



**Pôles :  
des métiers,  
une institution,  
un service public menacés!**

**Tous concernés, Tous mobilisés!**

# 15 décembre en grève

*Fermeture de lits, plans d'économie successifs, suppression de 4000 emplois, Van Lerberghe poursuit son entreprise de destruction. A la faveur de la nouvelle gouvernance et des pôles, elle veut faire sa loi, imposer étranglement budgétaire, suppressions d'emplois, rentabilité maximale, flexibilité, mobilité, salaire au mérite.*

*Quelques médecins à qui elle veut donner tous les pouvoirs, en leur laissant la laisse budgétaire autour du cou, seront chargés de faire le sale boulot pour lequel elle touche 20000 euros mensuels. Rien n'est joué !*

*2006 est l'année décisive pour l'AP-HP à nous de passer ensemble à l'action pour arrêter le massacre.*

## **Nouvelle gouvernance : Kesaco?**

Ce vocabulaire techno, désigne les modifications de fonctionnement, de direction, d'organisation.

Dans ces temps de reculs sociaux, plusieurs secteurs sont touchés : sécurité sociale, hôpitaux....

Pour la santé, ce n'est que la mise en musique des centres de responsabilités et "du plan Juppé de 1995" voie de la privatisation et des restrictions économiques.

Economiquement, la tarification à l'activité (T2A) verrouille la bourse.

Quelques textes sont parus :

- modifications des pouvoirs des conseils d'administration et possible mise sous tutelle directe de l'ARH en cas de refus de plan de redressements.
- mise en place de comité exécutif.
- pôles et chefs de pôle date limite de mise en place fin 2006. Mais la tactique est d'aller le plus loin possible sur le terrain pour ensuite le passer dans la loi. Rosemarie est missionnée par le ministère pour être le commando de choc d'avant garde. Ce qui passera à l'AP et dans les grands CHU de France passera ailleurs...sauf si la communauté hospitalière défend ses valeurs et ses missions!

## **La direction de l'hôpital chamboulée.**

La mise en place de **comités exécutifs** dans les établissements, composés à parts égales de médecins et de membres de la direction signe le retour en force du pouvoir médical et l'absence totale des personnels dans les centres de décisions. Cet organe opaque, prend les décisions stratégiques et effectives, c'est le centre du nouveau pouvoir hospitalier.

Il en existe un à l'AP, dont l'existence n'est pas connue par ses relevés de décisions inexistantes.

Aucune transparence ni débat sur les décisions de ce cercle d'initiés, telle est la volonté personnelle de la DG dans sa vision autocratique et comptable.

Radio Van Lerberghe annoncera les décisions comme une évidence!

Dans nos établissements, ils se mettent en place dans la même clandestinité. Politique comptable des "nouveaux mandarins" sans présence de personnels, et diminution encore des (faibles) rôles des Comité médical d'établissement (CME), du comité technique d'établissement (CTE), y compris du conseil d'administration.

C'est la fin de la responsabilité décisionnelle des directeurs d'établissements. Parallèlement des modifications statutaires interviennent pour permettre la nomination de directeurs issus du privé, sans passer par la filière fonction publique, afin d'introduire encore plus les méthodes du privé....

## **Pôle position pour l'AP**

Les textes prévoient des chefs de pôle qui auront autorité fonctionnelle sur la totalité du pôle, concluent un contrat d'objectifs et de moyens, peuvent avoir des délégations de gestions. Passons sur les conditions de nominations, les nominés étant déjà connus, bien que Rose Marie réaffirme que c'est elle, le président de la CME qui nomme, le conseil d'administration entérinant les décisions. La durée du mandat est de 3 à 5 ans, l'AP s'oriente sur 4 ans et les conditions de renouvellement seront fixées dans le règlement intérieur, ce qui laisse prévoir de belles bidouilles.

Il sera assisté d'un cadre supérieur de santé " chargé de l'organisation des soins, de la gestion et l'évaluation des activités dans le cadre de ses compétences" comme disent les docteurs de la CME.

