

Loi Bachelot : Le CH-FO met en garde contre les dérives corporatistes

Le CH-FO tient à informer l'ensemble des professions de santé que le seul syndicat de cadres hospitaliers qui soutient pleinement la loi Bachelot, ne représente pas la majorité des directeurs d'hôpital et des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux.

Le CH-FO est en total désaccord avec ceux qui s'en tiennent à la seule défense de l'hôpital entreprise et du directeur chef d'entreprise au sens le plus étroit du terme.

Le CH-FO dénonce ces positions purement corporatistes relayées par les médias mais qui ne reflètent pas les valeurs de la majorité des cadres hospitaliers et qui contribuent donc à donner une image caricaturale des cadres de direction.

Le CH-FO n'accepte pas davantage les prises de positions de représentants des professions médicales dans lesquelles les directeurs d'hôpital se trouvent ravalés au rang de boucs émissaires.

Ceci étant, le CH-FO est prêt à rejoindre tous ceux qui souhaitent se rassembler pour la défense de l'hôpital public et des valeurs de service public hospitalier.

Concernant la loi Bachelot, le CH-FO n'a cessé de dénoncer :

- la volonté du gouvernement de déréguler complètement le service public hospitalier contenue dans l'article 1 de la loi,
- la poursuite d'une logique comptable à courte vue, la convergence tarifaire public/privé,
- le développement de l'hospitalisation lucrative et des dépassements d'honoraires,
- les dispositions très insuffisantes en matière de politique de santé publique et de prévention,
- la volonté d'affaiblissement, voire de disparition des représentations médicales qui gèrent collégialement l'hôpital avec les directeurs, les élus et l'Etat,
- les pouvoirs d'exception dévolus aux futurs DGARS avec tous les risques d'arbitraire qui pourront en découler,

- une fonction de direction précarisée placée sous la dépendance des DGARS.
- une large ouverture des postes de directeurs et de médecins au secteur privé, l'absence de perspectives pour les jeunes, des statuts placés en voie d'extinction.

Le CH-FO a fait des propositions concrètes pour l'hôpital public, pour une politique de santé et de prévention qui sont résumées dans le tableau ci-dessous.

THEME	CE QUE PREVOIT LA LOI	CE QUE PROPOSE LE CH-FO
Missions des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Les missions de service public pouvant être assurées en tout ou en partie, en fonction des besoins de la population appréciés dans le schéma régional d'organisation des soins : par les établissements de santé publics, privés à but lucratif, privés d'intérêt collectif, par les groupements de coopération sanitaire ... - Seules obligations pour les établissements privés : assurer l'égal accès à des soins de qualité, l'accueil 24 h sur 24 ou l'orientation des patients vers un autre établissement, la possibilité d'être pris en charge aux tarifs conventionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les missions de service public doivent être assurées de manière prioritaire par les établissements publics de santé. - Les établissements de santé privés peuvent se voir attribuer des missions de service public uniquement en cas de carence avérée des établissements publics. - Dans ce cas, prise en charge obligatoire des patients aux tarifs conventionnels. Dépassements d'honoraires interdits.
Statut et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Deux nouvelles instances, le <u>Conseil de Surveillance</u> et le 	<ul style="list-style-type: none"> - Le terme <u>Conseil de Surveillance</u> est abusif.

<p>des établissements publics de santé</p>	<p><u>Directoire.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Conseil de Surveillance exerce le contrôle de l'établissement et délibère sur les choix stratégiques. - Le directeur conduit la politique générale de l'établissement. Sa mission est énumérée en 14 points qui reprennent pour l'essentiel les missions actuellement confiées au Conseil d'administration. - Le directeur s'appuie sur un Directoire dont est le rôle est limité : il prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical et <u>conseille</u> le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement - Le projet de loi risque d'accroître fortement le décrochage dans l'hôpital entre le Directoire présidé par le directeur, et le reste du personnel tenu à l'écart des décisions. - Le texte est dangereux parce qu'il laisse entrevoir l'affaiblissement des représentations médicales qui gèrent de manière collégiale le système avec le directeur.. 	<p>En effet le contrôle permanent de l'établissement de santé n'est pas l'apanage du Conseil de surveillance mais du Directeur Général de l'Agence régionale de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>L'exercice du contrôle permanent</u> de la gestion de l'établissement par le directoire, devrait être assuré par le Conseil de Surveillance. - Le Conseil de surveillance devrait être consulté sur la détermination des objectifs du directeur et il devrait être associé aux processus de désignation du directeur et des membres du Directoire. - Le projet de loi ne devrait pas modifier sans concertation le détail de l'organisation interne des établissements en particulier les responsabilités actuelles du corps médical.
---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - La seule vraie réforme serait celle qui laisserait à chaque établissement la liberté de s'organiser.
<p>Nomination et gestion des personnels de direction</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le directeur nommé pour les CHU par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé. - Pour les autres établissements, il est nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, <u>sur proposition du Directeur Général de l'Agence régionale de santé</u>, après avis du président du Conseil de Surveillance. - Le directeur peut se voir retirer son emploi <u>dans l'intérêt du service</u> et être placé en recherche d'affectation, <u>après avis de la commission administrative paritaire</u>, sauf en cas de mise <u>sous administration provisoire</u>. - Des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaires peuvent être nommées <u>par le Directeur Général de l'Agence régionale de santé</u>, sur les emplois de directeur des établissements. - Sur proposition du Directeur Général de l'Agence régionale de santé, les fonctionnaires dirigeant 	<ul style="list-style-type: none"> - Sur tous ces points, il faudrait que les parlementaires rétablissent les récents choix en matière de gouvernance. - unicité du corps de direction, nomination de tous les directeurs par le ministre de la santé dans les seuls cadres d'emplois statutaires, des directeurs adjoints par le DGCNG, - avis conjoints du président du Conseil de Surveillance et du DGARS sur les nominations des directeurs, - maintien du rôle des instances nationales paritaires pour toutes les situations.

