



# Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2010

N° 37 - Juin 2010

Fédération Santé Action Sociale

## La loi HPST

### partie 1

## Conséquences pour l'hôpital et les salariés

CNF des 10 et 11 juin 2010

Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

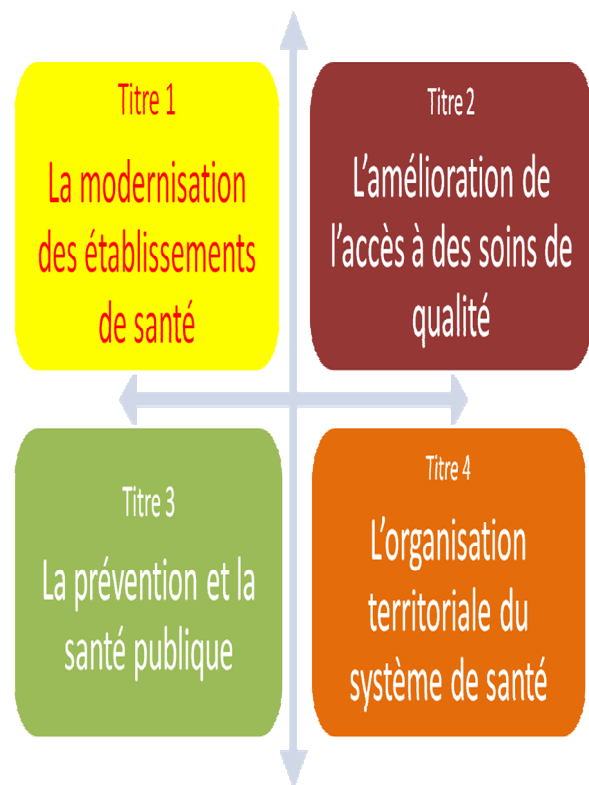
263, rue de Paris • Case 538 • 93515 Montreuil Cedex • Tél. : 01 48 18 20 98 • Site internet : [www.sante.cgt.fr](http://www.sante.cgt.fr) • E-mail : [com@sante.cgt.fr](mailto:com@sante.cgt.fr)

## Commentaires Généraux CGT

- La puissance des tutelles renforcée
- Nouveau statut des établissements : les hôpitaux publics ne sont plus des établissements territoriaux
- Le PSPH (Établissement participant au service public hospitalier) devient ESPIC (Établissement de Santé Privé d'intérêt collectif)
- La délégation de service public est étendue
- La création des CHT (centre hospitalier territorial) et un nouveau statut pour les GCS (groupement de coopération sanitaire)
- Un pilotage de l'hôpital recentré autour du directeur général, au détriment des places qu'occupaient les politiques et les personnels médicaux et non médicaux.

## Rappel du contenu

Une loi 2009-879, 4 titres :



## Redéfinition des missions de service public

- Innovation majeure introduite par loi HPST : la possibilité offerte aux cliniques privées d'exercer des missions de service public, qui ne sont plus, de droit, attribuées aux établissements publics ou ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif).
- Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée par un territoire de santé, le DGARS (directeur général de l'Agence Régionale de Santé) désigne la ou les personnes qui en sont chargées, et signe avec elle(s) un contrat où sont précisées les obligations et leur financement. Les tarifs pratiqués devront être ceux de la sécurité sociale.

### Commentaires CGT :

*C'est la mise en concurrence directe des cliniques et des établissements publics. Cette situation va perturber les repères en donnant l'impression que tous les établissements ont les mêmes missions et responsabilités dans la chaîne des soins.*

## Nouvelles définitions du CSP

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

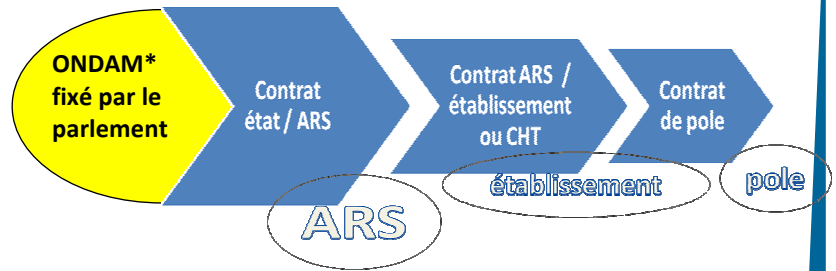
## Mise en œuvre

- Un calendrier très resserré
- 150 décrets à sortir, 50 publiés et 50 écrits en cours de validation.

