



AU SOMMAIRE

Hommage à Max-André Doppia.....	2	Harcèlement : le regard du psychiatre, Christophe Dejours	8
Compensation de l'augmentation de la CSG : le gouvernement peut mieux faire !	3	« Certains directeurs veulent nous faire taire »	10
L'histoire de l'OSAT	4	Commissions Régionales Paritaires :	
Soigner l'hôpital, par Agnès Buzyn, Acte I	5	Qui dit « Grandes Régions »... ..	11
Paul Michel Mertès raconte l'histoire de « Dis doc, t'as ton doc »	6	Service public et privé non lucratif : décryptage	12
		Petites Annonces	14

Hommage à Max-André Doppia

RENAUD PÉQUIGNOT, PRÉSIDENT D'AVENIR HOSPITALIER

Le 13 novembre 2017, nous avons brutalement perdu un ami, un collègue et un président d'intersyndicale qui nous était très cher. Lui qui construisait tout sur le long terme a été terrassé par un accident soudain. Lui qui avait consacré une énergie et un temps colossaux pour lutter contre la souffrance au travail, contre le fait terrible que des collègues y meurent tous les ans, a perdu la vie en pleine promotion de sa création, l'Observatoire de la Souffrance au Travail. Quelle ironie grinçante du sort que cette sortie prématurée ! Quelle terrible illustration de la nécessité de cette démarche !

L'OSAT est un aboutissement fondamental de l'engagement de Max-André Doppia : ce n'est pas qu'un observatoire performant pour évaluer l'intensité, la cause, et les

risques des situations de souffrance au travail, c'est également un outil réactif permettant d'aider efficacement des collègues qui ont un besoin vital de ce que le syndicalisme produit de meilleur pour la défense énergique et permanente des collègues Praticiens Hospitaliers.

Praticien Hospitalier : Max-André avait embrassé ce statut peu après sa création en 1984. C'était la fin des contrats d'exception érigés en règle, et la consécration pour ceux qui voulaient dédier leur énergie et leurs compétences au service du public.

Parisien d'origine, Normand d'adoption, et heureux de l'être, Max-André avait retrouvé la capitale du fait de son action syndicale, commencée tôt dans sa carrière, tant la défense de ses collègues et de ce magnifique statut de PH lui tenait à cœur.

Mais son amour de la justice avait même dépassé les frontières de notre pays lors de la guerre en ex-Yougoslavie : avec moins d'ostentation que certains dont l'action n'aurait pu s'envisager sans caméra, Max-André avait obtenu des résultats tangibles grâce à des actions de sensibilisation sur la misère des hôpitaux et des malades de Bosnie. Ces actions volontaristes – incluant l'achat d'un panneau publicitaire ! - avaient permis de récolter du matériel qui était réellement parvenu aux professionnels de santé. On aurait pu voir dans cette action un coup politique, ou de manière plus neutre une autre facette de Max-André, mais ce n'est pas ainsi qu'il la décrivait : il y avait quelque chose d'humaniste au sens large dans cet engagement, et le *primum movens* était fait de la même solidarité entre soignants, entre médecins hospitaliers au service des malades, que celle qui l'avait amené au syndicalisme.

La liste est longue des ses engagements

institutionnels et sociétaires, au service de l'Anesthésie-Réanimation, des Praticiens Hospitaliers en général, ou de l'Hôpital dans son ensemble.

L'aventure que nous avons vécue ensemble, c'est celle d'Avenir Hospitalier : une aventure syndicale mais aussi – et grâce à ça – une transmission philosophique sur ce que nous pouvons faire tant que nous sommes ici-bas. Max-André se consacrait à un grand nombre de sujets, au sein desquels apparaissait souvent quelque chose « d'important » qui méritait un coup de collier, une veille ou un bout de weekend pour faire le travail. C'est d'ailleurs le mot qu'il avait employé au téléphone quand je lui faisais remarquer avec un brin d'inquiétude que sa tournée pour la promotion de l'OSAT lui imposait des déplacements à un rythme rapide, enchaînés avec son activité clinique : « Oui Renaud, mais ça c'est important »... Un penseur célèbre fondateur de notre ère a dit il y a 2000 ans qu'il n'y a rien de plus grand que de donner sa vie pour son prochain, je suis confiant dans le fait que Max-André a été exemplaire sur ce chemin.

Sa remarquable faculté à accepter chacun avec sa part d'humanité faisait qu'il était difficilement imaginable d'être son ennemi, malgré les luttes qui font la vie syndicale. Même les adversaires habituels au sein des réunions ministérielles ont dû ressentir une affliction non-feinte à l'annonce de son décès : on ne pouvait avoir autre chose que du respect face à Max-André qui ne nourrissait aucun ressentiment vis-à-vis de personne. Ce n'était pas de l'oubli, c'était de la tolérance. Son ouverture d'esprit et l'écoute attentive de ses interlocuteurs lui permettaient d'intégrer leurs idées, même hostiles, pour promouvoir les siennes. Le bien-fondé de cette façon de réfléchir m'est apparu assez clairement pour que j'en fasse un parti-pris lors de mes discussions animées.

ISSN : 2417-3258

DIRECTEUR DE PUBLICATION :
CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENAUD PÉQUIGNOT

COORDONATEUR DE LA RÉDACTION :
RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR :
SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION :
FRANÇOIS BRAUN, RAPHAËL BRIOT, MICHEL DRU,
JEAN GARRIC, LAURENT HEYER, PASCALE LE
PORS-LEMOINE, RENAUD PEQUIGNOT,
MICHEL SALOM, NICOLE SMOLSKI

EDITEUR : EKTOPIC
EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB -
K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

CRÉDIT PHOTO : FOTOLIA

IMPRESSION : IMPRIMATUR

Max-André et moi échangeons naturellement de nombreux mails, qu'on commençait souvent par « mon PV/ mon SGP » : Président vénéré/Secrétaire Général préféré : au-delà de la résonance volontairement ronflante, l'asymétrie d'adjectif, traduisait une relation quasi filiale. D'emblée, Max-André avait pris la présidence d'AH dans l'idée très claire d'en transmettre les rennes deux ans plus tard. Il était l'un des rares qui – vu sa taille ! – pouvait m'appeler « mon petit Renaud ». Ce ton paternaliste n'était pas là pour rappeler qui présidait mais plutôt « bientôt ça sera à toi d'y aller ».

Il pensait qu'il vaut mieux « obtenir ce qu'on veut qu'avoir raison ». Son but n'était pas de faire valoir son expertise ou son ouvrage, mais bien que ce qu'il construisait se réalise. Ses capacités et son expertise étaient au

service de ses objectifs et non à celui de sa promotion personnelle.

Comment rendre hommage à Max-André sans parler de bons plats ? Il était gourmet et gourmand, appréciant joyeusement la bonne nourriture, pas forcément la plus diététique... Une réunion de travail était toujours plus productive avec ou avant/après un repas de qualité, qu'il préférait prendre assis en bonne compagnie plutôt que debout dans la foule d'un cocktail. Autant de moments auxquels je repenserai avec émotion !