Il aura également à ses côtés un cadre administratif, qui sera en fait un contrôleur de gestion, chargé de contrôler le respect des budgets utilisés.

Le conseil de pôle, qui ressemble aux conseils de services (dont l'efficacité reste encore à prouver malgré leur grand âge), est l'organe "démocratique" prévu. Nouveauté, ils seront élus (hors syndicats), vu les pouvoirs des chefs de pôle, ils n'auront aucune protection et s'ils ne sont pas dociles...

L'AP est un des établissements anticipateur, la mise en place doit être finie fin 2006, on n'est pas déçu du voyage.

### **En pratique pour Rose Marie c'est quoi un pôle?**

Après avoir partagé l'AP en 4 GHU, les 750 services de l'AP deviennent 150 pôles.

Services administratifs et techniques sont eux aussi en pôles.

Ils vont représentés pour certains le budget et les effectifs de petits établissements. Ils auront la pression budgétaire avec **le contrat d'objectifs et de moyens à respecter**, qualité du service et qualité d'exercice professionnel seront sacrifiés sur l'autel des résultats au moindre coût, sinon les moyens baisseront.

De trop rares médecins s'élèvent déjà contre un système contraire à l'éthique médicale, quand à l'éthique des autres professions hospitalières, elle est aussi laminée.

Quand le personnel représente 65% du budget on voit où est "la variable d'ajustement" si la rentabilité comptable fait la loi, aggravé par des moyens préexistants insuffisants et des plans d'économies qui se succèdent.

### **Les services n'existent plus**

"Ce sont des plumes pour que les docteurs jouent avec" selon rose marie en annonçant l'explosion des équipes d'encadrement actuelles des services, la suppression des cadres sup des services et l'appartenance des personnels non plus au service mais au pôle. Pour Rose-Marie, le pôle est une grande maison dont le grand chef docteur est le seul maître à bord à condition qu'il applique les principes sacrosaints d'économie maximale. Les personnels, des pions, que l'on fera virevolter de gauche à droite et de haut en bas, pour dépersonnaliser, casser les équipes et masquer la pénurie des effectifs et le patient un client qui doit rapporter.

### **Les délégations de gestion proposées au chef de pôle**

Elles en font un patron de PME.

Pour la Directrice Générale, le cadre proposé est le minimum (!), rien n'empêche les directions locales d'aller plus loin.

- La direction donne le pouvoir **de recrutement, notation, sanction, promotion, primes, au chef de pôle.**

**C'est inacceptable**, cela constitue une remise en cause du statut de la fonction publique hospitalière, c'est le directeur qui est le décideur, responsable et interlocuteur unique avec les contraintes réglementaires liés aux possibilités de recours et les procédures réglementaires prévues.

- **Il a la haute main sur les personnels médicaux et non médicaux du pôle.**

\* Dans le cadre du budget des personnels non médicaux et médicaux qui lui est attribué, pour chacun, il a tout pouvoir.

**Gestions des postes et des effectifs, transformations de postes à budget constant, gestion des moyens de remplacement interne ou externe c'est à dire intérim ou déplacement d'agents à l'intérieur du pôle ou heures supplémentaires, organisation, horaires, formations...**

Le chef de pôle tranchera en dernier ressort sur la répartition des moyens à l'intérieur du pôle.

Ces moyens dans la logique des plans d'économies, des 4000 suppressions d'emplois et d'une approche purement productiviste et comptable continueront à être en diminution et ne pourront tenir compte de la nécessaire qualité pour les patients et des conditions de travail du personnel. L'augmentation de l'activité à tout crin est le seul credo.

La gestion de l'organisation et des horaires sous la houlette du chef docteur qui devra réduire les coûts, ne peut nourrir que des inquiétudes justifiées, il suffit de regarder ce qui se passe déjà aujourd'hui!

Les politiques de formation seront de plus en plus au service immédiat du pôle et non en fonction des nécessités d'évolution des agents et des professions.

**Pour les personnels**, c'est autant de DRH que de chefs de pôles, la disparition de l'interlocuteur et du décideur unique qu'est aujourd'hui le directeur d'établissement, la division des personnels par éclatement de la maison commune en plusieurs "cliniques".