### Commentaires CGT :

*discussions quasi-inexistantes avec les Organisations Syndicales pour valider la rédaction de ces textes.*

## Schéma des contrats et PLFSS



### Commentaires CGT :

**\*3% en 2010**

Prévision du plan de rigueur **2,9% en 2011**

**2,8% en 2012**

*La liberté et l'autonomie des établissements sera encore plus faible ...*

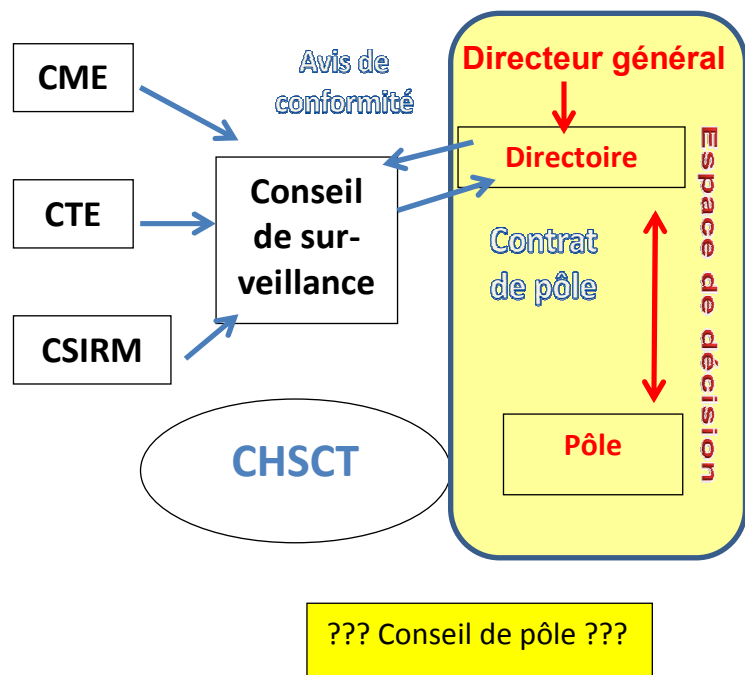
## Des mesures de contrôles renforcées ANAP - L'Agence Nationale d'Appui à la Performance

- L'ANAP des établissements est un GIP (groupement d'intérêt public) sous la tutelle politique du ministère chargé de la santé,
- C'est la fusion de :
  - la MAINH (Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier)
  - la MEAH (Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers)
  - du GMSIH (Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers)
- L'ANAP va « aider » les établissements dans le cadre de l'amélioration du service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant des « kits » pour moderniser la gestion, optimiser le patrimoine immobilier, suivre et d'accroître la performance, afin de maîtriser les dépenses.

### Commentaires CGT :

*C'est la diffusion de la pensée unique et la privation de la capacité des professionnels et des OS à discuter et créer ...*

## Nouvelle organisation interne des instances



## Le directeur

- Désormais, il peut être issu du privé (10% maxi du corps).
- Il possède des capacités de décision élargies :
  - Fixation de l'EPRD, du programme d'investissements,
  - Son obligation : l'équilibre des comptes
  - Présentation à l'ARS de l'éventuel plan de redressement
  - Arrête le règlement intérieur.
- Il exerce un pouvoir renforcé sur les personnels et sur l'organisation de l'établissement.

### **Commentaires CGT :**

*Personnel d'autant plus sur un siège éjectable par la possibilité d'être mis sous tutelle ou en recherche d'affectation. Ces derniers peuvent venir du secteur privé, le but est d'introduire la culture et la pensée du privé. Volonté de les transformer en « petit soldat » du gouvernement. Fin 2009, certains ont contesté cette nouvelle situation avec la CGT.*

## La création d'un directoire

- Pour les CHU : mise en place d'un directoire de 7 à 9 membres,
- Présidé par le DG de l'Hôpital,
- Le vice président est le président de la CME (Commission Médicale d'Établissement) ;

### **Commentaires CGT :**

*En tant que président du directoire, le rôle du directeur d'établissement est renforcé pour mettre en œuvre le projet d'établissement et fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses.*