	<p>les établissements peuvent être détachés sur un contrat de droit public <u>signé par le Directeur Général de l'Agence régionale de santé</u> pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le directeur est placé sous contrôle du Directeur Général de l'Agence régionale de santé. La faculté de révocation du directeur dans l'intérêt du service par le DGARS est une porte ouverte au pouvoir discrétionnaire du représentant de l'Etat. Nous retrouvons ici la notion de <u>révocation ad nutum c'est-à-dire « sur un signe de tête »</u> (!) qui existe en droit commercial au bénéfice de l'actionnaire principal. 	
<p>Coopérations entre établissements de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des établissements publics de santé peuvent constituer une communauté hospitalière de territoire. - Celle-ci a pour objectifs de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou 	<ul style="list-style-type: none"> - Le législateur devrait clarifier les incertitudes du statut des CHT. - Au départ, il était prévu de créer une nouvelle catégorie d'établissements publics permettant à plusieurs établissements de se

	<p>transferts de compétences entre établissements membres. Un établissement ne peut adhérer à plus d'une CHT.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'exposé des motifs du projet de loi précise qu'il existera deux types d'organisation des CHT, soit fédérative, soit intégrative. Mais une lecture du texte montre que dans les deux cas, la CHT sera une modalité de <u>fusion d'établissements</u>. - La CHT ne devrait donc pas faire partie du chapitre coopération. 	<p>regrouper ou à un établissement de se créer des filiales, le modèle initial étant celui des communautés de communes.</p> <p>Pour plus de clarté, il faudrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des schémas de cohérence territoriale hospitalière, avec création d'établissement publics de coopération de santé, disposant de compétences obligatoires et de compétences facultatives. - faire coopérer ces nouvelles structures avec la médecine de ville, - impliquer plus fortement les élus locaux et les usagers dans la gouvernance des Etablissements publics de coopération de santé, - prévoir des incitations financières en fonction d'un coefficient d'intégration des compétences.
--	--	--

<p>Agences régionales de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une agence régionale de santé sous le contrôle de l'Etat : tout comme l'hôpital, le pilotage de l'agence est entre les mains du seul directeur, nommé par le Gouvernement. - Les élus locaux écartés du dispositif. - Pas d'articulation horizontale de l'offre de soins intégrant tous les acteurs de la politique sanitaire. - Le secteur médico-social et les représentants des patients ne sont pas suffisamment représentés au sein des ARS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définir des projets médicaux de territoire autour des soins de premier recours, - Clarifier les rapports entre les ARS et l'Assurance maladie, - Garantir la coopération hospitalière entre les CHU et les hôpitaux de proximité, - Associer les ARS à la mise en œuvre des politiques de santé scolaire et de santé au travail, - Intégrer pleinement le secteur médico-social dans le champ des compétences des agences régionales de santé.
<p>Offre de soins sur le territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Régionalisation du numerus clausus pour les étudiants en médecine : cette mesure ne réglera pas à elle seule la question des déserts médicaux. - Définition de la médecine générale de premier recours : une bonne idée mais insuffisante puisqu'elle ne s'impose pas aux 	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la création d'une véritable filière de médecine générale. - Définir l'offre de soins de premier recours en fonction des besoins locaux. - Développer les réseaux de soins et favoriser la

	<p>professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'une bourse pour les étudiants qui s'engagent à s'installer dans les zones déficitaires. - Renvoi à après 2012 de l'examen des mesures les plus contraignantes. 	<p>création des maisons de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stages obligatoires des étudiants en médecine en zones rurales et quartiers sensibles. - Encadrer très fortement des dépassements d'honoraires.
Prévention et santé publique	<ul style="list-style-type: none"> - Définir l'éducation thérapeutique du patient. Mais sans mesures concrètes de financement, il y a un risque de contrôle par l'industrie pharmaceutique. - Interdire la vente d'alcool aux mineurs et dans les stations service. Cette mesure ne peut à elle seule tenir lieu de politique de santé publique ... - Interdire la vente des cigarettes au goût sucré. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une véritable politique de santé et de prévention : lutte contre l'obésité, notamment par l'interdiction de la publicité en faveur de certains aliments dans les émissions TV à destination des jeunes, etc. - Améliorer l'éducation de la santé à l'école. - Créer un véritable service public de la santé mentale. - Encadrer la politique du médicament, notamment les prescriptions hors génériques.