'en faire exclure ? La perte de sens devient le seul horizon, avec pour seules perspectives la soumission, ou la démission, pas nécessairement spontanée, ou la fenêtre du septième étage.

Victimes d'une guerre qui n'est pas la leur, les professionnels de santé deviennent des étrangers dans leur propre institution, de plus en plus souvent indésirables. Tout professionnel de santé hospitalier est, désormais, un exclu en puissance... et en partance.