Max-André Doppia nous laisse une belle œuvre au service des collègues, des patients et de l'Humanité, souffrante ou pas. Chacun trace sa route, mais la sienne éclairera et inspirera la mienne, à cette présidence d'Avenir Hospitalier à laquelle



il m'imaginait bien, élu après son départ à la retraite si méritée. Mais je sais qu'elle aurait été au service de ce qui était important ! ●

Compensation de l'augmentation de la CSG : le gouvernement peut mieux faire !

Avenir Hospitalier, au sein d'Action Praticiens Hôpital a pris connaissance que, conformément à ce que nous demandions depuis l'été, les praticiens hospitaliers ne sont pas oubliés dans le texte de compensation de l'augmentation de la CSG.

En effet, les personnels médicaux hospitaliers, qui ne font pas partie des salariés du privé, ni des fonctionnaires, risquaient fort d'être oubliés. De fait, nous n'étions invités à aucune réunion et risquions de ne pas voir cette baisse de salaire compensée. Nous en avons entretenu le Ministre de la Santé le 15 septembre 2017 et avons régulièrement interpellé le Ministère de la santé, le Ministère des finances et la DGOS à ce sujet.

Nous avons été entendus, puisque le Décret n° 2017-1889 du 30 décembre 2017 pris en application de l'article 113 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 et instituant une indemnité compensatrice de la hausse de la contribution sociale généralisée dans la fonction publique publié au JO du 31 décembre 2017 s'applique aux praticiens hospitaliers. « *En application de l'article 113 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 susvisée, une indemnité compensatrice est attribuée aux agents publics civils et militaires dans les conditions et selon les modalités fixées par le présent décret* ».

Les agents publics, dont les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers font partie, vont bénéficier d'une indemnité mensuelle qui devrait couvrir la différence entre l'augmen-

tation de la CSG et la suppression des cotisations d'assurance maladie et la cotisation « exceptionnelle » de solidarité. Cette différence sera donc effectivement compensée.

En revanche, les rémunérations issues des activités d'intérêt général et de l'activité libérale en sont exclues ce qui n'est pas acceptable, car cela va de fait conduire à une baisse des rémunérations des praticiens concernés. On ne voit pas pourquoi alors que les médecins libéraux devraient eux-mêmes bénéficier d'un mécanisme de compensation.

Nous sommes évidemment loin des engagements du Président de la République qui voulait, par une surcompensation, augmenter le pouvoir d'achat de tous les salariés. Et comme nous ne bénéficions pas de la suppression de la taxe d'habitation, nous ne serons pas dans les bénéficiaires de cette mesure. Nos interventions répétées auprès des pouvoirs publics ont permis cependant d'éviter une baisse de notre rémunération hospitalière.

Avenir Hospitalier, au sein d'Action Praticiens Hôpital invite tous les médecins, pharmaciens et dentistes des hôpitaux à vérifier attentivement leur prochain bulletin de salaire et à nous signaler les éventuelles difficultés rencontrées.

Nous allons d'ores et déjà demander que l'ensemble des revenus des praticiens puisse bénéficier de cette compensation car il n'y a aucune raison que certains en soient exclus.

L'histoire de l'OSAT

RICHARD TORRIELLI

En 1998, Max-André Doppia est élu au Conseil d'Administration du SNPHAR-e. Très vite, il va mettre en débat la question de la souffrance des médecins à l'hôpital et la nécessité de l'explorer, de la comprendre, d'en dénoncer les causes, et de la prévenir. Cette souffrance devient la priorité de son action syndicale. Ce n'était pas facile au sein d'une organisation dévorée par les problématiques récurrentes sur le temps de travail et les différentes réglementations. Il impulse au début des années 2000, la création d'un Observatoire de la Souffrance Au Travail (OSAT) sur le site du SNPHAR-e, préfiguration de celui présent aujourd'hui sur le site d'APH.

L'engagement d'un homme

Si la durée excessive du travail s'avère un indéniable facteur de souffrance, elle n'est pas la seule. Déjà la confrontation des médecins et des soignants à la douleur, à la maladie et à la mort, peut générer en soi une souffrance, un épuisement professionnel : ce n'est pas un hasard si le « *burn out* » a été primitivement décrit dans les milieux du « *care* ». Mais depuis quelques décennies, la mise en pratique d'un management d'inspiration néolibérale, théorisée par le *New Public Management* (NPM), avec son cortège de recherche de productivité, de performance, avec réduction d'effectifs à la clé, a précipité de plus en plus de collègues et de soignants dans la souffrance au travail, avec parfois des issues fatales par suicide sur les lieux mêmes de l'hôpital. C'est la survie de plusieurs d'entre eux en peu de temps qui amène le Collège Français d'Anesthésie-Réanimation (CFAR) à créer, en 2009, une commission SMART (Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail). Max Doppia en sera tout naturellement nommé président. Il est alors un des précurseurs à faire prendre conscience à la collectivité de la problématique de la souffrance au travail et de l'importance de

la santé des soignants pour la prise en charge de celle de nos concitoyens. Par son activité incessante et généreuse, il sera la cheville ouvrière de la création et de la diffusion d'outils qui permettent à chacun de tester sa souffrance ou ses addictions, de consulter les sources documentaires, de dépister la souffrance d'un collègue ou d'un proche, de trouver un lieu de parole et d'orientation.

« Dis doc t'as ton DOC ? »

Max relayera son message sans relâche, grâce à ses mandats syndicaux et collégiaux, auprès des pouvoirs publics, Ministères, défenseur des droits, universités, organisations professionnelles et syndicales de toutes spécialités (urologues, radiologues, chirurgiens, médecins du travail, généralistes, internes, chefs de clinique), et au-delà, comme les magistrats.

Dernièrement, nous apprenions par le Quotidien du Médecin du 22 novembre dernier, qui titrait l'un de ses papiers « Bientôt un numéro d'appel unique pour aider les médecins qui souffrent », que le Conseil National de l'Ordre des Médecins et le Centre National de Gestion affichent leur action conjuguée pour venir en aide aux médecins en souffrance. C'est l'occasion de rappeler l'action volontariste, généreuse et continue, de Max Doppia, qui vient de disparaître brutalement. Grâce au travail de la commission SMART, des outils ont été créés et mis à disposition de l'ensemble du corps médical toutes spécialités et mode d'exercice confondus : un numéro vert, des tests d'auto-évaluation individuelle et en équipe, des fiches pratiques de conduite à tenir devant des problématiques de souffrance au travail. Pour parachever son œuvre en faveur de la prévention et d'une meilleure prise en charge de ceux qui ont la responsabilité de la santé d'autrui, il aura l'audace de briser un tabou en proposant une campagne d'incitation des médecins à se choisir un médecin traitant. Il lance la campagne, « Dis doc, t'as ton doc ? », visant à provoquer un changement culturel des pratiques d'autodia-

gnostic et d'automédication de la majorité de nos confrères. Les outils de cette campagne, soutenue par de nombreux partenaires, dont la Ministère de la Santé et le Conseil de l'Ordre, des milieux syndicaux, des médias, et des Mutuelles, sont diffusés dans toutes les langues européennes et d'ores et déjà diffusés à l'étranger, en Europe et jusqu'au Canada.