## Composition du directoire

**maxi 7 mb dans CH et 9 dans CHU**

### **Sont membre de droits :**

- Le directeur général (président)
- Le président de la CME (vice président du directoire)
- Le président de la CSIRMT
- Le doyen de l'université dans les CHU
- 

### **Sont nommés et choisi par le directeur général :**

- Des médecins proposé par la CME
- Des directeurs dont le directeurs des soins coordonnateur

## Instruction DHOS/E1 n° 2010-75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

TYPE DE MEMBRES		DANS LES CENTRES hospitaliers	DANS LES CENTRES hospitaliers universitaires
Membres de droit .....	Directeur	1	1
	PCME	1	1
	Président CSIRMT	1	1
	Vice-président doyen		1
	Vice-président recherche		1
	4	Dont au moins 3 membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique	Dont au moins 3 médecins du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique
Total des membres .....		7	9

### Le conseil de surveillance

Sa mise en place signe la fin des Conseils d'Administration (CA) qui dirigeaient (administraient) l'établissement.

Le CS est composé de 3 collèges de 3 à 5 membres (9 membres pour <50 millions d'€ et 15 membres au-delà).

Ses prérogatives sont réduites par rapport au CA :

- Ne délibère plus sur l'EPRD
- Nombreuses compétences de l'ancien CA transférées aux directeurs.

Composition plus resserrée, moins d'élus, moins de représentants du personnel.

#### Commentaires CGT :

- **Un changement significatif d'appellation car un conseil de surveillance surveille mais intervient peu dans les choix et les décisions.**
- **Les places des politiques et des représentants des personnels seront amoindries.**
- **Pour l'essentiel, les mêmes sujets continuent d'être vus, mais souvent à posteriori ou pour contrôler.**

### Composition :

**9 élus quand le budget inférieur à 50 m€**  
**15 élus quand le budget supérieur à 50 m€**

Le président est élu parmi ces 2 collèges

#### Collèges des élus

Selon le ressort de l'établissement :

- 3 à 5 parmi maire, président conseil général, président conseil régional, communauté d'agglô ...

3 à 5 membres

#### Collège des PQ et usagers

- 1 ou 2 membres désignés par le DGARS
- 2 ou 3 membres désignés par le Préfet, dont 2 représentants des usagers.

3 à 5 membres

#### Collège des représentants du personnel

- 1 ou 2 représentants de la CME
- 1 ou 2 représentants du personnels (élection CTE)
- 1 représentant de la CSIRMT

3 à 5 membres

## Il exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement :

1. Il communique au DGARS ses observations:
  - sur le rapport annuel présenté par le directeur
  - et sur la gestion de l'établissement ;
2. A tout moment, il opère les vérifications ainsi que les contrôles qu'il juge opportuns, et il peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission ;
3. Il formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le directeur, aux fins de vérification;
4. Il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

## Le CS délibère sur :

1. Le projet d'établissement (article Code Santé Publique L. 6143-2) ;
2. La convention constitutive des CHU et les conventions passées (article CSP L. 6142-5) ;
3. Le compte financier et l'affectation des résultats ;
4. La participation de l'établissement à une CHT (communauté hospitalière de territoire) dès lors qu'un CHU est partie prenante, ainsi que sur tout projet de fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5. Le rapport annuel de l'activité de l'établissement ;
6. Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
7. Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

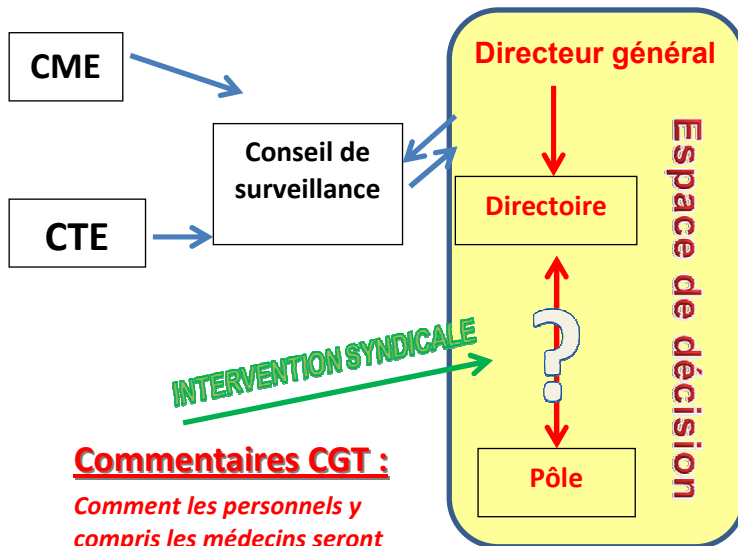
## Le CS donne son avis sur :

1. la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
2. les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat (articles CSP L. 6148-2 et L. 6148-3) ;
3. le règlement intérieur de l'établissement.

