



**ASSEMBLEE GENERALE  
LORRAINE  
DU 3 OCTOBRE 2008  
à la Maternité Régionale de  
NANCY**

***Etaient Présents :*** Pascal BASCHER, Lysis BAUR, Eric BOURGUIGNON, Annie BUCKEL, Régine, Gérard DELENA, Nathalie DHELLEM, Caroline DREYSSE BERNARD, Brigitte DUCAL FAUCHARD, Eric GAUTHIER, Jeanine GAUTHIER, Thierry GEBEL, Catherine GRANMOUGIN, Catherine GUILLEMIN, Sylvie HACQUIN, Philippe KRATZ, Sandra MONTEIRO, Angélique NOISETTE Renaud ANDRE, Michel Léopold JOUVIN, Luc LIVET, Marie Estelle PELTIER, Olivier PERRIN, Roland PINCK, Stéphanie REMIATTE, Catherine SCHMITT, Katia SEWASTIANOW, Philippe VILLENEUVE, Maurice ZILLOX.

*Invité :* André ARNAUD Délégué National

*Modérateur :* Olivier Perrin, Secrétaire Régional

*Secrétariat de séance :* Eric GAUTHIER, Secrétaire Régional Adjoint

**I. Objet de la réunion :**

La réunion avait pour objet de débattre sur le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé Territoire » avec une présentation des principaux points par André RENAUD Délégué National.

**II. Les échanges sur le projet de loi :**

Avec le projet de loi on assiste à une évolution importante des textes. Elle constitue une véritable réforme depuis 50 ans dont les enjeux sont majeurs. Les principaux aspects traduisent un libéralisme économique, un renforcement du pouvoir des Agences régionales de santé avec des objectifs d'activité contraignants.

André Arnaud présente une synthèse commentée des grandes lignes du projet, (PPT joint au compte rendu). Actuellement, le projet de Loi a été transmis au Parlement après avoir été validé par le Conseil d'Etat.

Ce qu'il convient de retenir des échanges sur le texte :

- ◆ Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une réforme des politiques publiques dont l'objectif prioritaire est la réduction des dépenses de l'Etat avec une volonté du gouvernement d'aller vite ;
- ◆ L'hôpital est en crise, il convient donc de moderniser les structures ;
- ◆ La notion de service public doit évoluer et n'est plus le monopole ni l'exclusivité des établissements public de santé. Le secteur privé peut désormais assurer des missions de service public ;
- ◆ Les établissements publics ne peuvent être compétitifs s'ils sont obligés de « subir » le code des marchés publics et conserver toute la panoplie (la mallette) des statuts de la Fonction publique hospitalière ;

- ◆ La séparation entre l'ordonnateur et le comptable reste d'actualité et demeure un frein supplémentaire ;
- ◆ La réforme ne va pas assez loin. On s'est arrêté au milieu du gué ;
- ◆ La répartition des pouvoirs n'est pas équitable. Ils ne sont pas équilibrés entre le chef d'établissement et le président de CME. Le président du directoire, Chef d'établissement, est révocable, son vice président, en revanche, président de la CME, élu par ses pairs, médecins, « ingénieurs de production », n'est pas responsable au même titre que le directeur;
- ◆ contrat de gestion des médecins responsables de pôle : délégation de gestion : nouvelle structure administrative avec un risque de «balkanisation» de l'hôpital
- ◆ nécessité de formation des médecins à la gestion et au management ;
- ◆ Quid de la position des directeurs adjoints et de la notion d'équipe de direction ?
- ◆ Le Directeur des soins perd sa place traditionnelle et doit développer sa fonction vers des missions transversales.
- ◆ Introduction de personnels sous contrats pour piloter certaines missions ou directions, nommés par le Directeur ;
- ◆ Introduction d'activité libérale dans les établissements, très encadrée par le ministère.
  