Que Max Doppia soit ici chaleureusement remercié ! ●



Une conférence de presse organisée par APH a eu lieu à Paris le 7 décembre 2017 pour annoncer le lancement de l'OSAT.

ILS EN ONT PARLÉ :

L'express entreprise : « La souffrance des médecins à l'hôpital sous surveillance »

 https://lentreprise.lexpress.fr/rh-management/management/la-souffrance-des-medecins-a-hopital-sous-surveillance_1967131.html


Le Monde : « Souffrance au travail : lancement d'un observatoire pour aider les praticiens hospitaliers »

 http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/07/souffrance-au-travail-lancement-d-un-observatoire-pour-aider-les-praticiens-hospitaliers_5226311_1651302.html


HOSPIMEDIA : « L'observatoire de la souffrance au travail apporte un soutien syndical à tous les PH en difficulté »

 <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20171207-ressources-humaines-l-observatoire-de-la-souffrance-au>

Le quotidien du médecin : « Un observatoire intersyndical en soutien des praticiens hospitaliers en souffrance »

 https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/12/07/un-observatoire-intersyndical-en-soutien-des-praticiens-hospitaliers-en-souffrance_853171

Paris-Normandie : Souffrance au travail : lancement d'un observatoire pour les praticiens hospitalier

 www.paris-normandie.fr/breves/l-essentiel/souffrance-au-travail-lancement-d-un-observatoire-pour-les-praticiens-hospitaliers-GF11636761

Soigner l'hôpital, par Agnès Buzyn, Acte I

SAVERIA SARGENTINI, JOURNALISTE

En décembre 2017, durant un entretien accordé au journal Libération, Agnès Buzyn affirmait : « L'hôpital arrive au bout d'un système ». Elle ajoutait : « je compte bien réunir les acteurs concernés dès 2018 ». Nous y sommes !

À quel système faisait-elle référence ? À quels sujets compte-t-elle s'attaquer ? La rédaction revient sur les déclarations phares de la Ministre des Solidarités et de la Santé à travers l'œil du président d'Avenir Hospitalier. Economies à l'hôpital, lits en trop, ambulatoire : Renaud Péquignot commente la (future) méthode et le constat !

Avenir Hospitalier : Qu'avez-vous à répondre à Agnès Buzyn lorsqu'elle affirme qu'il faut supprimer des lits à l'hôpital ?

Renaud Péquignot : Certes, dans certains services, il arrive que des lits ne soient pas utilisés. Lorsqu'on recherche les causes, il faut se rappeler que dans notre pays, près de 30 % des postes de praticiens hospitaliers ne sont pas pourvus (chiffres du Conseil National de Gestion). De fait, certains lits sont fermés par manque de personnel médical mais certainement pas parce qu'ils sont inutiles !

Je demanderai à la Ministre, de me donner les preuves, chiffres à l'appui, des lits qui ne servent à rien. En prenant comme exemple mon hôpital, dans mon service, pour une place qui se libère, j'ai douze demandes.

Beaucoup de services sont saturés, notamment les urgences. En interrogeant les SAMU, on se rend compte des difficultés qu'ils ont à placer certains patients, notamment les patients âgés. De nombreux lits et de nombreux emplois passent déjà à la trappe chaque année, l'hôpital public est de plus en plus essoré.

La situation s'aggrave au lieu de s'améliorer. Alors la question est de savoir où

sont ces fameux lits qui ne servent à rien ?

Avenir Hospitalier : La Ministre avait d'abord évoqué 30 % d'actes inutiles puis elle s'est ravisée et le chiffre a baissé de 25 %, qu'est-ce que cela signifie selon vous ?

Renaud Péquignot : Juste avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018, fin octobre, la Ministre disait en septembre : « On sait bien que 30 % des dépenses sont inutiles ». Je ne sais

Demander l'avis des syndicats est la meilleure façon de concilier les objectifs de qualité et de maîtrise des coûts !

pas qui est ce « on ». J'ai remarqué qu'en politique, quand on sort des chiffres de nulle part, on dit souvent « on sait bien que »... Un mois plus tard, elle passe à 25 % de dépenses inutiles... Cette manière de se rétracter prouve que ces chiffres étaient sujets à caution dès le départ. Il y a des choses qu'il faut revoir à la marge c'est vrai. Il faudrait revoir les termes utilisés et les chiffres annoncés afin de trouver des solutions adaptées aux réalités de l'hôpital public qui n'en finit plus de tirer la sonnette d'alarme.

La seule enquête sur le sujet est déclarative (TNS pour la FHF en 2012) et montre que les praticiens hospitaliers sont 15 % à penser que plus de 20 % de leurs actes sont inutiles, et la moitié que 5 à 20 % de leurs actes le sont : au total ça fait moins de 10 % des actes qui sont inutiles au doigt mouillé : mais l'enquête se garde bien d'évoquer les causes. Protocoles rigides ? Pression des



patients ? Cette dernière piste est à envisager sérieusement puisque les chiffres en médecine libérale sont plus élevés.

Avenir Hospitalier : Favoriser la « chirurgie ambulatoire » comme le préconise la Ministre vous semble-t-il être une des solutions pour désengorger les hôpitaux et faire des économies ?

Renaud Péquignot : Le virage ambulatoire semble être la « cause nationale » depuis quelques années. D'une part, il faut savoir que toutes les spécialités et tous les patients ne sont pas compatibles avec l'ambulatoire. Si on habitait tous dans des grandes métropoles, ce serait réalisable. Il existe des difficultés pour certains patients pour se rendre tôt le matin à l'hôpital et pour rentrer à domicile le soir, dans des territoires plus éloignés et moins desservis par les transports publics.

D'autre part, le virage ambulatoire, ça n'est pas que des économies ! Outre le plus grand nombre de complications non détectées à temps, la Sécurité sociale nous rappelle régulièrement sa préoccupation de voir le nombre de prescriptions de transport s'envoler.

Les technocrates qui entourent le président raisonnent avant tout en termes d'argent disponible pour les plus aisés : les meilleurs soins ne sont pas leur première préoccupation. Mais les syndicats de médecins ont une expertise dans le domaine de l'optimisation des soins, et demander notre avis est la meilleure façon de concilier les objectifs de qualité et de maîtrise des coûts. Sans doute la seule qui soit réelle ! ●

Paul Michel Mertès raconte l'histoire de « Dis doc, t'as ton doc »

SAVERIA SARGENTINI, JOURNALISTE

Paul-Michel Mertès a été le compagnon de route de Max Doppia durant la création et la diffusion de la campagne « Dis doc t'as ton doc ? ». Il revient, avec la rédaction d'Avenir Hospitalier, sur les débuts de cette aventure nécessaire, qui à ce jour est une véritable réussite puisque la campagne a été reprise par la World Federation of Societies of anesthesiology, soit 135 pays membres et sa diffusion se fait au-delà des seuls anesthésistes.

