



IL Y A URGENCE pour l'hôpital public !

A lors qu'un sondage récent montre que plus de 8 Français considèrent que l'hôpital public a été maltraité par les différents gouvernements depuis 20 ans et qu'il doit bénéficier de moyens financiers supplémentaires, la Ministre de la santé se gargarise d'un retour à l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale et propose une loi de Finances de la Sécurité Sociale qui continue d'étrangler l'hôpital public.

Les personnels toutes catégories confondues subissent lourdement les conséquences de cette situation, avec un management délétère, source de souffrance au travail et de multiples suicides. Sans noircir la situation, nous pouvons dire que la conjoncture dans les hôpitaux aujourd'hui est pire que celle régnant à l'époque la plus noire chez France Télécom.

Les objectifs de ceux qui expliquaient qu'il fallait diminuer le nombre de médecins pour diminuer les dépenses de la Sécurité Sociale sont en passe d'être atteints. Aujourd'hui, les restructurations ne se font plus en fonction d'une analyse des besoins en santé dans les territoires, mais sont contraintes par la pénurie de praticiens !

Les conséquences pour la population sont catastrophiques et la colère commence à être forte contre les pouvoirs publics, mais aussi contre une partie des médecins, en particulier les spécialistes, tant en ville qu'à l'hôpital, qui deviennent de plus en plus difficiles d'accès sans payer des dépassements d'honoraires de plus en plus élevés.

Il n'est plus possible de continuer ainsi. Nous vous proposons dans ce numéro quelques pistes de propositions et d'action pour pouvoir relever la tête et dire ensemble que cela suffit.

La première étape qui nous semble essentielle est de desserrer le carcan financier qui nous étouffe. Voici 3 propositions qui peuvent être mises en place immédiatement :



✓ *Suppression de la taxe sur les salaires, impôt prélevé sur les budgets hospitaliers, qui se monte à près de 3,5 milliards d'euros, soit environ 60.000 emplois hospitaliers ;*

✓ *Exonération de la TVA pour les investissements hospitaliers, ce qui dégage 20 % de ressources supplémentaires ;*

✓ *Retour aux prêts sans intérêt et sur une longue durée auprès de*

la Caisse des dépôts et consignations pour les investissements, ce qui permet d'alléger les frais financiers exorbitants payés par les hôpitaux auprès des banques commerciales.

Ces mesures sont légitimes, car elles ont été mises en œuvre pour le secteur privé sous la pression du MEDEF, qui a obtenu 100 milliards d'euros d'aides diverses, qui n'ont produit que peu de création d'emploi mais qui ont restauré les marges des entreprises et augmenté les dividendes versés aux actionnaires. ■

SOMMAIRE

Attractivité à l'hôpital public **p.2 à 4**

GHT : quelle marge de manœuvre pour les médecins lors de l'élaboration du projet médical partagé ? **p.4 à 6**

L'austérité contre le droit à l'avortement : personnels précaires = droit précaire ! **p.7 à 8**

Résister à la dictature de l'évaluation normative **p.8**

► Attractivité à l'hôpital public

...❖ Marisol Touraine annonce des mesures destinées à favoriser l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : effet d'annonce pré-électoral, mais rien de nouveau sur le fond. Les médecins hospitaliers s'impatientent.

Un grand merci à Marisol Touraine d'avoir enfin reconnu ce que toutes les organisations de médecins hospitaliers lui expliquent depuis quatre ans : oui, l'attractivité de la carrière médicale à l'hôpital est un problème de premier plan, et la perte d'attractivité de l'hôpital public coûte très cher, non seulement en personnel médical (recrutement d'intérimaires), mais aussi en termes de perte d'activités répondant aux besoins de la population.

Mais ce problème n'est pas réductible, comme a pu le laisser penser un récent mouvement de grève très corporatiste, à la problématique de la baisse du pouvoir d'achat des médecins (réelle) ni à celle de la 5^{ème} plage horaire et de la permanence des soins. Certaines organisations de médecins, à la courte vue corporatiste, peuvent s'en satisfaire, pas la CGT.

