

Nouvelle AP-HP : DMU, supra-GH, MAIS OÙ VA-T-ON ?

Que doit-on, que peut-on changer ?

Le système public hospitalier est à bout de souffle, nous dit-on de partout, dans les médias, au ministère, et dans nos directions hospitalières...

Effectivement, l'hôpital public souffre d'un double handicap, structurel et économique.

Remontons à 2009, où la loi HPST du ministère Bachelot, qui a fait descendre l'hôpital et les médecins dans la rue, a imposé le triple joug de la structuration en pôles, du financement exclusif par la T2A, et de la convergence public/privé.

Les services, unités cliniques de base, disparaissent alors au profit des pôles, unités de gestion financière, dont les responsables sont désormais tellement éloigné-e-s du quotidien des soignant-e-s et médecins que ceux-ci, souvent, ne connaissent pas leur nom ; le périmètre des pôles est anarchique, parfois incohérent, sans logique clinique ; ils n'ont pas favorisé la coopération entre services ; leur degré d'autonomie est quasi-nul. L'information est confisquée par une petite minorité, et les décisions appartiennent exclusivement au

duo directeur-riche/président-e de CME. Dix ans après, alors qu'aucun bilan n'a été concrètement tiré, tout le monde s'accorde cependant à dire que les pôles sont, au mieux inutiles, au pire une aberration à l'hôpital public.

La T2A, imposée sans discernement dans tous les champs de la prise en charge des patient-e-s, a conduit rapidement à une réorientation des recrutements en fonction du gain estimé, discret glissement vers la sélection des patient-e-s et des pathologies supposées « rentables », et la réduction forcée des durées de séjour ; la révision annuelle des tarifs, fonction inverse de l'activité constatée, et dans le cadre contraint d'un ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) insuffisant, oblige à une adaptation perpétuelle

totale de la population. Ce déficit chronique de financement a conduit en particulier l'AP-HP à réduire son personnel, au mépris des besoins quotidiens, et à imposer au forceps en 2016 une nouvelle organisation

du temps de travail ravageuse pour la santé des soignants et la qualité de la prise en charge des patient-e-s. Un bilan mitigé avait été tiré par la Mission Véran : dix ans après sa généralisation, **tout le monde s'accorde à dire que la T2A, comme système de financement de l'hôpital, est au mieux inadaptée à la plupart des prises en charge, en particulier chroniques, au pire toxique pour l'hôpital public.**

Enfin, la convergence des tarifs public/privé, heureusement stoppée avant sa pleine application, impose une distorsion de concurrence entre le public, chargé des missions bien peu rémunérées de service public (prévention, précarité, urgences, enseignement, recherche, etc...), et le privé lucratif, sans contraintes.

Le ministère annonce une refonte (très partielle) du système de tarification ; de son côté, la direction de l'AP-HP annonce vouloir modifier sa structuration, en particulier les pôles, avec la création de Département médico-universitaires (DMU).

La définition des DMU selon la Direction Générale

Il est mis en place une nouvelle organisation des structures médicales, reposant sur :

- les services, comme le niveau du travail d'équipe, de proximité avec le patient et d'organisation de la clinique ;
- les départements médico universitaires (DMU, appellation à consolider) réunissant plusieurs services unis par une logique de soins (filières) et une logique de recherche et se substituant aux pôles actuels ;

Les DMU comportent plusieurs caractéristiques communes :

- ils ont une gouvernance hospitalo-universitaire collégiale, autour d'un responsable ;
- ce responsable est nommé selon une procédure associant la gouvernance de l'AP-HP, la gouvernance du GH et la gouvernance de - ou des université(s) concernée(s) ;
- le « jury » peut associer des personnalités extérieures, éventuellement étrangères ;
- la nomination se fait sur la base d'un projet incluant les 3 dimensions (soins, recherche, enseignement) ainsi qu'une qualité managériale ;
- la gouvernance du DMU associe une valence paramédicale, qui vise notamment à impliquer les personnels paramédicaux dans la recherche, les pratiques avancées ;
- il peut être expérimenté une association de représentants de patients à la gouvernance ou au fonctionnement du DMU ou la désignation d'un « représentant référent patient » pour chaque DMU ;

- chaque DMU se voit désigner, dans l'équipe de direction du GH, un directeur comme référent, associé à la gouvernance du DMU ;
- la gouvernance du DMU se voit déléguer des compétences de gestion, dans le cadre d'un contrat ;
- un DMU inclut dans son périmètre l'association avec les unités de recherche avec lesquelles il collabore ;
- les responsables de DMU ne peuvent cumuler cette responsabilité avec celle de chef de service (sauf exception temporaire ou liée à un contexte particulier le justifiant). Les autres situations de cumul feront l'objet de précisions ultérieures ;
- la gouvernance du DMU, constituée autour d'un conseil de DMU, sera précisée ultérieurement ; elle veille à associer et créer des espaces d'échanges avec les services et avec les personnels et leurs représentants.

