



Note du collectif médecins

LE RAPPORT CLARIS : DES REPONSES À CÔTÉ, QUI NE CHANGENT RIEN

Montreuil, le 30 juin 2020

Le rapport du professeur Olivier CLARIS sur la médicalisation de la gouvernance et la simplification du fonctionnement de l'hôpital, vient d'être rendu public. Il avait été missionné en décembre 2019 par Agnès BUZYN, entre temps la crise du coronavirus est passée par là.

Le malaise et la souffrance des soignants de l'hôpital public, en manque de moyens matériels et humains, ne peuvent plus être ignorés. Les soignants ont trop souvent été considérés comme des pions. Certes, les circonstances ont rendu certaines réorganisations nécessaires, mais l'impréparation et l'autoritarisme ont trop souvent été la règle. La crise a pu être ici et là l'occasion de prises de pouvoir pour imposer des réorganisations du fait des manques d'effectifs chroniques dans les services. Cette crise sanitaire aurait dû être l'occasion de remettre en cause un management par le haut qui a montré, à tous les niveaux, son inefficacité.

Le rapport CLARIS, non seulement ne remet pas en cause ce modèle de fonctionnement managérial, mais renforce le pilotage par le haut, là où il aurait fallu plus de démocratie. Il nous est proposé seulement un nouveau partage du pouvoir entre les directions et la hiérarchie médicale, en intégrant davantage les médecins au « top management », ce qui était déjà, rappelons-le, l'argument essentiel pour nous vendre les chefs de pôle.

Le rapport pointe pourtant le hiatus criant entre ce « top management » et « les acteurs de terrain ».

« [65] La mission a résumé sa perception sur ce point par une formule choc : il y a une « rupture de faisceau » entre le « top management » médico-administratif de l'hôpital (formé par le binôme directeur - PCME et l'ensemble de la gouvernance) et les acteurs de terrain, en particulier les chefs de service et les praticiens. » p. 20

Mais cette rupture ne tiendrait qu'à une méconnaissance par la base des structures du sommet, et non pas à la méconnaissance par le sommet des problèmes du « terrain ». Il suffirait donc de mieux faire participer les médecins aux structures d'un pouvoir dont ils se sentiraient frustrés.

« Il paraît donc essentiel de faire revenir les acteurs médicaux et paramédicaux de terrain dans la dynamique hospitalière ; les recommandations 1, 13, 21 vont ainsi vers plus de transparence concernant le fonctionnement de la gouvernance et les recommandations 23, 22 proposent des moyens pour impliquer plus fortement les professionnels de terrain dans les décisions. »

Vous avez bien compris, les soignants ne sont pas dans « la dynamique hospitalière », ce sont les managers qui sont « IN », les soignants sont « OUT ». La dynamique hospitalière est celle de l'entreprise/hôpital et de sa gestion. Le discours de MACRON, en début de crise, sur la fin de l'hôpital entreprise est bien loin. Beaucoup de soignants considèrent aujourd'hui que leurs directions ou tutelles n'ont « rien à f... des patients », ce cri du cœur n'est sans doute pas venu aux oreilles du rapporteur. La rupture entre le management et les soins n'est pas seulement fonctionnelle et réductible par une meilleure organisation, c'est une rupture éthique.

LA PROMOTION DES MEDECINS PAR LE MANAGEMENT – UNE CERTAINE VISION « DES PREMIERS DE CORDÉE » DE L'HÔPITAL

L'objectif est de donner satisfaction à quelques lobbies médicaux en transformant les médecins en managers. Une des propositions phare est de permettre aux médecins de faire un « parcours managérial » (recommandation 33).

Il est en outre prévu : « Un dispositif de repérage, d'accompagnement et de valorisation des praticiens susceptibles de s'investir institutionnellement » (recommandation 12). On a le sentiment que tout est fait pour pousser les praticiens à faire autre chose que de la médecine !



On apprend même qu'il existe des managers à « haut potentiel », comme les autistes ! (recommandation 36). « [245] Afin de diversifier les modes d'accès aux emplois de direction (en hôpital, en ARS), il est nécessaire de mettre en place au niveau national une dynamique de repérage et de suivi des hauts potentiels managériaux, parmi les directeurs et les praticiens. ».

Cette formation au management est préconisée dès les études médicales et est l'axe central de la revalorisation de la profession médicale.