Avenir Hospitalier : N'est-ce pas rompre un tabou que de proposer aux médecins de faire prendre en charge le suivi de leur propre santé de façon « banale et ordinaire », comme n'importe quel citoyen ?

Paul-Michel Mertès : Effectivement, je crois que c'est rompre un tabou puisque le suivi des médecins est actuellement peu développé et assez irrégulier. L'auto-diagnostic et l'automédication sont très souvent la source de retards de diagnostic ou de prise en charge. Il s'agit plus de faire prendre conscience aux médecins qu'ils méritent pleinement de bénéficier du système qu'ils souhaitent pour leurs propres patients. Tous les médecins sont très attachés à ce que leurs patients aient un dépistage et un suivi régulier de leurs facteurs de risques et en fait ils échappent grandement à ce système. Donc nous devons changer cela. Quand vous dites « banale » ou « ordinaire », je crois que c'est plus compliqué que ça. Prendre en charge des soignants, nécessite un entraînement un peu particulier. C'est probablement plus difficile d'assurer la prise en charge de médecins. Il y a beaucoup d'initiatives de mise en place de centres de soins pour lesquels il y a une expérience de prise en charge de personnels médicaux, je crois que ça va se développer et cela doit être encouragé.

si évident que ça. Quand vous vous adressez à un personnel de santé, la prise en charge nécessite une approche particulière car il entend ce que vous dites d'une manière différente : conscience du pronostic, conscience des effets secondaires. Nous sommes face à des « sachants » donc ce n'est pas complètement banal.

Avenir Hospitalier : Quel chemin le CFAR, un Collège de médecins spécialistes, a-t-il suivi pour promouvoir une telle campagne, « Dis doc, t'as ton doc », qui s'adresse à tous les médecins, toutes pratiques, toutes spécialités, tous horizons ? Et se trouver légitime pour le faire ?

Paul-Michel Mertès : C'est un chemin qui a été assez long. Il y a d'abord une prise de conscience de la réalité à travers la prise en charge des risques psychosociaux. Le groupe SMART au CFAR est né suite à une vague de suicides en anesthésie. On a alors commencé à s'intéresser aux problèmes psychosociaux, et là, nous nous sommes retrouvés face à d'autres groupes très actifs dans un certain nombre de congrès, de réunions. Nous avons essayé de développer notre connaissance du problème en rencontrant des groupes internationaux qui ont les

Quand on s'adresse à un personnel de santé, la prise en charge nécessite une approche particulière car il entend ce que vous dites d'une manière différente du patient lambda.

mêmes préoccupations (Allemagne, Angleterre, Canada...). Une première action a « débordé » de l'anesthésie-réanimation lorsque les numéros verts qui s'adressent à tous les professionnels, y compris paramédicaux ont été mis en place. Au fil des discussions, il était évident qu'il fallait promouvoir la prise en charge médicale des anesthésistes-réanimateurs mais se limiter à ce champ là n'avait pas de sens. C'est un problème collectif, nous avons ainsi choisi de pas limiter notre campagne et donc de l'élargir.

Avenir Hospitalier : Non seulement cette campagne a reçu l'appui de très nombreux partenaires dans l'Hexagone, du Ministère de la Santé, des syndicats, des mutuelles, des médias, mais elle est aussi soutenue internationalement, dans toute l'Europe, et au-delà, jusqu'en Amérique du Nord. La prise en charge de leur propre santé par un autre médecin que soi-même ne serait donc pas un problème franco-français ?

Paul-Michel Mertès : Au congrès de l'EAPH, l'Association pour la Santé des Médecins Européenne, nous avons rencontré pas mal de monde, nous avons compris que l'anesthésie-réanimation n'était pas la seule spécialité à avoir des difficultés. Nous avons bien vu qu'il y avait des initiatives dans d'autres pays avec des degrés variables de développement. Nous avons constaté qu'en France peu de choses étaient structurées. Nous devons prendre part au développement de la prise de conscience et donc non, ce n'est pas un problème franco-français. Comme je le disais plus haut c'est un problème collectif que l'on retrouve au-delà des frontières françaises ou européennes. Sur le site de SMART on peut voir que beaucoup de pays ont des organisations très développées au Canada, en Angleterre dans les pays Scandinaves. Leur structuration de la problématique est plus avancée. Nous

On ne peut pas empêcher l'automédication ou l'autodiagnostic mais il faut en connaître les limites !

sommes donc rentrés en contact avec eux et ils nous ont confirmé que la campagne « Dis doc t'as ton doc ? » était très bien faite, en deux mots : simple et généraliste. Pour eux, elle permettait de sortir des « petits circuits » entre professionnels pour se rapprocher d'un modèle général,

ils avaient déjà, pour leurs préoccupations, des prises en charge particulières pour les médecins mais ils ont souscrit à cette campagne saluée pour sa simplicité. Elle doit être relayée afin que les choses puissent enfin se structurer petit à petit.

Avenir Hospitalier : À quel terme voyez-vous intervenir ce changement culturel d'un médecin traitant pour chaque médecin, afin que les pratiques très répandues d'autodiagnostic et d'automédication soient en voie de disparition ?

Paul-Michel Mertès : On ne peut pas empêcher l'automédication ou l'autodiagnostic. En revanche, il faut en connaître les limites, on n'affronte pas seul un sevrage tabagique par exemple !

Lorsque l'on s'écarte des circuits habituels de prise en charge, on ne tire pas le bénéfice de ces circuits. Nous conseillons à nos patients de se faire suivre pour le cholestérol, pour la tension ou de se faire aider pour le sevrage tabagique, alors il semble logique que nous fassions la même chose. Il est vrai cependant que, quand vous prenez conscience d'une pathologie vous allez trouver un spécialiste plus facilement qu'autrui mais souvent avec un peu de retard. Nous ne pouvons pas être le meilleur juge quant à notre santé en termes de médecine préventive, donc un changement culturel est à opérer évidemment ! ●

Et ailleurs ?



Le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) : le pionnier.

Cet organisme autonome, à but non lucratif a été créé en 1991. Il avait initialement vocation à aider les praticiens victimes de comportements addictifs. Très rapidement, les responsables du PAMQ ont observé une stabilisation des demandes pour ce motif et une explosion des consultations pour atteinte à la santé mentale.

Le programme s'adresse :

- à tous les médecins, généralistes ou spécialistes, internes et étudiants (es);
- à tous les collègues, organismes et établissements qui veulent venir en aide à un médecin éprouvant des difficultés personnelles.

Sa principale mission est de venir en aide au demandeur, dans le plus grand respect de la confidentialité et gratuitement. Une équipe de huit médecins conseils assure une permanence téléphonique et répond aux appels de détresse de leurs confrères en respectant leur anonymat. Selon la nature du problème, les appelants sont dirigés vers des médecins, psychiatres, thérapeutes mais également des comptables ou des juristes. Les familles des médecins peuvent aussi appeler sur sa ligne dédiée.