Les DMU sont organisés selon des principes auxquels il peut être dérogé pour des raisons légitimes, qui doivent être communiquées au directoire de l'AP-HP.

Ces principes sont les suivants :

- leur taille doit être telle que le nombre total de DMU par nouveau GH ne devrait pas excéder 20 ;
- leur périmètre doit être défini de telle sorte qu'il n'y ait pas dans deux DMU différents deux services de la même discipline, les disciplines pédiatriques pouvant justifier une exception, de même que la recherche d'une cohérence particulière au sein d'un site ;

Les services doivent favoriser le travail en équipe et la proximité :

- les chefs de services sont nommés par la gouvernance locale ;
- la gouvernance locale peut, en cas de difficulté, faire remonter au niveau de la gouvernance de l'AP-HP, la nomination du chef de service ;
- la procédure de nomination inclut un avis formalisé de l'équipe, au vu du projet ;
- les aptitudes au management sont un critère déterminant de la nomination ;
- la possibilité de nommer des PH comme chef de service, dans l'environnement hospitalo-universitaire qu'est le DMU, est légitime ;
- la notion d'équipe « médicale et soignante » associant donc les paramédicaux est un élément important du projet.

LA RESTRUCTURATION ACTUELLE EST-ELLE UNE SOLUTION À CES DIFFICULTÉS ?

LA RÉPONSE EST CLAIREMENT NON !

Nous avons décrypté dans un précédent numéro de ce journal la communication de l'AP-HP autour de cette transformation annoncée ; **car c'est bien d'une opération de communication qu'il s'agit, masquant la triste réalité de la poursuite d'une politique de dégradation de l'hôpital public.**

Même si les services reprennent officiellement leur place, leur autonomie est nulle, et les DMU, loin de rapprocher les décideur·se·s des soignant·e·s, les en éloignent encore plus ; sous cette forme, les DMU ne sont rien d'autre que

des super-pôles, conservant leur fonction de gestionnaire financier, tout en aiguisant en outre l'appétit de pouvoir d'une caste bien placée. Le semblant d'autonomie financière accordée aux DMU ne rassurera pas les soignant·e·s, car elle accentuera probablement encore la compétition entre structures.

La structuration autour de la valence universitaire reste théorique et n'emporte même pas l'adhésion des doyen·ne·s ni des universitaires (vote extrêmement mitigé de la CME sur la modification du règlement intérieur !) ; cette logique impose désormais la constitution de groupes hospitaliers gigantesques, menaçant l'unité de l'AP-HP, et dont la justification réelle est une concentration et une mutualisation des moyens, dans une logique purement comptable, déconnectée des besoins réels.

Dans le même temps, le « virage ambulatoire », qui « permet » une réduction des lits (30 % de « gain » espéré avec le nouvel Hôpital Nord) et des personnels, se révèle moins attractif que prévu sur le plan financier du fait des tarifs bien inférieurs à ceux de

l'hospitalisation classique. Il est même responsable d'une part significative du déficit de 200 M € de l'AP-HP en 2018.

Le volet « management et qualité de vie au travail (QVT) » annoncé se dégonfle avant même la mise en place, les propositions du groupe de travail fantôme ne sont même pas reprises pour l'essentiel ; le modèle hiérarchique reste le même ; pas question d'élection des responsables de structures ; le projet médical et l'organisation du travail restent l'apanage de ces responsables, tout au plus les personnels, médicaux et non médicaux, seront-ils « informés » la composition des conseils de service et de DMU reste à la main des responsables, leurs réunions non obligatoires, et sans pouvoir de décision ; le bilan managérial annuel n'est pas codifié, pas plus que la prise en compte des risques psychosociaux, sujet particulièrement brûlant en période de restructurations à outrance.



Le quotidien : que vivent et que veulent les médecins, les soignant·e·s et les patient·e·s ?