**Pour les personnels**, derrière la disparition voulue des services, c'est la mobilité garantie à l'intérieur du pôle, pour gérer des activités et des effectifs à flux tendu ou dépassé, des conditions de travail, d'exercice professionnel dégradé, le regard sera concentré sur l'activité et le coût. Les personnels deviendront des OS de la santé, qui serreront leur boulon sur la chaîne de la production animée par le contremaître chef de pôle.

- **Il à la haute main sur le budget d'exploitation et d'investissement.**

La latitude du chef de pôle est là aussi totale.

L'argent pourra passer d'une colonne à une autre selon le bon vouloir et les intérêts économiques, médicaux et politiques des uns et des autres.

## **Nouvelle gouvernance : Van Lerberghe veut faire sa loi!**

Les textes imposent, scandaleusement, un comité exécutif de direction.

Ils remettent les clefs de l'hôpital aux corps médical.

Si les pôles sont prévus, avec toute la nocivité induite par les "nouveaux mandarins" au pouvoir exorbitant, délégations de gestion maximale, suppression des services, suppressions des cadres sup. et des équipes, pénurie organisée des professionnels, suppressions d'emplois, transversalité et mobilité maximale sont de la seule responsabilité de Van Lerberghe.

Les projets de pôle doivent être finalisés pour mars 2006, il est temps d'agir!

### **Arrêt des suppressions d'emplois et des plans d'économies! Réouverture de tous les lits avec les moyens nécessaires!**

Alors que des lits sont fermés par manque d'effectifs, c'est à nouveau un plan d'économie de 45 millions d'euros que nous prenons pour 2006, doublé d'un deuxième plan d'économies pour la gériatrie, pompeusement baptisé "plan de convergence"(des restrictions?).

C'est la poursuite des 4000 suppressions d'emplois et une augmentation d'activité de 5 à 7%!

### **Maintien des services pour les équipes !**

La référence aux services est essentielle aujourd'hui pour éviter une valse tout azimuts des uns et des autres, avec des cadres et des agents dilués dans des pôles où les événements liés au pouvoir médical, aux résultats économiques imposés, aux changements de chef de pôle, laisse un avenir professionnel des plus incertains à chacun.

Sous prétexte "de responsabiliser au plus près du terrain", elles donnent tous les pouvoirs au chef de pôle.

Mandarins, mobilité des personnels, productivité à moindre qualité et coût, c'est le résultat. Le plus près du terrain **c'est près des patients dans les services où évolution de la qualité, amélioration des pratiques professionnelles, du service rendu aux usagers, se fait avec des équipes stables et suffisantes, des moyens, une dynamique et pas des suppressions de postes.**

Pour les administratifs, c'est l'explosion des directions fonctionnelles avec les suppressions d'emplois, la polyvalence, la dégradation des conditions de travail. Pour les techniques, c'est l'accélération de la concession au privé. Il y a des améliorations à apporter à notre système, dans le respect de la dynamique professionnelle collective et de chacun.

La suppression des services pour le pôle privilégie la rentabilité au détriment des besoins, de la dynamique d'équipe et de l'éthique professionnelle.

### **Respect des filières métiers! Véritable politique de formation prévisionnelle!**

Que l'on soit administratif, technique ou soignant, la référence aux filières métiers est aussi essentielle.

Essentielle pour la poursuite de l'évolution de nos divers métiers, pour le rôle d'expertise professionnelle et la qualité générale des prestations dans nos divers secteurs.

Essentielle pour garantir à nos divers métiers une évolution de carrière possible Rose-Marie ne voit elle que polyvalence managériale ou professionnelle, le glissement de tâches devient structurel à tous les niveaux par la suppression et la pénurie organisée des différents métiers administratifs, techniques ou hospitaliers.

Les formations doivent être suffisantes pour couvrir les besoins, les postes vacants et les vagues importantes de départ en retraite, il faut une rupture avec la politique de pénurie menée aujourd'hui.