Le mécontentement des praticiens hospitaliers s'exprime dans cette désaffection du service public de santé, mais il est ancien, et résulte à la fois des tentatives de déconstruction de notre statut et de notre indépendance (culminant avec la loi HPST, que l'actuelle loi de santé s'est bien gardée de contredire sur ce point), et des attaques répétées contre l'hôpital public, que les gouvernements successifs se sont relayés pour affaiblir, quoi qu'en dise Mme Touraine.

Les périodes préélectorales sont certes propices à lancer promesses et os à ronger, mais on attendait mieux des réflexions du ministère

sur la valorisation de l'exercice médical. Les 250 millions engagés sur 5 ans (et dont le financement repose sur une hypothétique baisse des besoins en intérim médical) risquent de tomber dans une poche percée...

Les mesures annoncées par Mme Touraine reposent sur 3 « engagements » et un « programme de travail ». Que reste-t-il des espoirs que d'aucuns ont fondés sur ces annonces ?

Les médias ne s'y sont pas trompés, qui titrent avec un bel ensemble le lendemain de cette annonce : « Des primes pour attirer les médecins à l'hôpital ».

► L'incitation des jeunes praticiens à s'engager à l'hôpital ?

Elle est réduite à l'attribution d'une prime pour les postes ou les spécialités en tension ; on y ajoute allègrement le maintien du salaire pendant le congé maternité (qui n'est qu'une simple application du droit du travail !), et la possibilité de travailler à temps partiel dès la période probatoire, ce qui ne pourra avoir pour effet que de favoriser l'exercice libéral et privé. Quant à leurs aînés, on récompensera leur fidélité par une « surprime ». Le ministère est sans doute incapable d'imaginer que les jeunes praticiens puissent avoir d'autre motivation que l'argent pour travailler à l'hôpital public ; il ignore sûrement qu'on leur propose souvent des postes à statut précaire en début de carrière, avant de leur permettre d'accéder à un vrai statut de PH ; et enfin, que cette prime est très loin de compenser la perte de pouvoir d'achat résultant du gel des salaires depuis des années.

Mais la difficulté de recrutement, dans un nombre de spécialités sans cesse croissant, provient-elle seulement d'un déficit d'attractivité financière ? Bien sûr que non ! Ce serait oublier le rôle d'une politique de formation des médecins (*numerus clausus* conduisant à une gestion malthusienne des effectifs de médecins, non en fonction des besoins locaux ou territoriaux, mais de critères de non-concurrence et d'efficacité qui ont largement défavorisé l'hôpital public) ; ce serait oublier l'impact majeur des conditions de travail, et en particulier de l'organisation et du temps



de travail ; ce serait oublier l'importance de la pression de l'efficacité, réclamée par les directions hospitalières qui orientent ou condamnent les activités sans justification médicale ; ce serait oublier le rôle de la déliquescence des collectifs de travail, des équipes, mises à mal par les restructurations incessantes des services, par l'application de critères d'efficacité dans la gestion des plannings, par la fermeture de sites de proximité, par les fusions et mutualisations, par l'augmentation de la densité du travail au détriment de la qualité de la prise en charge des patient.e.s.

►► **L'accompagnement du projet médical partagé des GHT ?**

On en parle par ailleurs dans ce numéro. Mais on notera un silence suspect sur la question de la constitution d'équipes territoriales, les éventuelles modifications de statut qui en découleront, leur financement, l'organisation du travail, etc. La seule annonce concerne, encore une fois, la « prime d'exercice territorial ».

►► **La valorisation des activités médicales programmées ?**

Seule mesure annoncée, répondant à une vieille revendication très corporatiste, la prise en compte des activités de début de soirée (en clair : une cinquième plage dans les 24h), et ne répondant en rien aux nécessités de la définition et de l'encadrement du temps de travail de tous les praticiens.

►► **Le programme de travail ultérieur ?**

On a du mal à comprendre ce qui a empêché la ministre d'annoncer des mesures concrètes sur ces sujets, les renvoyant à des travaux ultérieurs, qui devront concerner des revendications fortes et anciennes, sur la reconnaissance des valences non cliniques, l'impact de la permanence des soins, et le suivi du temps de travail.