**CE QU'IL NOUS FAUT :
REMETTRE LA GESTION
HOSPITALIÈRE AU SERVICE
DES SOINS, ET NON
L'INVERSE. C'EST LA
VOCATION DE L'HÔPITAL
PUBLIC.**

Il nous faut redonner aux équipes soignantes la responsabilité de leur organisation ; en particulier, **les soignant·e·s doivent pouvoir décider du niveau d'effectif optimal et nécessaire, pour assurer sécurité et qualité des soins**, sans dégrader la qualité de vie des soignant·e·s. Toute réorganisation devrait être pilotée avec les personnels ; c'est l'inverse qui est constaté aujourd'hui, avec cette restructuration opaque et ces décisions discrétionnaires descendantes.

Il nous faut injecter la démocratie dans la gouvernance, à tous les niveaux ; pour un investissement des personnels, médicaux et non-médicaux, dans les structures, il faut qu'elles soient transparentes, démocratiques, et proches du terrain. La manière dont se mettent en place les nouvelles structures à l'AP-HP (GH, DMU) est une négation de cette démocratie, puisque **tout se décide dans l'ombre des bureaux directoriaux, sans aucune implication des personnels, alors que tous**

les sondages réclament la prise en compte de l'avis des personnels, médecins et non-médecins.

Les chef·fe·s de service devraient être élu·e·s, en fonction de leurs compétences managériales (qui nécessitent une formation) autant que de leur projet médical ; la fonction de chef·fe de service ne devrait pas être vécue comme la seule promotion possible pour un médecin, mais comme un investissement supplémentaire, au service de l'hôpital. Il faut conserver des structures représentatives du personnel, en particulier des médecins, à tous les niveaux, en particulier des CME de sites et de GH.

La mise en place d'une nouvelle organisation aurait dû être une opportunité pour organiser une véritable politique RH à tous les niveaux. Suffisamment d'affaires récentes nous ont montré les ravages d'un management par la contrainte et le harcèlement, avec pour seul objectif une hypothétique rentabilité financière. Les projets médicaux, à tous niveaux, doivent inclure un vrai volet RH (management, objectifs quantitatifs et qualitatifs, formation, respect d'un temps non clinique, etc.), impliquant un bilan annuel et des mesures correctrices, pouvant aller jusqu'à la suspension d'un·e responsable de structure.



La nouvelle AP-HP va-t-elle enfin prendre les mesures nécessaires pour lutter contre la souffrance au travail de celles et ceux qui font tourner la machine ?

La nouvelle AP-HP va-t-elle enfin prendre les mesures nécessaires pour lutter contre la souffrance au travail de celles et ceux qui font tourner la machine ?

On peut en douter quand on lit ce qui est notre nouvelle feuille de route : « L'AP-HP doit au cours des prochaines années relever cinq défis majeurs, malgré un contexte économique contraint, qui passe par une amélioration de nos performances, notamment économiques, et une préservation de notre capacité d'investissement... »

Derrière l'écran de fumée du jargon technocratique on comprend (« performances économiques ») qu'il s'agit de **comprimer encore plus les budgets de l'AP-HP, de faire toujours plus avec moins de moyens**. Modèle obligatoire : les formes de management issues du privé... qui ne connaît qu'un dogme : la rigueur financière. C'est bien pourquoi l'encadrement des équipes au sein de l'AP-HP est de plus en plus confié à des cadres administratifs, déconnecté·e·s de la réalité des malades et du travail de soignant. Les résultats de cette gouvernance, les personnels la vivent déjà et c'est catastrophique au quotidien. Loin de la remettre en cause, la nouvelle AP-HP semble vouloir l'entériner.

Ainsi note-t-on dans leur discours de remarquables absences : mission du service public, état de santé de la population, égalité d'accès aux soins. Le fondamental devient accessoire et seuls comptent des indicateurs chiffrés inspirés de l'industrie. Il s'agit de mesurer le volume d'activité (nombre d'actes), le taux de défaillance (décès, infections nosocomiales), le temps de production (durée de séjour, part d'ambulatoire) et même l'exportation (notoriété de l'établissement). On ne peut guère attendre de tels critères ni qu'ils mesurent la qualité effective des soins, ni qu'ils soient adaptés à évaluer notre mission de service public à l'AP-HP : « garantir à chaque citoyen·ne dans des conditions d'égalité, quels que soient son niveau de revenu et son lieu d'habitation, l'accès à l'ensemble des biens et des services de santé jugés fondamentaux ». **Ainsi on peut prévoir que les soignant·e·s dans la nouvelle AP-HP continueront d'être écartelé·e·s entre leurs valeurs d'excellence au service de tous et la logique comptable d'une gouvernance de plus en plus technocratique et de plus en plus maltraitante.**

