Fonctionnement, organisation et gestion de l'hôpital public

L'évolution de la législation sur l'organisation territoriale , le fonctionnement et la gestion interne des hôpitaux publics n' obéit qu'à une loi : celle du marché qui réclame la privatisation de l'hôpital public et le remplacement de la solidarité nationale par les assurances privées. Et cela depuis plus de 40 ans.

Il serait trop long de détailler toutes les réformes qui depuis les années 70 n'ont eu de cesse et en parfaite cohérence , de transformer l'hôpital public en entreprise au nom de la « maitrise des dépenses de santé « et du fameux « trou de la Sécurité Sociale ».

Cet hôpital public qui s'est spectaculairement modernisé et humanisé depuis sa création en 1941 et cela grâce à la Sécurité Sociale depuis 1945 est devenu désormais très attractif pour le privé commercial et la finance.

La santé est un sujet sensible et l'on ne privatise pas comme une entreprise industrielle l'hôpital public qui bénéficie encore d'un attachement durable de la population.

Mais la situation d'aujourd'hui est devenue très préoccupante puisque d'années en années, à l'aide de concentrations des structures et des pouvoirs, de pénurie organisée de professionnels on arrive à une crise sans précédent de l'hôpital public.

Chaque loi et réforme a permis de gravir un pallier dans le démantèlement de l'hôpital public, certaines connaissant plus de résistances et de mobilisations que d'autres, mais toutes ont été méthodiquement pensées et appliquées.

Où en est-on aujourd'hui ?

L'organisation sur le territoire est imposée sous forme de mutualisations d'activités des hôpitaux d'un même groupement autour d'un établissement pivot dont le directeur a tous les pouvoirs ; ce sont les GHT qui sous couvert d'un projet médical partagé vont regrouper leurs activités.

Traduction : les petites structures devront fermer des services dont les activités sont jugées trop faibles ou redondantes dans un même territoire. Au diable la proximité, le privé est là pour l'assurer !

Et cela, encadré par un projet régional de santé (PRS) qui va imposer les restructurations fidèle à la stratégie nationale de santé d'A.Buzin.

Quant au fonctionnement interne c'est la gestion d'une entreprise privée qui est prônée à tous les niveaux.

Par le directeur qui se voit attribuer tous les pouvoirs décisionnels mais… aux ordres du ministère, le directoire à parité médecins et direction (ex conseil exécutif) , le conseil de surveillance (ex conseil d'administration)et la CME, toutes ces instances n'ayant que des pouvoirs consultatifs . Et les ARS comme superviseur et contrôleur budgétaire et financier de tout ce petit monde. Les autres instances consultatives avec des représentants du personnel sont les CTE (comité technique d'établissement) et les CHSCT .

C’est une véritable caricature de démocratie institutionnelle ! Même si le fonctionnement en services s’est transformé en pôles d’activités cliniques et médico-techniques dans le but d’instaurer la cogestion médicale des établissements publics de santé , celui-ci a surtout permis aux chefs de pôles (nommés par le directeur) de devenir des « managers » devant gérer la pénurie de moyens financiers et humains qui leurs sont alloués par la direction. C’est une modification fondamentale de la pratique médicale avec des médecins qui sont tenus d’atteindre les objectifs du pôle inscrits dans le contrat signé avec la direction. Objectifs devant bien entendu être en adéquation avec la T2A et la maitrise des dépenses de l’établissement. Sans compter sur la concurrence entre les pôles d’activité pour obtenir une enveloppe correspondant à leur besoins. Cette organisation a également permis la mutualisation des personnels et leur polyvalence dans le but de réduire les effectifs.

D’autres modèles de gestion tels que le « lean management » et l’accréditation sont directement inspirés du privé. Ils ont pour but, l’un d’augmenter la productivité du travail, l’autre d’imposer des normes et de standardiser les soins ne les reléguant plus qu’à un geste technique.

Enfin l’introduction des contrats à durée indéterminée dans la fonction publique hospitalière est une première attaque du statut fonctionnaire des agents. Et la prochaine étape sera soyons en sûr, sa disparition pour les nouveaux recrutements.

Il faut arrêter immédiatement cette destruction complète de notre système hospitalier public.

Les professionnels, qu’ils soient médicaux, soignants, médico-techniques, techniques ou administratifs n’en peuvent plus, on les accusent d’être des gaspilleurs , ils ne reconnaissent plus leur métier et se désengagent du service public en le quittant.

Il faut former et embaucher massivement et cela dans toutes les catégories professionnelles, donner un vrai pouvoir de propositions décisionnelles aux agents et à leurs représentants qui sont aujourd’hui muselés et à qui on confisque la liberté de penser leur travail .

Il faut en finir avec tous les regroupements dont les GHT et lancer un moratoire qui réunira tous les acteurs de la santé des établissements et des territoires avec les usagers. Les seuls enjeux à partager étant la mise en commun de compétences et d’expériences professionnelles dans le but d’apporter le meilleur soin au patient , au bon moment.

Il faut donner à l’hôpital public les moyens d’investir pas sous condition d’efficience mais pour répondre réellement aux besoins de santé de proximité du territoire.

Revenir à une organisation à taille humaine en opposition aux pôles médicaux et médico-techniques qui permettent de piocher suivant les besoins tel(le) ou tel(le) professionnel(le) sans tenir compte de la spécificité de leur mission et de gérer la pénurie des moyens alloués.

Et bien sûr en finir avec le mode de financement en enveloppe fermée ou la part du gâteau alloué aux hôpitaux publics se rétrécit d’année en année.

Problèmatiques

- Redonner du sens aux missions de service public hospitalier : proximité, continuité et qualité des soins, égalité d’accès suppose une vision humaniste à toute épreuve. Celle-ci prévalait pour traiter les maladies aigües ; cela est encore plus vrai en ce moment de développement

des maladies chroniques qui percute l'organisation de l'hôpital, avec une multitude d'intervenants, à l'intérieur et dans la ville. Un parcours de rétablissement exige de la coordination, des compétences nouvelles et du TEMPS à tous les niveaux

- Autant nous réitérons notre rejet des « pôles » qui sont des instruments de gestion comptable, autant nous devons nous interroger sur le retour aux « services », demandée par nombre de médecins sans une réflexion plus approfondie sur la prise en charge coordonnée des patient-e-s

- L'hôpital a besoin de travail collectif de travail d'équipe, toutes catégories confondues : comment redonner de la force à ce travail d'équipe tant en organisation qu'en gestion ?

- Les praticiens hospitaliers, usé-e-s par une déresponsabilisation croissante, demandent « un pouvoir de décision de terrain ; pour cela les Commissions Médicales d'Etablissement (CME) doivent retrouver leurs prérogatives exécutives et décisionnelles »

- Pareillement les CTE doivent gagner des prérogatives décisionnelles sur la marche générale de l'établissement

- Les conseils de surveillance, véritable caisse d'enregistrement des décisions de l'ARS, doivent être remplacées par de nouveaux conseils d'administration, avec à leur juste place et pouvoir de décision, à part égale les représentant-e-s des salarié-e-s, des élu-e-s et des usager-e-s.

- Enfin l'hôpital ne peut plus vivre sur lui-même, pour lui-même : comment mettre en place des structures à part entière- donc financées- pour assurer la continuité des soins et d'accompagnement des patient-t-es ?