Nous aurions évidemment aimé entendre :

• **Des engagements sur la reconnaissance de la pénibilité**, bien sûr des services postés, mais aussi d'autres expositions diverses à des conditions de travail pénibles ou dangereuses ; en corollaire, la nécessité d'une médecine du travail adaptée aux médecins, avec des moyens suffisants permettant de la sortir du marasme actuel ; la mise en place de structures de vigilance et d'intervention sur les

questions de sécurité, de conditions de travail, idéalement une participation directe des médecins aux CHSCT, comme le proposait le rapport Couty. Et enfin, la reconnaissance des situations de harcèlement professionnel, et la mise en place à ces occasions d'une protection fonctionnelle pour les praticiens.

• **Des engagements concrets sur la mesure et l'encadrement du temps de travail** ; les médecins hospitaliers sont des cadres salariés, le Code du travail et les directives européennes doivent s'appliquer ; le flou sur la définition du temps de travail est le meilleur moyen de pression sur les effectifs médicaux. Une définition claire du temps de travail doit permettre, d'une part une répartition des tâches entre les praticiens d'un service, d'autre part une quantification des besoins en effectifs médicaux ; un décompte horaire du temps de travail pour toutes les équipes qui le souhaitent, en demi-journées planifiées pour les autres, est le seul moyen de parvenir à cet encadrement ; le temps additionnel, reflet de l'insuffisance des effectifs, doit disparaître et ne plus être le mode de gestion habituel de certaines spécialités ; il n'y a aucune raison d'attendre ou de louvoyer sur ce sujet.

• **Des engagements concrets sur la reconnaissance des activités non cliniques, et leur valorisation contractuelle dans l'organisation du service** ; cela implique une modification radicale de la démocratie hospitalière, avec une participation de tous à la définition des objectifs, du projet médical, de l'organisation du travail ; et en corollaire, l'existence de conseils de service et d'entretiens annuels avec les responsables de services et de pôles, permettant une évaluation bilatérale des besoins et des moyens.

• **Des engagements sur la démocratie hospitalière**. La mise en place des pôles, structures de gestion par opposition aux structures de soins que sont les services, s'est évidemment accompagnée d'une concentration des pouvoirs à l'hôpital, dans les mains de quelques-uns : directeurs, présidents de CME, chefs de pôles. La vie des services et des équipes s'est vue scléroser progressivement à mesure que les services ont été vidés de leur poids clinique. Il est nécessaire de rétablir une circulation de l'information et une participation aux décisions dans les services, en particulier par des conseils de service, et de leur redonner une autonomie de décision dans le projet médical.

Madame Touraine, on ne résout pas le problème de l'attractivité de l'hôpital public avec des primes !

☞ Exigeons tout de suite :

- **Un statut unique et national pour tous les praticiens, et la disparition de tous les statuts précaires à l'hôpital.**
- **Une reconnaissance concrète de la pénibilité de certains postes (services postés, expositions spécifiques) par une réduction du temps de travail et une anticipation de la retraite.**
- **Une définition claire du temps de travail, et son encadrement, mettant les médecins hospitaliers en conformité avec la législation française et européenne du travail.**
- **Un décompte du temps de travail en heures pour les équipes qui le souhaitent, en demi-journées planifiées pour les autres, pour permettre une visibilité immédiate des besoins en effectifs.**
- **Une participation des médecins aux décisions concernant le projet médical du service et du pôle ; des conseils de service pluri-professionnels.**
- **Une reconnaissance concrète et quantifiée des activités non cliniques, par la mise en place de valences, et leur inscription dans le projet médical du service.**
- **Des mesures concrètes sur les conditions de travail et les situations de souffrance professionnelle : participation aux CHSCT, protection fonctionnelle, plan d'action financé pour la médecine du travail.**

Dr Christian Guy-Coichard
Centre anti-douleur, Hôpital Saint-Antoine, Paris

➤ GHT : quelle marge de manœuvre pour les médecins lors de l'élaboration du projet médical partagé ?