## Évolution des CTE

- Le CTE émet un avis sur les sujets sur lesquels le CS délibère, ainsi que sur le règlement intérieur;
- Pour le reste peu de changement dans les sujet des ordres du jour.

## Les enjeux de l'intervention syndicale pour les personnels médicaux et non médicaux



### Commentaires CGT :

*Comment les personnels y compris les médecins seront informés des décisions du directoire et des échanges entre les pôles et le directoire?*

*Seuls des relevés de décisions du directoire seront disponibles, le reste sera du domaine de la « confidentialité » entre les pôles et le directoire.*

## Évolution des CME (Commission Médicale d'Établissement)

- Son président devient le N°2 de l'hôpital.
- Mais le rôle de celle-ci se limite à l'élection de son président.
- Nouvelle procédure de nomination des médecins en lien avec le Centre National de Gestion (centre national de gestion).

### Commentaires CGT :

*Comme pour le CTE, en dehors d'une délibération sur le projet médical et le suivi de la qualité des soins, la CME émet un avis sur les délibérations du CS et sur le règlement intérieur.*

## Composition de la CME

### Collège des élus

Médecins élus parmi les personnels médicaux de l'établissements

### Collège des chefs de pôle

Les chefs de pôle en sont membre de droit quand il y en a moins de 11 au delà il y a une élection parmi eux

Le représentant du CTE persiste

## CHSCT

(comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail)

- Rien ne change.

### Commentaires CGT :

*Cette instance conserve un caractère indépendant mais des tentatives de contournement existent à travers les pôles et les directoires (pour l'équipement, l'organisation du travail, ...)*

## GCS

### (Groupement de Coopération Sanitaire)

- Définition du mode de coopération entre établissements publics et privés, sur la base du volontariat.
- Assouplissement des modalités de création, convention, élargissement du champ d'application.
- Le GCS de mise en commun de moyens : organisation, réalisation ou gestion des moyens au nom et pour le compte des membres.
- Le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins : assimilé à un établissement de santé

#### Commentaires CGT :

- *C'est un moyen de mettre les structures et les compétences du public à la disposition du privé*
- *Risque de contournement des représentants du personnel ... soyons vigilants.*
- *Les instances des établissements fondateurs seront consultées pour la création mais pas pour les évolutions. Il faut exiger cela dans les conventions constitutives. Les GCS ne doivent pas devenir employeur... cela casse les statuts.*

## CHT

### (Communauté Hospitalière de Territoire)

- Définition de la forme de droit commun des coopérations hospitalières publiques, sur la base du volontariat  
*A ce jour, elle ne regroupe que des établissements publics (les coopérations public/ privé s'organisent par le biais des GCS).*
- L'établissement siège et les établissements membres se délèguent des compétences et des activités de soins conformes à la stratégie commune sur la base d'une convention constitutive arrêtée par le directoire.
- La délégation de compétences est dédiée à un établissement siège, ce qui ne l'empêche pas de conserver son budget et sa personnalité morale.
- Les établissements membres sont représentés dans les instances de l'établissement siège (conseil de surveillance, directoire et organes représentatifs des personnels de la CHT)

#### Commentaires CGT :

*Nécessité d'un travail commun entre les syndicats CGT pour des positions communes sur les projets par tag*

## Une forte implication sur les contenus professionnels et la formation

### Stage possible pour les internes en médecine dans le secteur lucratif.

#### Commentaires CGT :

*La possibilité de stage dans le lucratif pour les internes va dépouiller le service public.*

*Certaines régions doivent déjà réquisitionner des internes dans le cadre de la permanence des soins.*

*Le secteur lucratif aura ainsi toute latitude pour modifier les motivations de service public de certains.*

## Une forte implication sur les contenus professionnels et la formation

### Coopérations entre professionnels :

- Possibilité de délégation des tâches entre professionnels médicaux et non médicaux,
- Encadrement des coopérations par des protocoles liant nominativement les professionnels, validés par la HAS (Haute Autorité de Santé), tracés et enregistrés au niveau de l'ARS.