Le Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade (PAIMM) : la référence

Créé en 1998 par le Collège des Médecins et le Ministère de la Santé du Gouvernement de Catalogne, le Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade est aujourd'hui devenu une référence en Europe. Il est géré par la Fondation Galatea du Collège des Médecins de Catalogne. Les prises en charge sont essentiellement orientées vers les troubles psychologiques sévères et les conduites addictives. Le Code de Déontologie catalan prévoit que tout médecin qui constate une dé-

faillance liée à l'état de santé d'un confrère susceptible de porter un risque pour la sécurité des patients doit se rapprocher du médecin malade pour lui recommander de consulter ou de contacter le programme. La prise en charge est anonyme et totalement gratuite. A Barcelone, avec le soutien de plusieurs partenaires, le PAIMM dispose, grâce à la Fondation Galatea, d'une unité de soins réservée aux personnels de santé. Des prises en charge y sont proposées, soit en ambulatoire, soit en hôpital de jour ou en hospitalisation classique. Un tuteur peut être désigné, soit un collègue, soit un supérieur hiérarchique, toujours avec l'accord du médecin traité. Le PAIMM est respectivement financé à 80 % par le gouvernement de Catalogne et à 20 % par les quatre ordres professionnels catalans.



Re-Med : réseau de soutien pour médecins le connecté

Après une phase pilote, le projet Re-Med a vu le jour en 2007. Il répond aux attentes des médecins de tout le pays qui peuvent à présent consulter le site internet www.swiss-remed.ch et s'adresser à un service d'assistance téléphonique en français, allemand et italien. Re-Med propose un accompagnement pour surmonter la crise (manque de motivation, stress, surmenage, syndrome d'épuisement (burn out), dépression, dépendance, traumatismes secondaires, idées suicidaires) et analyser les événements qui se sont produits lors d'un accident médical. Lors de la demande de contact, un membre de la direction médicale du projet réagit dans les 72 heures et examine la situation et les démarches possibles avec le médecin concerné. Ensuite, Re-Med réfère le médecin concerné à un spécialiste choisi parmi l'offre de la région en question. En cas d'urgence ou de crise aiguë, le médecin concerné contacte le service local des urgences.

Harcèlement sur le lieu de travail : le regard du psychiatre, Christophe Dejours

SAVERIA SARGENTINI, JOURNALISTE

Le harcèlement sexuel, le sujet qui enflamme médias et réseaux sociaux depuis l'affaire Weinstein ne serait-il pas en train de « balayer » ce que de nombreux PH, médecins et soignants connaissent au quotidien sur leur lieu de travail depuis déjà trop longtemps ?

Psychiatre, titulaire de la chaire de psychanalyse-santé-travail au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) où il dirige l'équipe de recherche « Psychodynamique du travail et de l'action », Christophe Dejours a accepté de répondre aux questions de la rédaction.

Avenir Hospitalier : Les actualités dramatiques de ces dernières années ont bouleversé l'opinion publique, comme si tout le monde découvrait les phénomènes de harcèlement au travail, alors est-ce bien nouveau comme on l'imagine ?

Christophe Dejours : Le harcèlement n'a strictement rien de nouveau. On harcelait déjà les esclaves en Egypte et en Grèce, on harcelait les ouvriers dans les usines fordiennes... Donc oui, l'importation des méthodes de harcèlement est ancienne. Ce qui est nouveau en revanche, c'est l'apparition des troubles psychiques et des décompensations en rapport avec le harcèlement. Il y a beaucoup plus de gens qui tombent malades aujourd'hui et ça n'est probablement pas lié aux méthodes de harcèlement qui sont rodées depuis longtemps. Autrefois lorsque le harcèlement se pratiquait, du côté des employés, des ouvriers, les formes d'entraide et de solidarité étaient très présentes. Quand on était harcelé, on n'était pas seul. Aujourd'hui les gens sont seuls, les collègues autour d'eux ne bougent pas. De plus, les syndicats ont perdu beaucoup d'importance, nous assis-

tons à un effondrement des traditions d'entraide, il y a une individualisation impressionnante due au tournant gestionnaire. Deuxièmement, le harcèlement peut se déclencher sur des cadres. Ceux qui étaient protégés par les patrons jadis, ne le sont plus aujourd'hui. Le fait que, même les cadres supérieurs puissent devenir des « harcelés », alors qu'ils sont dans la servitude la plus ardente, au service du patron est un changement majeur. Dans les hôpitaux, des PH sont harcelés, ce qui était impensable il y a quelques années. On assiste à une réelle extension de la sphère du harcèlement.

Avenir Hospitalier : Qu'est-ce qui différencie l'Hôpital des autres cadres de travail ?

Christophe Dejours : Le harcèlement se développe dans tous les domaines de la fonction publique. Dans le service public hospitalier comme ailleurs, il n'y a pas de pouvoir disciplinaire du supérieur hiérarchique sur ses subordonnés. Lorsqu'il y a de vrais sujets de discorde il est difficile de trouver une solution, donc le conflit demeure, s'aggrave et les phénomènes de harcèlement se déclenchent car si l'on ne peut pas virer les gens, on se résout à les casser pour qu'ils partent d'eux mêmes, pour qu'ils tombent malades. Je ne dis pas que ces explications sont bonnes ou mauvaises. Du point de vue éthique « tout cela » est très mauvais.

La fonction hospitalière a connu un tournant important il y a quelques années. Naguère, les hôpitaux étaient dirigés par des médecins, ils assumaient des fonctions de direction mais ils connaissaient le métier, ils étaient responsables et dirigeants. À l'heure actuelle, les hôpitaux sont dirigés par des personnes qui ont été formées à la gestion et qui n'ont aucune formation aux métiers du soin,

aucune notion sur l'essence du travail et qui ne veulent rien en savoir. C'est ce qu'on appelle le tournant gestionnaire. Toutes ces évaluations quantitatives aux indicateurs arbitraires sur lesquelles les

Les syndicats ont perdu beaucoup d'importance, nous assistons à un effondrement des traditions d'entraide, à une individualisation impressionnante due au tournant gestionnaire

directeurs veulent se baser sont fausses car les résultats ne correspondent pas au travail des médecins, des anesthésistes, des infirmiers. Les médecins perdent le pouvoir dans les hôpitaux et la gouvernance par les nombres a pris toute la place. Cette manière de diriger disqualifie l'expérience de TOUS les gens qui travaillent à l'hôpital, qui finissent par devenir des domestiques.

Avenir Hospitalier : Quelles sont les conséquences de cette situation que vous venez de décrire ? Pour les soignants, les patients et l'hôpital public plus généralement ?

Christophe Dejours : Les médecins travaillent de plus en plus et les gestionnaires, pour asseoir leur pouvoir, ont besoin de chiffres. Ils vont donc obliger les soignants à fabriquer ces chiffres en faisant pression sur eux. Le résultat c'est que tous les médecins, tous les infirmiers, sont obligés de passer leur temps à enco-

der des chiffres et ce temps de gestion, de paperasse est perdu au détriment du soin et des patients. La dégradation du soin a des conséquences psychiques considérables.