☞ Alors que le candidat Hollande avait « promis » d'abroger la loi HPST, comme dans d'autres domaines, nous ne pouvons que constater que ce n'est pas le cas et que la loi Touraine ne fait qu'aggraver un certain nombre d'éléments que nous avons dénoncés, comme par exemple, la concentration des pouvoirs entre les mains des directeurs et des précédents de CME.

De fait, aujourd'hui, la seule réunion importante de la CME est celle de l'élection du président et lors des autres séances, nous assistons à une simple présentation de décisions déjà prises en petit comité, sans que les médecins de terrain n'aient vraiment été consultés.

Malgré cette situation défavorable, il est important de s'intéresser au processus actuel de mise en place des GHT pour pouvoir intervenir le plus précocement possible dans les prises de décision.

La mise en place des GHT

La définition des périmètres des GHT a été imposée par les ARS sans véritable concertation.

Le secteur psychiatrique s'est mobilisé pour obtenir que le décret permette une « dérogation » qui a été actée pour une quinzaine d'établissements en France.

Si dans certains cas, les territoires sont cohérents en termes de possibilité de coopération et de déplacement des patients, cette situation est très

loin d'être une généralité. Nous constatons en effet de nombreuses aberrations, tant au niveau de la taille que de réalités géographiques. Par ailleurs, la désignation de l'établissement support met parfois des établissements de taille équivalente en concurrence.

Cette étape n'est donc pas close et il ne faut pas baisser les bras pour obtenir une dérogation ou une redéfinition du territoire, quand cela semble nécessaire. Le meilleur moyen de mettre les ARS en difficulté est de mettre cette question sur la place publique et d'agir avec la population et les élus pour faire bouger les lignes.

➤ Une étape cruciale : la définition du projet médical partagé (PMP)

Si le rapport de force avec l'ARS était très défavorable pour la mise en place des GHT – le directeur général de l'ARS pouvant imposer seul par décret leur périmètre – il n'en va pas de même pour l'étape du projet médical partagé qui doit être défini pour le 1^{er} janvier 2017.

Le PMP doit être élaboré par les directeurs et les présidents de CME de l'ensemble des établissements du territoire. Si un seul des présidents de CME refuse de participer dans les conditions imposées, il bloque la procédure. Il est donc important que les CME discutent du mandat qui est donné à son président pour défendre les intérêts de l'établissement.

Deuxième élément important et essentiel qui offre la possibilité à l'ensemble des praticiens d'intervenir. Il s'agit de l'alinéa II reproduit dans l'encadré ci-après qui explicite clairement que « les équipes de chacune des filières participent à la rédaction du projet médical partagé ».

« Art. R. 6132-3.-I.-Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

« II.-Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.

Donc, rien ne peut théoriquement être validé sans l'avis des médecins chargés de mettre ensuite en œuvre les actions. Il s'agit là d'un contre-pouvoir qu'il ne faut pas négliger. En cas de conflit entre le directeur et le président de CME, et les représentants de la filière, le projet est bloqué.

Rien n'est donc inéluctable. Il est indispensable de ne pas laisser les décisions se prendre sans les principaux intéressés. Nous connaissons les dérives que existent depuis des années où certains chefs de pôle sont plus intéressés par des enjeux de pouvoir et des choix individuels que par l'amélioration de l'offre de soins à la population et des conditions de travail des praticiens.

►► Une attention particulière pour certains services supports

L'objectif de la loi est de regrouper les activités dans des pôles inter-établissements.

« Art. R. 6132-19.-Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médicotechniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment :

1° Constituer un pôle inter-établissement, dans les conditions prévues à l'article R. 6146-9-3 ;

2° Constituer, en ce qui concerne la biologie

médicale, un laboratoire commun, en application du second alinéa de l'article L. 6222-4. Dans ce cas, une convention de laboratoire commun est conclue entre les établissements parties au groupement et annexée à la convention de groupement hospitalier de territoire.