### **Une logique économique qui attaque les salaires**

Salaires au mérite, intéressement avec les budgets économisés, augmentation des heures supplémentaires (si vous voulez gagner plus, travaillez plus!) est le seul discours tenu par le ministère de la fonction publique et le ministère de la santé aux fédérations syndicales. La mise en place des pôles, tels que le rêve Rose-Marie crée les conditions pour un éclatement des grilles de salaires de la fonction publique, des évolutions de carrière, de la promotion professionnelle des agents. Alors que c'est de négociations réelles sur les grilles de salaires que nous avons besoin!

### **Agir avant qu'il ne soit trop tard!**

Les évolutions doivent se faire avec les moyens nécessaires par l'élaboration de plans d'actions alliant qualité et amélioration du service au patient, amélioration des conditions de travail, dans un dialogue efficace et honnête et non fictif comme aujourd'hui.

### **C'est le moment!**

L'année 2006 est décisive.

Les pôles doivent être achevés fin 2006. Les coups pris par les personnels depuis l'arrivée de Van Lerberghe sont multiples, il est vital de l'arrêter dans son entreprise de déstructuration du service public hospitalier à travers sa mission commando de choc national que lui a confié le ministère.

## **Ensemble, une lutte majeure !**

A l'AP, tout est de la responsabilité de Van Lerberghe. Tout accord local sera un marché de dupes, car le cadre général sera dicté par Rose-Marie.

Nul n'est dans une niche protectrice, cadres, soignants, administratifs, techniques ont des suppressions d'emplois et un avenir de récession commun si les plans destructeurs de Rose-Marie passent.

Ce qui sera mis en place le sera pour longtemps. Aujourd'hui nous devons obliger la DG à un accord global AP reprenant les points essentiels :

- **arrêt des suppressions d'emplois et des plans d'économies et de convergence (pour la gériatrie), réouverture des lits fermés avec les moyens nécessaires.**
- **respect des services et des filières professionnelles ;**
- **refus des délégations de gestions aux "nouveaux patrons de cliniques" de l'AP.**

**Au ministère, il faut ouvrir de vraies négociations sur les salaires et les grilles.**

**SUD appelle l'ensemble des salariés de l'AP à se mobiliser dès aujourd'hui dans l'unité la plus large pour stopper la destruction de nos établissements et de l'AP.**

**Assemblée Générale des personnels  
le mardi 6 décembre à 13h30 dans le hall**

**TOUS ENSEMBLE  
en grève le 15 décembre**

### **T2A et asphyxie budgétaire : en 2012 plus d'hôpital public?**

L'assemblée fixe chaque année l'objectif des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Elle fixe l'évolution des budgets pour les hôpitaux. La tarification à l'acte (T2A), identique public privé rémunère les actes effectués. Pour 25% du budget en 2005, probablement 50% en 2006, la "convergence" devrait être totale en 2012! La T2A ne traduit pas les coûts réels des patients, les différences de population, continuité du service, formation, recherche et missions du service public par rapport au privé à but lucratif.

Baisse des coûts en objectif premier, cette vision uniquement marchande de la santé mène à la sélection des patients selon leur "rentabilité", course productiviste oubliant l'humain et la qualité au nom des "économies". Il y a longtemps qu'on ne parle plus d'économie de la santé.

Sur cette partie T2A, l'établissement sera financé en fonction du nombre d'actes, en cas

de cherté ou sous activité, son budget baissera et la première variable d'ajustement sera l'emploi.

L'autre partie du financement des hôpitaux est la dotation pour les missions d'intérêt généraux (MIGAC) et des enveloppes "ciblées".

Son évolution est réglée aujourd'hui sur un discours comptable de plans d'économies. En attribuant des missions supplémentaires, qui sont de bonnes intentions...sans les moyens correspondants à l'hôpital public.

L'addition de la T2A, de l'insuffisante augmentation du budget, de la situation financière des établissements dus aux dotations insuffisantes depuis de nombreuses années amène une accélération des fermetures et restructurations par asphyxie budgétaire.

La fédération hospitalière, peu réputée pour son extrémisme annonce la fin de l'hôpital public en 2012!

**Il est Urgent d'agir pour les services publics!**