Petit à petit on en vient à maltraiter les malades, on ne les écoute plus, on refuse de recevoir la famille, sans parler de tas d'autres choses qui se produisent. Lorsque vous acceptez d'apporter votre concours à des actes que moralement vous réprouvez, la souffrance éthique apparaît. Lorsqu'ils trahissent leurs valeurs, leur déontologie, certains ne veulent pas se laisser aller et commencent à protester et disent tout haut ce que les autres ne veulent pas entendre puisqu'ils ont consenti, donc ils deviennent la mauvaise conscience et risquent, de ce fait, de déclencher la haine et des processus de harcèlement.

Avenir Hospitalier : Vous parlez de «collaboration» pour expliquer l'enlèvement du harcèlement. Pouvez-vous nous expliquer ce concept ? Des collègues sont complices des directions ?

Christophe Dejours : Certains basculent du côté de la gestion et deviennent donc des « collabos ». Ce n'est pas la même chose que pendant la guerre évidemment, mais ces gens savent que cette collaboration est une trahison de l'éthique professionnelle, du respect de l'autre et du malade. Ils pensent pouvoir tirer un bénéfice personnel et acceptent de participer au harcèlement ou de fermer les yeux quand ils en sont témoins. Les gestionnaires ne sont pas les seuls harceleurs, des PH harcèlent d'autres PH, des médecins harcèlent d'autres médecins. C'est comme ça qu'on monte dans la hiérarchie, quand on est prêt à accepter de se soumettre à ces armées de directeurs méprisants et hautains à l'égard de tout ce qui est soignant. Vous passez du côté de ce

pouvoir, à l'abri de toute malveillance à votre égard soit du côté des bénéficiaires du système et vous vous retournez contre vos collègues et anciens amis, là ça tourne mal. C'est comme ça que Jean-Louis Mégnyen s'est suicidé. Ce qui fait qu'il y a beaucoup plus de pathologies du harcèlement c'est la solitude mais aussi et surtout, la trahison. La plupart des gens qui choisissent le métier de soignant sont des gens engagés dans leur travail, ils y voient quelque chose d'essentiel dans leur vie et si vous cassez cette partie de leur existence alors qu'ils ont déjà tant sacrifié pour le service public alors, le coût psychique est trop élevé.

Il faut rompre avec le *New Public Management* pour prioriser la question de la constitution, de la maintenance et du développement de la coopération.

Avenir Hospitalier : Comment faire pour enrayer la machine ? Quelles solutions préconisez-vous ?

Christophe Dejours : Des solutions existent. Il faut rompre avec le *New Public Management* pour repenser un management, qui place en priorité la question de la constitution, de la maintenance et du développement de la coopération. C'est l'inverse de ce qui est fait maintenant, toutes les méthodes introduites par les gestionnaires sont des méthodes qui individualisent. Il faut rompre avec l'évaluation



individualisée et au contraire, privilégier un management dont la responsabilité principale soit d'entretenir les conditions de la coopération horizontale entre les membres de l'équipe, la coopération verticale avec les chefs et puis enfin, la coopération transverse, avec les bénéficiaires du soin. La qualité du soin ne dépend pas que du médecin, de la sage-femme ou de l'infirmier. Le malade pour comprendre ce qu'on lui propose, le traitement qu'il va recevoir, il faut qu'il se mette au travail. Cette coopération doit se faire entre le prestataire de service qu'est le soignant et le bénéficiaire, le malade, qui participe d'une façon majeure à la qualité du soin. Il y a d'autres manières de penser, par le management responsable et en finir avec la gouvernance par les nombres. Bien sûr que la coopération vise l'efficacité des actes de soin sur le patient, mais on peut montrer que la coopération est en même temps une façon de réguler le vivre ensemble. Toutes les règles du savoir vivre font partie de la coopération. Il faut qu'un changement soit fait par rapport à toutes les politiques publiques mais il semblerait plutôt que cela va encore s'aggraver avec les Lois Macron. Je terminerai en disant que dès que les gens coopèrent ça va beaucoup mieux. Votre santé mentale ne dépend pas que de vous individuellement, elle dépend beaucoup des autres ! ●

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE D'AVENIR HOSPITALIER

<http://www.avenir-hospitalier.fr>

« Certains directeurs veulent nous faire taire »

INTERVIEW RÉALISÉE PAR SAVERIA SARGENTINI

Philippe Halimi est le président de l'Association Nationale Jean-Louis Mégnyen. Cette structure a été créée suite au suicide de celui-ci, dans le but de lutter contre le harcèlement et la maltraitance à l'hôpital. Qu'en est-il deux ans après le suicide de ce médecin sur son lieu de travail ? Comment fonctionne cette structure ? Avenir Hospitalier a tenu à s'entretenir avec Philippe Halimi afin de dresser un « bilan » de l'association.

Avenir Hospitalier : Deux ans après le suicide de Jean-Louis Mégnyen et la création de l'association qui porte son nom, quel bilan dressez-vous ?

Pr Philippe Halimi : Malheureusement, la situation est assez sombre, puisque depuis que l'association a été créée, de nombreux personnels hospitaliers font appel à nous pour sortir de la situation dans laquelle ils sont, donc ça ne se limite plus aux seuls médecins. Comment l'expliquer ? Il y a des langues qui se délient et on n'hésite plus à signaler qu'on est en difficulté pour des raisons de maltraitance ou de harcèlement. Le management brutal et violent continue à sévir dans la fonction publique hospitalière. Nous sommes inquiets car nous avons publié et mettons régulièrement à jour sur notre site, la carte des signalements de maltraitance et de harcèlement moral. Cette carte démontre l'étendue du phénomène puisque ça concerne toutes les régions. Nous sommes à plus de 400 signalements et ça augmente constamment. Nous savons aussi que c'est l'arbre qui cache la forêt, car pour une personne qui nous signale qu'elle est soumise à des actes de maltraitance, elle nous dit aussi que d'autres personnes sont touchées mais n'osent pas se manifester par peur de représailles, donc ça se compte plus par milliers que par centaines.

Avenir Hospitalier : Parlez nous de cette cartographie qui recense les cas de har-

cèlement, comment est-elle reçue « en haut » ?

Pr Philippe Halimi : Pas très bien, évidemment. Nous avons été attaqué à plusieurs reprises par l'association des directeurs d'hôpitaux, par la FHF. Nous, nous précisons bien que ce sont des signalements et pas des preuves absolues. Lorsqu'on nous signale un cas, nous faisons notre travail, on ne coche pas la case ! On demande des informations précises, des témoignages, des écrits. Nous prenons souvent la peine de rencontrer ces gens. J'y consacre beaucoup de temps avec d'autres membres du bureau et nous avons un suivi régulier de tous ces dossiers. D'ailleurs, de nombreux cas ont fait l'objet de procédures judiciaires soit au tribunal administratif ou au pénal. Je vais prendre un exemple pour illustrer le fait que ces cartes embêtent les institutionnels : nous avons été attaqués en diffamation par un hôpital psychiatrique à Ronfac près de Colmar, et l'établissement a été débouté ce qui montre bien qu'il y a de la part de certains directeurs, la volonté de nous faire taire.