Si la mutualisation de moyens humains en tension peut permettre de mieux organiser l'offre de soins en maintenant des sites de proximité au niveau des urgences ou de la chirurgie par exemple, le 2° de l'article présenté dans l'encadré ci-après, doit nous rendre particulièrement vigilants en ce qui concerne la biologie. Nous savons ce que signifie le regroupement de services où 1 + 1 est toujours inférieur à 2. Si nous ne sommes pas opposés à des économies d'échelles pour des examens spécialisés, il est clair que la suppression de l'activité de biologie sur un site met l'avenir de ce dernier en danger.

Il en va de même pour la radiologie (cf. article dans le numéro précédent de notre journal que vous trouverez en ligne sur le site www.sante.cgt.fr). Si la télémédecine est une évolution très intéressante pour améliorer la prise en charge des patients, comme dans le cas des AVC, la mise en place de plateformes territoriales avec la disparition de radiologues sur site constitue une véritable régression.

Par ailleurs, si les postes partagés entre établissements dans le cadre d'équipes territoriales doivent pouvoir bénéficier d'une prime multisites revalorisée, les praticiens doivent conserver le statut de PH. En effet, il ne serait pas acceptable que cette évolution constitue le cheval de Troie pour casser le statut actuel et évoluer vers une extension par exemple des postes de praticiens cliniciens mis en place par la loi HPST.

►► Une question incontournable : la démocratie

La mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, comme cela est précisé dans l'article ci-dessous, concentre une nouvelle fois les pouvoirs dans une instance encore moins démocratique que les précédentes.

« Art. R. 6132-9.-I.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire prévoit la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement :

« 1° Lorsqu'il est décidé de mettre en place un collège médical, sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive ;

« 2° Lorsqu'il est décidé de mettre en place une commission médicale de groupement, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les commissions médicales des établissements parties du groupement sont déterminées par la convention constitutive.

« II.-Le collège médical ou la commission médicale de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

« La fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

« III.-Les avis émis par le collège médical ou la commission médicale de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des

établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Nous avons toujours contesté la composition et le mode de désignation des membres des CME. Actuellement, le principe démocratique essentiel qui est un homme/une voix est bafoué. Par ailleurs, la CME ne sert plus à grand-chose et le pouvoir est concentré dans les mains des chefs de pôles désignés par le directeur de l'établissement après avis du président de la CME.

Nous pensons qu'il faut refuser la mise en place d'une commission médicale de groupement et conserver des CME par établissement, afin de maintenir un minimum de démocratie locale. Par ailleurs, le collège médical doit être composé de membres élus par les différentes CME et non désignés par les seuls présidents de CME.

» **Que faire ?**

Il ne faut donc pas rester passifs dans les semaines et mois à venir, au risque de ne pouvoir que constater et subir des évolutions que nous n'aurions pas souhaitées.

Alors, en lien avec les personnels soignants et les comités techniques d'établissements, réclamons la transparence dans l'élaboration des projets médicaux partagés, afin de pouvoir intervenir et peser lors de chaque étape.

Enfin, n'hésitons pas à porter ces questions sur la place publique, car l'évolution de l'hôpital ne doit pas se faire pour s'adapter aux intérêts particuliers de certains médecins, mais bien pour améliorer l'offre de soins à la population. ■

Dr Christophe Prudhomme
SAMU93, hôpital Avicenne, Bobigny



Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact me syndiquer

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Etablissement (nom et adresse) :



► **L'austérité contre le droit à l'avortement :** **personnels précaires = droit précaire !**

... La loi du 4 juillet 2001 impose aux chefs de service de gynécologie-obstétrique, quels que soient leurs convictions et leur recours à la mal nommée « clause de conscience », d'organiser la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans leur service.

Le désintérêt de certains d'entre eux pour l'IVG, l'usage abusif de la clause de conscience par les praticiens selon leur bon vouloir - au-delà de 2 IVG pour certains, au-delà de 12 semaines d'aménorrhée pour d'autres - mettent en péril le droit des femmes à disposer de leur corps.