- ◆ Quelle est la structure juridique réservée à l'établissement public de santé (ni industriel, ni commercial), alors que l'exécutif est en perte d'autonomie, le directeur, sous la responsabilité directe du Directeur de l'Agence régionale de santé (DARS), perd ses marges de manœuvre. Il est lié par un contrat d'objectifs.
  
- ◆ Quelles seront les prérogatives de la future ARS vis-à-vis du sanitaire comme du médico-social ?
  
- ◆ Communauté Hospitalière de Territoire : 2 modes de CHT, une fédérative (forme peu incitative) ou une CHT intégrée (préfigurant les fusions et imposée par l'ARS). Le but essentiel est de réaliser des économies. Quelles organisations à l'intérieur de la CHT ? Quelle configuration des équipes de direction ? Quelles instances conservées ? Quelle efficacité ? Difficile d'y voir clair d'autant que les décrets d'application peuvent nuancer le texte législatif.
  
- ◆ Gestion des pôles : rôle du directeur administratif dans les pôles, places des directeurs adjoints et des DS ; répartition des temps cliniques et administratifs des médecins
  
- ◆ Devenir des DDASS, rôle et répartition des missions de la DHOS, du CNG

Les points sur lesquels le SNCH se mobilise fermement pour amender le texte ou pour faire évoluer la situation :

- ◆ DH, D3S : rôle et compétences des CAPN : avis préalable à toutes nominations et affectations des directeurs ; le rôle du CNG et des directeurs mis à disposition pour recherche d'activité, position statutaire en fin d'activité (quelles garanties ?);

- ◆ Fragilisation de la fonction de directeur même si le texte parle de renfort des pouvoirs ! quelle liberté d'exercice ? quel supérieur hiérarchique des directeurs ? quelle autonomie ? le DARS propose les affectations, les évaluations et décide de la fin de fonction...
- ◆ Le directeur des soins doit se recentrer sur la qualité, la gestion des risques et assurer l'arbitrage inter pôle, cette transversalité n'apparaît pas dans le projet ; nouveauté : gestion des DS par le CNG (volonté des professionnels?)
- ◆ Cadre de santé, cadre administratifs : noyau des réformes, en perpétuelle adaptabilité et objet de toutes les réformes : aucune référence dans le texte ; pas de place pour le collège des cadres ; pourtant, une redéfinition du rôle et des missions des cadres avec intéressement aux résultats des pôles.
- ◆ Pas de levier de valorisation financière possible individuelle sans oublier la nécessité d'une reconnaissance pour services rendus : outil de motivation des agents, outil de valorisation financière des cadres,
- ◆ Quid des inspections ? halte aux inspections sans objectif pédagogique ni responsabilisation des acteurs ;
- ◆ LMD : coopération entre professionnels : 2 filières proposées : filière clinique et filière management ;
- ◆ ACH, AAH : comme les cadres de santé, professionnels très recherchés et sollicités
- ◆ Ingénieurs cadres techniques: absents de la réforme, non présents dans les instances de direction, d'établissement.

### **III. Election pour le délégué représentant la catégorie DH au bureau régional du SNCH : le poste étant vacant**

2 candidats se sont présentés :

- ◆ Evelyne KERLEO Directeur adjoint au Centre hospitalier de Verdun,
- ◆ Michel Léopold JOUVIN Directeur du Centre hospitalier de Jury les Metz.

35 DH à jour de leur cotisation, 16 bulletins : 16 votants

Résultats : - Evelyne KERLEO : 11 voix, **élue** ;  
 - Michel Léopold JOUVIN : 4 voix  
 - 1 bulletin nul

### **Prochaine réunion :**

Une prochaine assemblée sera organisée au premier semestre 2009.

*Le Secrétaire Régional*

*O.PERRIN*

*Rappel : prochaines élections des représentants au bureau national SNCH en 2009*

*Textes de références sur la position du SNCH relative au projet de Loi et demandes d'amendements : sur le site [www.snch.fr](http://www.snch.fr).*