#### Commentaires CGT :

- *L'ensemble du système sera en place pour diminuer « les coûts » pour l'assurance maladie.*
- *Les ARS pourront généraliser, à l'ensemble d'une profession, une pratique validée par un seul salarié. Cette démarche va déstructurer une même profession et découper en « bouts » de métier, certaines d'entre elles.*
- *Pour la CGT, les évolutions professionnelles doivent se réaliser de manière réglementaire, être encadrées par des textes et être accompagnées par des formations.*



## DPC

### (Développement Professionnel Continu)

- Les ordres professionnels vont bénéficier de la mise à disposition des fonds de la formation pour le DPC.

#### Commentaires CGT :

- *C'est la main basse sur les fonds de formation à des fins de contrôle, réalisée en partie par les ordres professionnels.*
- *C'est l'éviction des représentants du personnel sur les choix de formation et de la gouvernance.*
- *C'est l'étatisation de la formation professionnelle de notre secteur.*
- *Sujet en cours de discussion (juin 2010) et qui a fait l'objet d'une motion de désaccords lors de l'AG de l'ANFH (FHF et syndicats), mais aussi du CA d'UNIFAF (UNIFED et syndicats).*

## Le rôle renforcé des ordres professionnels

- L'article 63 prévoit l'inscription automatique des salariés aux ordres professionnels. *(article non abrogé à ce jour, seule l'absence de décret d'application le rend inopérant.)*
- Un certain nombre d'article replace les ordres au centre des autorisations de travailler avec le DPC et l'évaluation des pratiques professionnelles. *(l'ordre pourra juger de la compétence des professionnels et leur demander des compléments de formation avant la reprise du travail ou pour continuer d'exercer)*
- Définition du statut de l' élu ordinal

## L'organisation hospitalière remise en cause

#### Commentaires CGT :

- *Beaucoup d'hôpitaux vont diminuer leur nombre de pôles, avec pour conséquences l'augmentation de la mobilité des personnels et l'augmentation de la concentration des pouvoirs.*  
*Depuis 2005, les agents ne sont plus affectés dans des services, qui n'existent plus, mais dans des pôles.*

## Des conséquences sur les CAPD

*(commissions administratives paritaires départementales)*

- Elles sont directement sous la responsabilité des ARS, mais en délèguent la gestion à un établissement qu'elles désignent.
- Calendrier de mise en œuvre des CAPD.
- Réunion du CS de l'ARS qui désigne l'établissement puis réunion du CS de l'établissement nommé pour arrêter la liste des représentants de l'administration. Enfin, seulement, l'établissement gestionnaire des CAPD peut convoquer la réunion des CAPD.

#### Commentaires CGT :

*Dans le cadre de la RGGP, le transfert des compétences a pour objectif de diminuer les emplois dans la fonction publique. Quels moyens pour l'établissement gestionnaire ?*

*Les salariés n'ont pas à subir les retards de traitement de leur dossier dus aux retards de mise en œuvre des ARS. Les USD doivent interpellier les ARS et les gros établissements qui risquent d'être nommés pour que se tiennent au plus vite les CAPD. Dans le fonctionnement, soyons attentifs à ne pas mélanger les CAPL de l'établissement et les CAPD.*

## Calendrier de designation des nouvelles CAPD



Nomina-  
tion de  
l'établis-  
sement  
qui gére-  
ra les  
CAPD

Nomina-  
tion des mem-  
bres qui re-  
présenteront  
l'administra-  
tion dans les  
CAPD

L'établis-  
sement  
gestion-  
naire de-  
vra,  
comme le  
faisait les  
DDASS,  
informer  
les établis-  
sements  
du départe-  
ment de  
l'organisa-  
tion des  
CAPD

**Soyons vigilant au respect du calendrier des CAPD et interpelons les ARS et les établissements concernés**

## Des conséquences sur les Commissions de Réforme Départementales

- Les CRD vont devenir une instance d'appel pour les salariés insatisfaits des décisions prises localement par l'établissement.
- Les membres des CRD n'auront pas l'info des dossiers valider et reconnus par les établissements.