« Un praticien hospitalier, qu'il soit ou non universitaire, a ainsi la possibilité déjà aujourd'hui de candidater à un emploi de directeur général de CHU. Il peut également postuler à un poste de chef d'établissement, y compris un emploi fonctionnel au titre de la catégorie « non fonctionnaire »

Dans cet esprit, l'idéal promotionnel pour un médecin, son ambition finale, son bâton de maréchal en quelque sorte serait de devenir... directeur d'hôpital. **Monsieur VERAN peut saluer ce rapport basé sur un « consensus de haut niveau » qui est en fait un consensus au « haut niveau ».** Parmi les auditions de ce rapport n'ont été entendus que des représentants des directeurs (dont la CFDT) ou des syndicats de médecins corporatistes. **Comment peut-on oser parler de la gouvernance de l'hôpital sans que tous les personnels ne soient associés ?** La gouvernance ainsi pensée est le contraire de la démocratie. Elle est basée sur le « consensus » et non sur le débat.

Loin de bouleverser la gouvernance actuelle, il s'agirait d'en reproduire le schéma à tous les échelons dans une hiérarchie en mille feuilles, constituée à partir de couples directeur ou cadre/médecin dans chaque strate : directeur/président de CME, chef de pôle/cadre de pôle, médecin-chef/cadre de proximité, forme fractale d'une hiérarchie modulaire construite sur le modèle de son sommet.

« Faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel. » (recommandation 17)

Quel décalage avec les attentes des hospitaliers !

CANALISER DES CONTESTATIONS LÉGITIMES

Il est judicieusement noté que la satisfaction du fonctionnement de l'hôpital est d'autant plus grande qu'on est plus haut dans le « top management ». Curieux non ?

« On observe souvent que la satisfaction augmente avec les responsabilités managériales. » p. 81

Pourtant, au fil des auditions, la réalité concrète de l'hôpital ne pouvait pas être totalement ignorée, même à travers des questions orientées. Il est difficile alors de cacher les sources de mécontentement à l'origine d'une perte de l'attractivité de l'hôpital pour toutes les professions.

« La difficulté majeure exprimée par l'ensemble des acteurs hospitaliers porte sur les conséquences très négatives de la perte d'attractivité de l'hôpital

public pour les praticiens et certains autres métiers soignants (cf. point 2.1). » p.28

Le rapport ne peut ignorer ce qu'il appelle par euphémisme des « irritants ».

« Les auditions et visites ont permis à la mission de faire émerger trois leviers d'action attendus au plan national pour faire « bouger les lignes » sur ce sujet des irritants : l'augmentation des moyens humains et financiers dédiés à l'hôpital public, l'ouverture de lits supplémentaires et la revalorisation des salaires (cf. point 2.1). »

La recommandation 26 précise :

« [217] Tous les acteurs hospitaliers, quels que soient leurs métiers, ont fortement insisté auprès de la mission sur la nécessité d'une revalorisation financière des conditions d'exercice à l'hôpital public. »

Sans surprise cette recommandation ne sera pas reprise dans les 20 recommandations principales de la mission !

« [219] Les rémunérations, et en particulier, l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) sont à revaloriser pour les professionnels médicaux. Il s'agit également de mieux reconnaître et indemniser les contraintes inhérentes au service, notamment celles relatives aux gardes et astreintes. »

« [220] Les grilles de rémunération des professionnels paramédicaux doivent également être revalorisées significativement, comme l'indemnisation associée au travail de nuit, de week-end et de gardes et astreintes. »

Des revalorisations véritables ne peuvent se limiter à l'indemnité de service public exclusif pour les praticiens ou au travail de nuit, de week-end ou en astreinte. C'est encore une fois refuser les augmentations réelles du salaire et refuser les revalorisations à la plupart des personnels non-soignants.

Faut-il s'étonner que les solutions proposées pour y répondre en terme de management : « réinventer les pratiques managériales dans une approche découplée ... mieux impliquer l'équipe dans la définition du projet médical... simplifier les outils qualité, etc. » n'aient pas eu beaucoup de succès ?