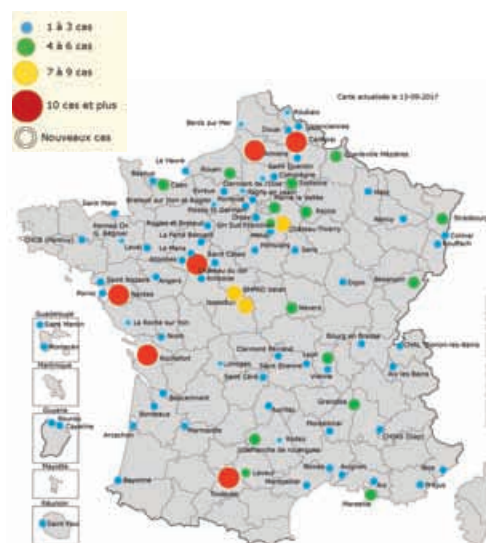
Avenir Hospitalier : Comment procédez-vous lorsqu'un médecin ou un personnel soignant vous contacte ?

Pr Philippe Halimi : Nous demandons à la personne de nous envoyer un document, un guide disponible sur la homepage du site de l'association, où il faut cocher un certain nombre d'items qui permettent d'avoir des données personnelles et administratives sur leur ancienneté, les conditions qui les ont amenés à considérer qu'ils étaient victimes de maltraitance ou de harcèlement. Nous demandons des précisions sur les manifestations de ce harcèlement et quelles sont les actions qu'ils ont entreprises ou pas : signalement auprès de la direction, de la médecine du travail, du CHSCT, ont-ils demandé la protection fonctionnelle ? Tout cela nous permet d'avoir une vision relativement précise de la situation. Par la suite, il va y avoir un échange direct lors d'une

rencontre sinon *via* internet et puis la plupart du temps, ces personnes demandent de l'aide, évidemment, donc nous envisageons les meilleurs conseils à leur apporter.

Avenir Hospitalier : Qu'en est-il de la médiation à laquelle les médecins peuvent avoir recours ? Êtes-vous en relation avec Edouard Couty pour lutter contre la maltraitance et le harcèlement ?

Pr Philippe Halimi : La médiation a été mise en place à la demande de la Ministre précédente. Edouard Couty a été nommé médiateur national et à ce jour, il travaille dans des conditions très difficiles car il n'a pas les moyens de travailler correctement en termes de financement et de ressources humaines. La seule difficulté c'est qu'il n'y a pas que les médecins qui sont maltraités. ●



Commissions Régionales Paritaires : Qui dit « Grandes Régions »...

RAPHAËL BRIOT

Avenir Hospitalier met en lumière les Commissions Régionales Paritaires qui deviennent de plus en plus compliquées à gérer, alors que certaines avaient déjà la tête sous l'eau. En cause ? Le redécoupage des régions...

Compétences « extra » larges

Le redécoupage des régions n'est pas sans poser problème au fonctionnement des Commissions Régionales Paritaires.

Les compétences attribuées aux CRP sont extrêmement vastes.

La CRP devrait être consultée pour :

- L'organisation de la permanence des soins
- Le suivi des emplois médicaux et leur adaptation aux besoins de santé. La CRP devrait être destinataire d'un bilan annuel des postes vacants ainsi que des opérations de restructuration et de leurs incidences sur les emplois de praticiens et la situation des praticiens concernés.
- Les actions d'amélioration de l'attractivité des carrières hospitalières.
- La gestion du temps de travail des personnels médicaux, le bilan régional du temps de travail additionnel ; les demandes de dépassement du plafond de progression annuelle du compte épargne-temps.
- La santé au travail et la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux, des personnels médicaux.

La commission peut avoir une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.

Incohérences et contradictions

Les textes « fondateurs » des CRP datent de 2013 (Décret no 2013-843 du 20 septembre 2013), soit avant le redécoupage des régions. Ils précisent que chaque CRP est composée de 24 membres répartis de manière « paritaire » : 12 représentants des syndicats médicaux représentatifs

(assistants et internes) et 12 représentants des directeurs d'hôpitaux, des présidents de CME et de l'ARS. La fusion des régions n'a pour l'instant pas entraîné de modifications des textes régissant la composition des CRP (même nombre de représentants, c'est-à-dire 12 côté syndicats et 12 côté direction).

Certaines Commissions Régionales Paritaires qui peinaient à s'organiser et à « vivre » devraient donc théoriquement « sacrifier » la moitié de leurs membres ! Devant l'absence de textes plus précis, la CRP d'Auvergne Rhône-Alpes a fait arbitrairement le choix de garder tous les membres des deux CRP des régions initiales (24 membres de l'Auvergne + 24 membres de Rhône-Alpes) et de siéger avec 48 mem-

Comment donner envie à des praticiens, déjà débordés dans leurs hôpitaux, de faire trois heures de voiture pour aller assister à deux heures de réunion à l'ARS ?

bres... Jusqu'à instructions plus précises ! Du point de vue des CRP, la logique fonctionnelle de ces super-régions sanitaires est difficile à comprendre. Comment avoir une vision cohérente, en terme de territoire de santé, entre la Creuse et les Pyrénées Atlantiques (région « Nouvelle Aquitaine ») ou bien entre la Savoie et le Cantal (région « Auvergne Rhône-Alpes ») ? Comment motiver les praticiens à s'impliquer pour que ces CRP deviennent un maillon essentiel de la gestion décentralisée des ressources humaines ? Comment donner envie à des



praticiens, déjà débordés dans leurs hôpitaux, de faire trois heures de voiture pour aller assister à deux heures de réunion à l'ARS ?

Il faut nécessairement attribuer des moyens conséquents pour les frais de transport et le temps médical alloué. Le secrétariat doit être dimensionné en conséquence, pour que des documents de 200 pages ne soient pas transmis (comme c'est trop souvent le cas) la veille de la réunion !

Le temps des enquêtes visant à mieux connaître la démographie, le ressenti de la qualité de vie au travail des PH de la région est désormais terminé ! Une enquête menée tambour battant par un cabinet d'audit externe a été utilisée essentiellement pour « faire gober » la baisse de 10 % de la dotation sur la permanence des soins. Dans cette enquête quelques membres de la CRP ont assisté à une ou deux réunions d'information et n'ont servi que de « faire valoir » et de prétextes à une pseudo concertation. Il est temps de passer à l'action et ce, en faveur des PH ! Des actions ciblées doivent être menées (par exemple des audits d'hôpitaux signalés comme particulièrement dysfonctionnels), avec des propositions de mesures correctrices significatives, permettant d'exemplariser la démarche et inciter les praticiens à avoir recours à leur CRP. ●

Service public versus privé non lucratif : décryptage

NICOLE SMOLSKI ET MICHEL SALOM

Quel mode de fonctionnement conviendrait le plus à l'hôpital ? Le service privé est-il véritablement adapté à son histoire, sa mission et ses personnels ?