C'est dans cette logique strictement comptable qu'il faut comprendre les « mutualisations » de moyens et de personnels qui aboutiront,

on le sait parce qu'on le vit déjà, non seulement à réduire les effectifs, mais aussi à nier les compétences individuelles de chacun·e. Ainsi, au sein des grandes plates-formes mutualisées de soins telles qu'elles sont prévues, les personnels seront plus que jamais des pions interchangeables. L'infirmier·e de rhumatologie deviendra tout aussi compétent·e (utilisable !) que celui/ celle d'endocrinologie pour faire l'éducation thérapeutique d'un·e patient·e diabétique, ou que celui/ celle d'oncologie pour passer une chimiothérapie dans une chambre implantable. Les acquis d'expérience sont niés, les personnels placés en zone professionnelle d'inconfort, les équipes détruites, les horaires toujours plus flexibles et imposés, les prises en charge de plus en plus dépersonnalisées. Que peut-il résulter de ceci à part un stress accru et un sentiment de perte de sens du travail ?

Tout cela rend ahurissante la suite, modèle rituel de langue de bois : « ...et qui conduira à des efforts importants pendant les prochaines années, sans que cela soit au détriment de nos missions, de la qualité des soins et de la qualité des conditions de travail. » Fermez le ban !



Ce que nous voulons pour l'hôpital public et l'AP-HP

DES HÔPITAUX DE TAILLE RAISONNABLE

Aujourd'hui de nombreuses études internationales montrent que la taille optimale d'un hôpital est une structure de 300 à 500 lits et places au grand maximum. Au-delà, les différentes unités se balkanisent et s'isolent, ce qui ne permet plus les échanges nécessaires pour une prise en charge adaptée des patient-e-s.

La logique actuelle de concentration des moyens dans des mégastructures est un non-sens, tant au niveau médical qu'économique. Dans le monde médical « big » n'est pas « beautiful ». Les spécialistes en organisation du travail le soulignent de plus en plus : si des gains d'efficacité peuvent être trouvés dans le regroupement de structures, au-delà d'une certaine taille, ces gains sont annulés et apparaissent même des éléments contre-productifs qui dégradent la qualité de fonctionnement. Il n'est pas possible de nous vendre d'un côté les concepts d'agilité et d'adaptabilité dans un monde en perpétuelle évolution et de nous imposer de travailler dans des établissements de très grande taille, impersonnels, sur-administrés et dont l'organisation se sclérose rapidement.

De plus l'argument de la qualité et de la sécurité ne tient pas, car aucune étude n'a montré une meilleure performance des grandes structures par rapport aux petites. Il suffit simplement de souligner, par exemple, que la qualité d'un-e chirurgien-ne n'est pas liée au nombre d'actes effectués dans le bloc opératoire dans lequel il/elle travaille mais bien au nombre d'actes qu'il/elle pratique lui/elle-même !

DES SERVICES QUI DOIVENT RÉELLEMENT REDEVENIR L'UNITÉ DE BASE DE L'HÔPITAL

Si des services hyperspécialisés restent nécessaires, les patient-e-s du XXI^e Siècle ne sont plus ceux du XX^e. Aujourd'hui, la majorité d'entre eux/elles sont des personnes de plus de 50 ans ayant plusieurs pathologies qui ne relèvent plus d'une seule spécialité. D'où l'intérêt de services de médecine polyvalente cordonnant le parcours des patient-e-s chroniques.

L'organisation et le maillage territorial des structures hospitalières doivent être décidés en fonction des besoins réels des bassins de population, par les hôpitaux et les services, en lien avec les usager-e-s, pas par des gestionnaires financiers. Les DMU, pas plus que les GH de l'AP-HP, ne répondent à cette logique.