Depuis avril 2010, avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS,) l'accélération des restructurations hospitalières, la fermeture des hôpitaux et des maternités de proximité, le regroupement d'hôpitaux et la suppression de postes aboutissent à une concentration accrue de l'activité IVG dans un nombre de services réduits, qui remet en cause de l'égalité d'accès à l'IVG. La tarification à l'activité (T2A) contribue au désengagement des établissements de cette activité peu rentable. Le système actuel d'organisation des soins, en redistribuant à des fins de rentabilité l'activité d'IVG dans des services de gynéco-obstétrique ou de chirurgie, participe à la remise en question de l'accès à l'avortement. La CGT rejoint l'analyse que porte l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) sur les effets de cette politique d'austérité, et revendique, avec l'ANCIC, le Mouvement français pour le Planning Familial (MFPF) et la Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception (CADAC), des locaux, budgets et personnels dédiés aux IVG.

Les centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) autonomes, structures animées par des équipes pluridisciplinaires motivées disposant de budgets, locaux, personnels et ligne téléphonique dédiés, sont en effet systématiquement démembrés, pour être intégrés à l'activité de gynécologie-obstétrique au nom d'un principe légitime (faire de l'IVG un acte médical comme un autre) mais qui méconnaît la dépréciation historique dont l'IVG fait l'objet dans ces services, y compris en l'absence d'opposition idéologique. Situation renforcée par le départ des médecins pratiquant les IVG : la génération de médecins qui a lutté, avec les femmes, pour le droit à l'avortement, et qui est entrée dans les CIVG après la légalisation de l'avortement en 1975, atteint l'âge de la retraite, et est incomplètement remplacée.

Ces médecins étaient, pour une large majorité, généralistes, gynécologues médicaux, dermatovénérologues, psychiatres. Les gynécologues-obstétriciens, majoritairement hostiles, étaient rares dans les CIVG après 1975. De nombreux chefs de service de gynécologie-obstétrique refusant de prendre en charge les IVG, ce sont souvent des anesthésistes-réanimateurs qui ont pris en charge les CIVG naissants. Et pour cause : ce sont eux qui voyaient auparavant mourir les femmes de complications d'avortements clandestins ! Aujourd'hui, 40 ans plus tard, la situation a évolué, et l'opposition médicale à l'avortement n'est plus, sauf exceptions à combattre, un obstacle majeur. Cependant, cette histoire a laissé des traces que les directions hospitalières doivent prendre en compte pour recruter et former des médecins pour faire les IVG. La plupart des candidats actuels au métier ne sont pas des internes de gynéco-obstétrique : ce sont de jeunes médecins généralistes, en général des femmes, et des sages-femmes, comme le permet la loi de santé de janvier 2016 (qui, sur le plan du droit à l'avortement, comporte de réelles mesures de progrès). L'effort de formation devra être pérenne afin de remplacer une génération de médecins en passe d'être retraitée.

Les CIVG et unités fonctionnelles IVG sont les meilleurs lieux d'apprentissage de la pratique professionnelle, parce qu'ils regroupent différents intervenants et ne se limitent pas aux seuls aspects techniques de la pratique. La formation acquise auprès des équipes des CIVG devrait être reconnue et permettre l'embauche sur des postes de médecins contractuels. Un diplôme universitaire peut être un complément dans le cadre de la formation permanente.

Environ une femme sur trois avorte dans sa vie, et la pratique de l'avortement (220 000 par an) est stable depuis une vingtaine d'années. Elle ne diminuera pas. Recruter des médecins attachés pour une activité pérenne n'a aucun sens. Les médecins doivent être recrutés sur des postes de praticiens contractuels, sans limitation inférieure ni supérieure de quotité, afin de faciliter le recrutement de médecins ayant en général une autre activité. A la fin du premier contrat de trois ans, un bilan avec la direction de l'équipe

et la direction de l'hôpital doit déboucher sur une titularisation sur un poste de PH, de quotité variable selon les besoins du service. Afin de pérenniser l'activité de formation, les postes de PH devront inclure une valence dédiée à l'enseignement. De plus, l'héritage militant n'est pas synonyme, contrairement à ce que prétendent ses détracteurs, de perte de scientificité. Afin de développer les connaissances scientifiques et d'améliorer les pratiques (notamment analgésiques), les postes de PH devront donc inclure des valences de recherche.