Suit une longue liste de ces « irritants » : « la lourdeur des circuits de décision, l'absentéisme (symptôme lui-même des dysfonctionnements), la recherche de lits (autre conséquence des fermetures) » la solution serait que (recommandation 24) : « Chaque pôle d'une certaine taille devrait disposer d'un gestionnaire de flux pour la recherche des lits, l'absence de réponse de la hiérarchie (la gouvernance est à sens unique), la multiplication des procédures et des processus de qualité (la qualité, pensée de manière technocratique devient un obstacle au sentiment de bien travailler, une aberration), le « poids des procédures de traçabilité (toujours tendancielle des moyens de contrôle), procédures liées à la gestion des ressources humaines, vétusté des locaux, insuffisance de l'autonomie de l'encadrement de proximité. »

En ce qui concerne les conditions de travail notamment des médecins, la recommandation 28 propose de : « Définir et mettre en œuvre un projet social médical. Élaboré à l'initiative de la CME. ». Mais pourquoi envisager pour cela des procédures différentes de celles des autres personnels de l'hôpital ?

UN HÔPITAL QUI MARCHE SUR SA TÊTE

Il faut à tout prix récupérer les médecins, à commencer par les chefs de service coupés du top management et désenchantés du modèle de l'hôpital entreprise. Pour cela, les services doivent reprendre une place qu'ils avaient perdue dans la nouvelle gouvernance.

« Les différentes auditions et visites ont largement mis en évidence que le service de soins avait été écarté de la gouvernance hospitalière depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST). Ce constat est celui d'un regret, tant le service demeure le collectif d'action fondamental des équipes soignantes ainsi qu'un identifiant majeur de la discipline d'exercice, y compris pour les patients et consultants. Ce constat s'accompagne d'une forte demande de repositionnement du service au cœur d'une gouvernance hospitalière revisitée. » p. 24

[89] Le service ressort donc clairement pour les acteurs hospitaliers comme le niveau d'action à réinvestir, avec des effets positifs attendus sur tous les plans. p. 24.

Les principales recommandations visent à donner plus de pouvoirs aux chefs de services : en terme de reconnaissance réglementaire (recommandation 14), d'implication dans la désignation du cadre (recommandation 22), de recrutement d'un éventuel adjoint (recommandation 16) ou de rémunération dédiée à sa fonction (recommandation 18).

Quant à la procédure de désignation garantissant une meilleure légitimité des chefs de service ou de pôles, elle reste soumise à un entre-soi qui satisfera à n'en pas douter les revendications les plus catégorielles de certains médecins.

Notons que dans les réponses, les pôles ont clairement été identifiés comme un obstacle à cette reconnaissance des services au niveau de l'hôpital :

« A la question « selon vous, les services ont-ils trouvé une voie d'expression au sein des pôles ? », 65 % des répondants répondent par la négative. Ce pourcentage s'élève à 77 % pour les chefs de services et 80 % pour les praticiens... Les chefs de pôle eux-mêmes sont partagés sur cette question : 51 % répondent oui, mais 48 % répondent non ».

« Si le pôle, malgré les limites encore constatées notamment en termes de délégation de gestion, s'est imposé comme un acteur de gouvernance institutionnelle médico-administrative, cette évolution s'est faite au détriment des services ».

Le rapport ne peut que souligner l'impact négatif du comité stratégique des GHT sur les établissements :

« Les répondants sont unanimes quant à l'impact négatif du Comité stratégique du GHT sur la dynamique de leur établissement » p. 81, de même que le directoire sur la CME ou des pôles sur les services. « L'impact de la création des pôles sur la place des chefs de service est unanimement ressenti comme négatif, en particulier pour les chefs de pôle, de service et les praticiens. ».

À sa manière, le rapport reconnaît que toutes les politiques hospitalières récentes ont contribué, les unes après les autres, à affaiblir les pouvoirs de décisions les plus proches du terrain au profit d'instances bureaucratiques éloignées et de plus en plus coupées de la réalité, les conséquences n'en sont pas tirées pour autant.

« La forte attente en termes de reconnaissance de l'échelon du service n'a pas été exprimée lors des visites et auditions comme une remise en cause systématique (je souligne) des pôles. Il apparaît que les deux niveaux peuvent coexister de manière efficace et harmonieuse. » p. 24

Le grand mouvement de regroupements : des services dans les pôles, des hôpitaux dans les GHT montre ses effets négatifs. D'où ce sentiment d'éloignement des lieux de décisions que ressentent les professionnels. S'il est proposé aux médecins de récupérer des strapontins de pouvoir, récupéreront-ils pour autant le sens de leur métier quand ils seront incités à se former à un nouveau métier : celui du management ?