LE SERVICE DOIT RESTER L'UNITÉ DE BASE DE L'ORGANISATION À L'HÔPITAL

afin de conserver un fonctionnement avec des structures de taille humaine, permettant un véritable travail collaboratif pluriprofessionnel, essentiel aujourd'hui en termes de qualité de prise en charge des patient-e-s. Tout en restant maître d'œuvre de l'ensemble de l'offre de soins avec des lits d'hospitalisation complète, d'hospitalisation de jour ou de semaine, des consultations et un plateau technique, les services doivent pouvoir se fédérer sur une base clinique, y compris dans une logique de filière ou de parcours de soins, sans qu'elle soit imposée par des contraintes financières. Arrêtons notamment de vouloir regrouper l'ensemble des consultations ou des hôpitaux de jour dans de vastes structures polyvalentes, dans une logique d'organisation industrielle

et productiviste de l'hôpital (une hospitalisation de jour de diabétologie et une hospitalisation de jour de maladies infectieuses requièrent des compétences d'équipe différentes, et il vaut mieux que chacune soit assurée par le service compétent).

Le virage ambulatoire, tel que conçu par les autorités sanitaires actuelles, est une grande escroquerie car il permet aux autorités, uniquement motivées par des objectifs d'économies budgétaires, de fermer massivement des lits alors que ce dont nous avons besoin aujourd'hui est d'une reconversion des lits aujourd'hui inutiles, notamment en chirurgie, en lits de médecine, en particulier pour maintenir un aval des urgences et de la médecine de ville. C'est d'ailleurs ce que préconise la Fédération Hospitalière de France.

Avec la CGT donnons des forces à l'AP-HP



Syndiquez-vous **cgto**  
la force de l'**ap-hp**

UNE ÉLECTION DES CHEF·FE·S DE SERVICE AVEC UN MANDAT RENOUVELABLE ET LIMITÉ DANS LE TEMPS

Il faut inverser la logique actuelle qui donne tous les pouvoirs aux directeur·rice·s dans la nomination et la décision de fin de fonction des chef·fe·s de service.

Nous proposons que les chef·fe·s de service soient élu·e·s par l'ensemble des personnels du service et nommé·e·s avec avis des directeur·rice·s. En cas de désaccord, la CME devrait avoir le pouvoir d'arbitrage.

Le mandat doit être limité dans le temps, par exemple deux mandats de 4 ans maximum.

Par ailleurs, le/la chef·fe de service ne peut diriger seul·e et doit s'appuyer sur un conseil de service composé de représentant·e·s élu·e·s des personnels médicaux et non médicaux du service.

L'ensemble des décisions ayant trait à la vie du service doivent pouvoir être discutées dans cette instance.

UNE CME DÉMOCRATIQUE

Le suffrage censitaire est un détournement de la démocratie. La représentation au niveau de la CME, comme de toutes les structures de l'hôpital, doit respecter le principe d'une femme ou un homme égal une voix. Ce n'est pas le cas actuellement, avec une représentation inéquitable entre les spécialités, et une sur-représentation des universitaires.

Par ailleurs la CME ne peut constituer la seule structure de représentation des médecins. Les médecins sont des salarié·e·s et doivent bénéficier d'élue·s syndicaux dans des instances représentatives du personnel, comme dans n'importe quelle administration ou entreprise. C'est d'ailleurs ce qui existe dans les hôpitaux privés à but non lucratifs,

les ESPIC, où les médecins élisent des représentant·e·s dans les comités d'entreprise et les CHSCT (regroupés depuis la loi travail dans une instance unique appelée comité social et économique ou CSE).



NOUS PROPOSONS QUE LES CHEF·FE·S DE SERVICE SOIENT ÉLU·E·S PAR L'ENSEMBLE DES PERSONNELS DU SERVICE ET NOMMÉ·E·S AVEC AVIS DES DIRECTEUR·RICE·S



TOUS CONCERNÉS

PAR LA NOUVELLE AP-HP
DE LA DIRECTION GÉNÉRALE !

VOUS ÊTES MÉDECIN ? ET VOUS VOULEZ AGIR !

Prenez contact avec :
christophe.prudhomme@aphp.fr

ou

christian.guy-coichard@aphp.fr

Merci de préciser :

- Nom, Prénom
- Etablissement
 - Service
 - Spécialité
 - Téléphone

Pour prendre contact avec l'UNION SYNDICALE CGT
de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

usap-cgt.sap@aphp.fr

Bourse du travail • 3, rue du Château d'Eau • 75010 Paris

Tél. : +33 (0)1 42 08 82 14 • Fax. : +33 (0)1 42 45 79 51