Avantages et inconvénients du régime privé, qualité de vie au travail, pertinence des actes : la rédaction d'Avenir Hospitalier s'interroge et tente de décrypter cette nouvelle voie pour vous.

Réflexion et vigilance

Agnès Buzyn affirme que « sur l'hôpital nous sommes arrivés au bout d'un système ». Oui, mais quel système ? Pour la Ministre, la logique de la rentabilité à l'hôpital est arrivée à son terme, l'hôpital n'est pas une entreprise, même s'il doit faire attention à ses budgets. Cependant, il ne doit pas se concentrer sur des activités rentables, ce qui lui a fait perdre le sens de sa mission et a rendu les équipes malheureuses.

L'hôpital doit se recentrer sur la médecine de recours, renforcer sa capacité à accueillir tout le monde, et les solutions budgétaires vont passer par la pertinence des soins (20 à 30 % d'actes inutiles) et la restructuration, avec une meilleure articulation ville-hôpital.

En parallèle, certains organismes dits « de réflexion » (séminaire de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune [ENCC]) avancent prudemment l'idée de transformer les hôpitaux publics en hôpitaux à statut privé non lucratif. Pour cet organisme, ce secteur semble le mieux armé pour défendre le service public. Avec la réserve toutefois, selon eux, que si le privé non lucratif fonctionne, c'est parce qu'il est complémentaire du secteur public.

Il est temps pour nous de commencer à réfléchir aux conséquences de ces propositions, car n'oublions pas qu'avant la Loi HPST, les *think thanks* avaient

planché sur ce qui est sorti plus tard dans la Loi et a totalement détruit l'hôpital (T2A, nouvelle gouvernance, un seul

En termes d'ambiance de travail, de reconnaissance des investissements de chacun, le privé non lucratif a hautement le dessus !

patron le directeur). Il faut donc y réfléchir de très près, notamment pour ce qui concerne la place des soignants : qu'aurions-nous à y gagner ou à y perdre ?

Salaires et retraites

Le principe des hôpitaux en statut privé non lucratif est, pour les soignants, de travailler sous contrat et de ne plus être régi par un statut : soit statut de la fonction publique hospitalière, soit statut de praticien hospitalier.

Les avantages décrits lors du séminaire de l'ENCC sont de pouvoir valoriser financièrement et individuellement les projets professionnels et donc, pouvoir attirer les médecins, citant l'exemple de l'anesthésie où certains sont payés de 10 000 à 15 000 euros, pour 6000 euros en fin de carrière hospitalière, tout en relevant qu'il sera alors difficile de contenir les 11 % de la richesse publique allouée à la Santé.

Effectivement, les masses salariales comparées des hôpitaux privés à but non lucratif et des hôpitaux sont supérieures, mais il faut noter que le taux de

charge est pour eux plus important (23 %) que dans le public (15 %). Il faut donc diminuer ce qui constituera le salaire net de chacun. En revanche, et cela correspond avec ce que nous répétons depuis des années, c'est surtout en début de carrière que les différences sont majeures dans les hôpitaux privés : en effet, très vite, les jeunes médecins progressent au niveau salarial, obtenant notamment un salaire complémentaire de chef de service. Cela ne fait que confirmer notre revendication, à savoir que, service public ou pas, pour attirer et garder les jeunes médecins, il faut les payer dignement !

La comparaison des retraites montre que les pensions versées aux praticiens du public et du privé sont sensiblement les mêmes, alors que les caisses de retraites sont l'IRCANTEC pour le public, l'AGIRC et l'ARCCO pour le privé.

Qu'en-est-il de la qualité de vie au travail ?

En termes d'ambiance de travail, de reconnaissance des investissements de chacun, le privé non lucratif a hautement le dessus : les charges reposant sur les praticiens sont certes importantes, mais ceux-ci ne sont jamais laissés dans la difficulté.

Les relations avec la direction sont directes, les investissements de chacun en termes d'activité et de qualité des soins sont reconnus et valorisés, le *back-office* est nettement moins lourd, et donc la structure permet plus de contacts directs.

Les projets médicaux sont valorisés, moins « freinés » que dans le public. Tandis que l'hôpital croule non seulement sous les charges administratives, mais aussi sous les strates des pôles avec certains chefs de pôle ou de service qui ont totalement endossé le rôle du manager autoritaire pour parvenir à la renta-



L'hôpital public a plus de moyens pour développer les projets expérimentaux, la recherche clinique et non clinique. Pour certains médecins, cela reste un fort topique d'attractivité !

bilité en collaborant avec la direction. À noter toutefois, que pour ce qui est du privé lucratif, certains médecins sont tellement en tension qu'ils quittent le navire pour rejoindre le privé non lucratif ! Ce qui est de plus en plus le cas également des praticiens hospitaliers, qui, quitte à travailler à l'acte, préfèrent aller là où ils sont mieux payés et mieux considérés. En revanche, le public a plus de moyens pour développer les projets expérimentaux, la recherche clinique et non clinique, et ça reste pour certains médecins, un

fort topique d'attractivité.

Mais qui dit contrat, dit rupture conventionnelle en cas de désaccord : la tendance managériale actuelle qui prévaut à l'hôpital public, avec humiliations, déstabilisations, mépris, peut faire craindre le pire, en cas de changement de paradigme : quid de l'indépendance professionnelle en cas de conflit ?

Le management : questionnement central ?

Le privé non lucratif a des armes pour attirer les praticiens contrairement à l'hôpital public du fait de sa lourdeur administrative, son organisation très hiérarchique, son management basé sur le mépris, l'absence de reconnaissance des investissements de chacun et une grille de salaire défavorable en début de carrière. Pourtant, l'hôpital a des armes pour les garder (un statut attractif, une indépendance professionnelle stricte, la possibilité d'effectuer de la recherche).

On pourrait dire qu'en plus de relever les premiers échelons de la grille salariale, un changement du type de management à l'hôpital permettrait à peu de frais de donner la même légèreté que dans le privé non lucratif : laisser plus de place

aux équipes, donner confiance aux acteurs, arrêter de mépriser, former les médecins à un management de proximité et pas élitiste.

Mais pour cela, après 10 ans sous le boisseau, c'est une révolution intellectuelle qu'il faudrait, car ceux qui ont le pouvoir et pensent qu'ils l'utilisent à bon escient (la productivité et l'efficacité) ne le laisseront pas. Car finalement, transformer le statut en conventions collectives et en contrats coûterait très cher à l'État, alors qu'une petite révolution intellectuelle serait plus économique. Chiche, Mme Buzyn ?

L'hôpital est au bout de son système, alors on revoit la T2A qui a tout détruit sur son passage, les ordonnances de 1958, l'organisation polaire et l'absence de contre pouvoir médical à l'autorité du directeur, la place des acteurs médicaux et de leurs représentants ? Nous sommes prêts à relever le défi, avec vous, mais cette fois on ne se laissera pas envelopper dans des réunions sans résultats au bout du chemin ! ●