

Pour que vive la médecine hospitalière.

François Aubart, Président de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH)

Le 2 septembre 2004 les 4 intersyndicales de médecins et pharmaciens hospitaliers signaient un accord avec le ministre de la santé. Cet accord faisait suite à la crise de la chirurgie hospitalière exprimée pendant l'été. Il prévoyait notamment une revalorisation de 15% de l'enveloppe des astreintes (actuellement de 470 millions d'euros) et la mise en place d'une part de revenu complémentaire à la rémunération statutaire. A cet effet, les signataires (CMH, SNAM HP, INPH, CHG) et le ministre se sont accordés pour « réaffirmer l'unicité du socle que constitue le statut du praticien hospitalier et en second lieu, permettre par des dispositions statutaires et indemnitaires la reconnaissance des charges particulières des praticiens en termes d'activité, de responsabilités institutionnelles ou spécifiques et de pénibilité ainsi que des actions réalisées pour la qualité et pour l'activité publique »

A l'arrivée qu'en est il ? Sur le sujet des astreintes La CMH et le SNAM HP ont obtenu une majoration de l'enveloppe initialement allouée à 85 millions d'euros en 2005. (Pour mémoire l'accord Aubry de 2000 pour créer la prime d'exercice public et repyramider la carrière était dotée de 410 millions de francs). Cette enveloppe permet l'intégration des astreintes dans l'assiette de cotisation IRCANTEC, la disparition de l'astreinte se sécurité et opérationnelle au profit d'une base unique d'indemnisation des astreintes à 40 euros et enfin une revalorisation avec notamment un forfait astreinte à 180 euros.

S'agissant de la part variable complémentaire attribuée collectivement et ouverte prioritairement en 2005 aux psychiatres (prime d'exercice multi site) et aux chirurgiens, elle est étendue dès 2006 à toutes les spécialités et portée à 15% du revenu statutaire au plus tard le 1er juillet 2007.

Dans le même temps, le texte rappelle que les procédures de nomination restent, comme actuellement, confiées au ministre. Aucune prérogative d'affectation n'est donnée au directeur ou au président de CME. Enfin le profil de poste qui décrit les caractéristiques des fonctions offertes au recrutement, n'est pas opposable au praticien. Bref, alors que les propositions inacceptables du départ ont été écartées, ce texte ne constitue en rien un danger. Que signifie alors crier au loup aujourd'hui ? N'est ce pas masquer les enjeux et engager la communauté médicale à monter au front au seul motif d'une manipulation électorale ?

Certes l'avenir est incertain. Dans chaque hôpital, dans chaque territoire dans chaque région les changements d'organisation, les modifications d'activité vont se multiplier. Les besoins et les attentes de la population sont en mutation. Le vieillissement, l'irruption de nouvelles pathologies, l'évolution des technologies médicales, la multiplication des déchirures psychologiques et sociales constituent autant d'exigences à rechercher un nouvel équilibre et de nouvelles règles à l'hôpital.

Pour y parvenir certains considèrent que la T2A constitue l'alpha et l'oméga de la réorganisation du système. Pour une administration hospitalière avide de postures modernes c'est l'occasion de recycler une organisation bureaucratique dépassée en un talent managérial supposé. La stratégie du « non à tout » les conforte. Elle offre un espace à occuper en renvoyant les médecins à une fonction de prescripteur de soins.

Pour que vive la médecine hospitalière, c'est l'heure des choix de la communauté médicale. La place et le rôle des médecins à l'hôpital sont facteur central de la qualité de l'accès aux soins. Or cette place est marginalisée. Les médecins sont renvoyés à une action professionnelle parmi d'autres laissant à l'administration et aux directeurs de soins, au décours d'une foultitude de réunions, la responsabilité des choix. Le changement s'impose. La responsabilité médicale doit être retrouvée. Les médecins sont formés et habitués au nouveau, à l'imprévu et au changement. Ils savent choisir et modifier leur action face à une situation médicale déstabilisée. Ils savent que le nouveau bouscule l'ancien. Ils doivent élargir cette capacité qui s'exerce le plus souvent dans l'immédiateté de la maladie et la mort à une action durable dans l'organisation et les choix médico économiques qui guident le changement à l'hôpital. Il s'agit de défendre l'indépendance professionnelle fondatrice de la déontologie et dans le même temps il s'agit d'être en position de responsable de choix de gestion proche de l'attente et de l'écoute des malades.

L'accord du 31 mars 2005 crée une commission régionale paritaire (syndicats médicaux hospitaliers et ARH) qui constitue un exemple de cette volonté de prise de responsabilité. Elle constituera aussi un recours pour garantir le respect d'engagement pris au plan national et souvent battus en brèche sur le terrain. Cet exemple témoigne du chemin pour la médecine hospitalière de répondre aux attentes des malades.

Il faut aussi que la communauté médicale réaffirme le choix de la compétence. Dans une période de rupture démographique le risque est grand de voir remis en cause cet objectif. Là encore il ne s'agit pas de prôner un

élitisme dépassé mais d'agir pour que l'hôpital reste un lieu d'excellence, soignant les malades d'aujourd'hui et formant les médecins de demain. Travail d'équipe, indépendance, compétence et responsabilité sont nos objectifs. Il faut remettre l'hôpital dans le sens de la marche.

C'est à court terme que vont se dessiner les nouveaux équilibres de la médecine hospitalière. Les médecins et pharmaciens hospitaliers doivent en être les acteurs principaux et déterminés dans l'intérêt des malades. Ne nous trompons pas de cible !