### Commentaires CGT :

- *Nous devons être offensifs et exiger la communication des dossiers validés par les établissements, d'une part, pour s'assurer du traitement de ces dossiers, d'autre part, pour établir un suivi départemental des accidents et maladies professionnelles reconnus dans les établissements de la FPH.*
- *De plus, cette communication à l'instance départementale permet de créer une traçabilité des dossiers et de s'assurer de la transmissions à la CNARCL des dossiers traités dans les établissements. En effet, si cette opération n'est pas effectuée, les agents ne pourront pas faire valoir leurs droits auprès de la CNARCL le moment venu, ou lors d'un nouveau dossier, ou une réactivation*

## Des conséquences sur l'organisation des concours

- *Nous devons être offensifs et exiger la communication des dossiers validés par les établissements, d'une part, pour s'assurer du traitement de ces dossiers, d'autre part, pour établir un suivi départemental des accidents et maladies professionnelles reconnus dans les établissements de la FPH.*
- *De plus, cette communication à l'instance départementale permet de créer une traçabilité des dossiers et de s'assurer de la transmissions à la CNARCL des dossiers traités dans les établissements. En effet, si cette opération n'est pas effectuée, les agents ne pourront pas faire valoir leurs droits auprès de la CNARCL le moment venu, ou lors d'un nouveau dossier, ou une réactivation*

## ??? interrogations ????

- Qui a autorité sur les établissements privés lucratifs?  
Avec les luttes en cours, il est constaté qu'aucune autorité n'a d'emprise sur eux, malgré qu'ils dépendent pour la quasi-totalité de financements publics, appartenant à tous.

### Commentaires CGT :

- *Les tutelles se disent impuissantes dans la gestion des établissements lucratifs.*

# La loi HPST

## partie 2

# Conséquences

## pour

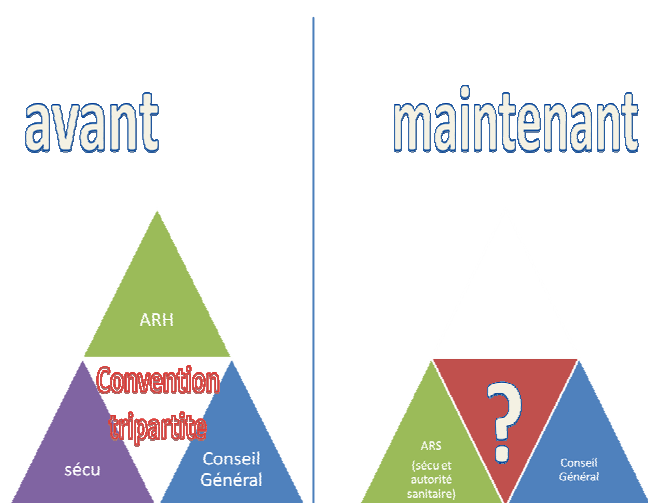
# le médico-social

# et les salariés

### Les nouvelles règles d'autorisations

- Les ARS vont délivrer les autorisations .
- Les conseil généraux vont financer avec la Sécurité Sociale.
- Les ARS n'ont pas autorité sur les Conseils généraux.
- *Cela va certainement évoluer avec la réforme territoriale voulu par le gouvernement.*

### Les conséquences sur les conventions tripartites



### Création de conflits nouveaux entre les tutelles

- Qui a autorité sur un établissement relevant du social et du médico-social ? (nomination du directeur, imposition de choix stratégiques, ...)
- Lors des actions des salariés: réquisition/assignation pour la continuité du service ou pour la continuité de la T2A ?

## **De nouvelles stratégies voient le jour**

### **Commentaires CGT :**

- ***Les stratégies de regroupements, de GCSMS (groupement de coopération sanitaire médico-social) se développent comme dans le sanitaire.***
- ***Les transferts du sanitaire vers ce secteur continuent.***
- ***C'est le passage de 30 000 établissements/structures à 5 000 établissements.***

---

### **Les garanties collectives de + en + attaquées**

### **Commentaires CGT :**

- ***La libéralisation du fonctionnement et du système de santé a pour conséquences des attaques de plus en plus présentes contre le statut et les conventions collectives.***
- ***Les 2 CCN qui concernent une très large majorité des salariés de notre secteur, la CCN 66 et la CCN 51, subissent, depuis 2 ans, des tentatives de sape et devraient subir une attaque en règle pour l'automne.***