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE SOUMISE AUX IMPÉRATIFS GESTIONNAIRES ET FINANCIERS DES ARS ET DU COPERMO

Sur les questions de santé publique, le rapport ne propose rien de nouveau : le GHT reste le territoire de référence notamment en termes de partenariat, ce qui est inadapté en terme de proximité, comme le secteur psychiatrique en montre l'exemple. La psychiatrie n'est d'ailleurs explicitement citée que dans cette partie du rapport (recommandation 41), en référence à la notion de « responsabilité populationnelle ».

« [263] L'émergence de cette notion de responsabilité populationnelle doit s'articuler sur un territoire pertinent correspondant à un ou plusieurs bassins de vie cohérents, et en tenant compte de la sectorisation en psychiatrie. »

L'échelle territoriale des bassins de vie, qui est celle des GHT, ne correspond pas du tout au secteur qui suppose une intervention de proximité et l'unité d'une équipe. Les critiques très superficielles du rapport sur les ARS se limitent à demander plus d'autonomie pour les délégations locales. Sans bien-sûr, remettre en question l'existence des ARS, telles que leurs missions les définissent. La crise sanitaire a pourtant montré leurs incompétences contrairement à ce que le rapport avance :

« [283] La pandémie due au SARS-CoV 2 a montré récemment la réactivité et la rapidité de décision en termes d'autorisations de soins dont les ARS ont pu faire preuve. » !

Quant aux remarques sur le COPERMO, elles montrent, à travers les lignes, les grandes difficultés que rencontrent les établissements avec cette superstructure toute puissante, mais les questions de fond, comme celle du financement, sont éludées. Comme souvent dans la langue de bois des rapports officiels actuels, on trouve le mot autonomie là où il faudrait parler démocratie.

LA DÉMOCRATIE INDISPENSABLE POUR AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET L'EFFICACITÉ

Les personnels hospitaliers ne peuvent plus être réduits au rôle d'exécutants. Ce modèle féodal et technocratique est révolu, il ne répond pas aux exigences de démocratie d'un hôpital moderne, de plus il est inefficace. La gestion exclusive par le sommet et les experts a montré, en vraie grandeur, son incapacité à affronter une crise sanitaire grave. On ne peut pas se contenter de services pilotés par le binôme médecin-chef de service/cadre de santé. C'est l'équipe qui doit être la structure de base de l'organisation. Il faut refonder des collectifs de travail, ce qui implique une stabilité des équipes, contraire aux logiques du management. La notion « *d'intéressement collectif* » de l'équipe. La recommandation 20 est une réponse on ne peut plus ambiguë, pour valoriser le travail collectif. Les moyens attribués doivent être liés aux besoins des patients et pas un incitateur managérial.

Le rapport CLARIS a pour ambition d'intégrer d'avantage les médecins dans le management, mais la solution n'est pas de les associer à la gouvernance actuelle telle qu'elle est, en donnant des strapontins de pouvoir à certains. Les médecins éligibles seraient encore plus dépendants

du pouvoir qui les a nommé. Cette « promotion » ne concernerait qu'une minorité dont la légitimité pourrait être contestée, comme le rapport l'anticipe. La participation de tous les médecins aux décisions de l'hôpital passe par la démocratie. Il est inconcevable que les médecins soient les seuls professionnels de l'hôpital qui n'aient pas droit à une représentation syndicale dans les instances. La place exclusive donnée aux médecins responsables de service ou d'unité de soins à la CME ne peut aboutir qu'à des divisions et des rivalités qui ont toujours été des aubaines pour les directions.

Le rapport CLARIS, loin de le critiquer, s'inscrit dans ce fonctionnement anti-démocratique de l'hôpital où les médecins ne sont reconnus que s'ils font allégeance. Les médecins ne doivent pas être en dehors du droit commun, au nom d'une notabilité qu'ils ont perdue depuis longtemps, et qu'ils ne retrouveront pas dans un illusoire pouvoir managérial.

L'attractivité de l'hôpital, pour les médecins, passe aussi par une reconnaissance de leur métier en tant que tel, sans perdre leur identité en devant se former à un « nouveau métier ». Le rôle des médecins, avec les autres soignants, est de porter la finalité des soins au cœur du projet hospitalier, seul contre-pouvoir réel à celui de la gestion.

Ce rapport est donc le reflet très significatif de l'incapacité des décideurs actuels de penser autrement qu'à partir d'une hiérarchie dont ils ont l'assurance d'occuper le sommet. Ils sont enfermés dans ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui une « bulle cognitive », ce qui est une façon charitable de dire que la malveillance n'explique pas, seule, autant d'aveuglement. ■