Aujourd'hui, la principale menace qui pèse sur le droit à l'avortement, ce n'est plus l'opposition

historique réactionnaire, politique et religieuse, mais le démantèlement du service public hospitalier. Les directions hospitalières prétendent être attachées au maintien de l'activité IVG. Elles comptent sur la motivation (indiscutable) des médecins pratiquant les IVG pour les maintenir en contrats précaires et sans progression de salaire. Ces médecins sont pourtant indispensables à l'exercice par les femmes d'un de leurs droits fondamentaux, et à la santé publique. Ils doivent bénéficier d'un statut de fonctionnaire transversal à la fonction publique, hospitalière et territoriale, pour pratiquer les IVG à l'hôpital et dans les centres municipaux de santé comme l'autorise la loi de santé de janvier 2016. ■

➤ Résister à la dictature de l'évaluation normative

❖ De plus en plus, les personnels hospitaliers sont soumis à une multitude de contraintes et de procédures qui, sous couvert d'efficacité et de sécurité, mobilisent une part croissante du temps et de l'énergie des soignants au détriment du soin.

Si nous n'y prenons pas garde, que nous soyons médecin, infirmier.e, psychologue, assistante sociale ou secrétaire, mais aussi (surtout ?) cadre, nous risquons de nous transformer en agents de saisie informatique au seul profit d'un système où la forme prime sur le fond et dont l'obsession se résume en trois mots : évaluation, traçabilité et standardisation.

☑ Évaluation qui, normalement, devrait permettre une analyse de nos pratiques et aider à les améliorer, mais qui, dans les faits, équivaut essentiellement à une surveillance des soignants et sous-entend un manque de confiance à leur égard.

☑ Traçabilité qui impose que « tout » soit noté et puisse être retrouvé, en cas de procédure de contrôle ou judiciaire (la hantise de nos responsables), comme si la relation humaine, centrale dans nos pratiques, pouvait être tracée...

☑ Standardisation, synonyme d'uniformisation, qui est en opposition avec la pluralité de pratiques et la diversité de personnalités chez les soignants qui fait la richesse des équipes.

Les chances d'évolution positive des patients reposent sur plusieurs paramètres, comme le montrent les études publiées (méta-analyses) : la qualité de la relation soignant-patient pour 40% ; le modèle thérapeutique pour 15% ; l'espoir du patient 15% ; et les facteurs extra-thérapeutiques liés au patient et à son environnement pour 40%. On pourrait ajouter : 0% pour les procédures d'évaluation et autres protocoles informatisés !



« Cariatides », « le patient-traceur », les fiches EPP, et j'en passe, malgré les quelques améliorations des pratiques que ces outils comportent, ils participent au final à une régression de la qualité de la relation au patient, et donc des soins, en détournant une part croissante du temps de travail des soignants vers des tâches techno-normatives sans intérêt pour le soulagement de la souffrance des patients, qui devrait rester notre

priorité en toutes circonstances.

Qui plus est, il est prouvé que l'évaluation permanente – pour ne pas dire la suspicion – à laquelle sont soumis les personnels, constitue un facteur majeur à l'origine du stress au travail (d'actualité dans notre établissement où les risques psycho-sociaux sont en cours d'évaluation).

☑ Première manière de résister au rouleau compresseur de l'évaluation : rester soignant ! c'est-à-dire accorder la priorité au soin et à la relation humaine avec le patient, en « traçant » pour nos hiérarchies les circonstances où il a fallu le faire au détriment des procédures formelles chronophages.

☑ Deuxième manière de refuser la fatalité de la dérive technocratique de notre système, tout en évitant d'être isolé dans cette démarche : se syndiquer à la CGT, le syndicat non corporatiste le plus clair dans la défense d'un service public de la santé et qui refuse les compromissions vis-à-vis des régressions que l'on tente de nous imposer. ■

Dr Jean Lévy
CH Belair, Charleville-Mézières