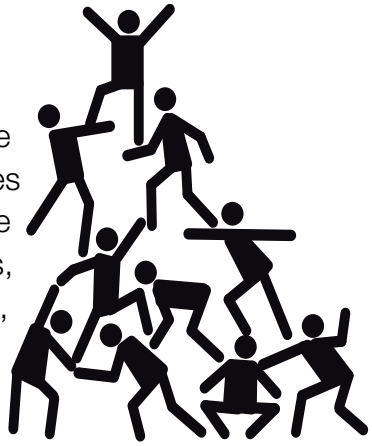
À l'hôpital, c'est qui le chef ?



Il faut avouer qu'on s'y perd un peu… On note une multitude de statuts de personnels hospitaliers régie par une réglementation différente. La plupart des agents publics non médicaux relève du statut de la fonction publique hospitalière créé par les lois du 13 juillet 1983 et du 9 janvier 1986. Néanmoins, le personnel médical hospitalier et universitaire (chef de clinique-assistant, praticien hospitalo-universitaire, maître de conférence des universités-praticien hospitalier, professeur des universités-praticien hospitalier) est, par sa partie universitaire, fonctionnaire. Les autres médecins (praticiens hospitaliers attachés, contractuels et praticiens hospitaliers) sont régis par un statut propre. Tous les médecins sont également soumis au code de déontologie médicale. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, modifie quelque peu la donne en déclarant le directeur « patron » de l'hôpital. Essayons d'y voir un peu plus clair !

On dénombre près de 200 métiers hospitaliers non médicaux depuis 2009

Les agents qui occupent ces postes sont des fonctionnaires, c'est-à-dire qu'ils se voient imposer l'ensemble des règles du statut de la fonction publique hospitalière par voie unilatérale sans qu'ils puissent en modifier une seule disposition.
Toutefois, le droit communautaire de la libre circulation imposera une évolution de la fonction publique dans les années à venir.
Au sein des 11 professions paramédicales, huit disposent d'une liste d'actes professionnels fixés par décret (ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs radio, masseur-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures-podologues, rééducateurs-psychomotriciens). Les fonctionnaires appartiennent à des corps qui comportent un ou plusieurs grades et sont classés, selon leur niveau de recrutement, en catégories désignées dans l'ordre hiérarchique décroissant par les lettres A, B, C. Le corps est l'ensemble de fonctionnaires soumis au même statut particulier et ayant vocation aux mêmes grades (corps des personnels de direction, corps des secrétaires médicales, corps des cadres de santé, corps des personnels ouvriers…)

techniques, en partie quantifiables, mais aussi de tâches qualitatives, plus difficilement évaluables.

Mais alors : si ça coûte cher ; si ce n'est pas efficace sur la qualité des soins et la santé : à quoi bon me direz-vous ?

Un cadeau aux syndicats de médecins libéraux ? Une réforme de plus pour faire passer le *New Management Public* ? Un cadeau aux laboratoires en enfermant les médecins généralistes dans des conduites stéréotypées, type prescriptions ?
Mais il faut savoir que ce type de rémunération existe aussi pour nos managers. Le protocole d'accord signé le 29 juillet 2011 (comme quoi ce ministère signe des protocoles… nous croyions qu'ils avaient perdu leur stylo) donne des chiffres intéressants, bien loin des 9 000 euros de nos collègues généralistes : selon le corps de direction, la part de résultats individuels par an (PFR Prime de Fonctions et de Résultats) se situe dans une fourchette allant de 3 320 euros à … 67 200 euros ! Le prix de la sujétion et de l'obéissance sans discuter ? Et si c'était le moyen, *via* une augmentation de salaire confortable (9 000 euros versés directement par l'Assurance Maladie), et sous couvert d'un concept irréprochable : la qualité de faire rentrer par une autre porte le grand échec de la réforme de la rémunération au mérite de certains médecins hospitaliers ?

Nicole Smolski
Présidente du SNPHAR-E

[1] Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England Stephen M. Campbell, Ph.D., David Reeves, Ph.D., Evangelos Kontopantelis, Ph.D., Bonnie Sibbald, Ph.D., and Martin Roland, D.M. *N Engl J Med* 2009;361:368-78.
[2] Bad medicine: general practice. *BMJ* 2010; 341:c7336.

Suite de l'article page 13 : À l'hôpital, c'est qui le chef ?

En fonction de ses diplômes et de son niveau d'étude, chaque agent hospitalier est titulaire d'un grade, qui correspond à sa fonction et à ses missions dans son établissement (ouvrier professionnel, infirmier, psychologue, aide-soignant, agent d'entretien, agent de maîtrise...). La catégorie est définie par les qualifications professionnelles et le niveau de recrutement (catégorie A : bac +3 et plus, catégorie B : bac-bac +2, catégorie C : sans diplôme ou infra-bac). Il est simple de savoir qui commande : l'agent qui est dans la catégorie immédiatement au-dessus. Ainsi, l'aide-soignant (catégorie C) aura pour chef hiérarchique l'infirmier (catégorie B) qui lui-même aura pour chef hiérarchique le cadre de santé (catégorie A).

Le directeur d'hôpital exerce son autorité sur l'ensemble du personnel non médical et médical

Le directeur d'hôpital appartient à la catégorie A. Il a autorité hiérarchique sur l'ensemble du personnel non médical depuis la loi du 21 décembre 1941, confirmée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991. Non seulement il est en haut de la pyramide hiérarchique du personnel non médical, mais, selon la loi HPST, il « exerce son autorité sur l'ensemble du personnel ».

Il est devenu, comme le souhaitait le Président de la République, dans son discours du 16 octobre 2007 à Bordeaux, « le patron ».

Les directeurs généraux de CHU sont nommés en conseil des ministres par décret du ministre de la Santé et du ministre de l'Université et de la Recherche ; les directeurs de Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) sont également nommés en conseil des ministres mais par décret du ministre de la santé, pour les autres établissements de santé publics par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion (CNG) qui nomme aussi les directeurs adjoints et les directeurs de soins. Néanmoins, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou le représentant de l'état, selon le type d'établissement, peuvent nommer directeur, des personnes non fonctionnaires, sauf pour les CHU et les CHR. Le directeur nomme et sanctionne les fonctionnaires non médicaux de son établissement. Il nomme également les cadres des services médicaux. En règle générale, celui qui a autorité de nomination, est celui qui prononce les sanctions.

Jusque là, tout paraît simple : le supérieur hiérarchique de l'agent ou du directeur est celui qui l'a nommé.

> « Le directeur a une autorité hiérarchique sur le personnel non médical et une autorité d'organisation sur le personnel médical. »

Pour les praticiens hospitaliers : qui a l'autorité hiérarchique ?

Pour les praticiens hospitaliers, c'est le directeur général du CNG qui nomme et met en recherche d'affectation les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, sur proposition du directeur d'établissement, après avis du président de Commission Médicale d'Établissement (CME).

Toutefois, depuis la promulgation de la loi HPST, le directeur d'établissement « exerce son autorité sur l'ensemble du personnel ». Cette autorité du directeur est encadrée par certaines garanties accordées aux praticiens, au premier rang desquelles « le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé ».

En fait, le directeur a une autorité hiérarchique sur le personnel non médical et une autorité d'organisation sur le personnel médical. Ainsi, le directeur peut-il décider, par exemple, que les gardes médicales commencent à 20h ou signer des contrats de plages additionnelles après proposition du chef de pôle. Le médecin est soumis au code de déontologie médicale. Son article 5 précise que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». On retrouve, dans l'art. L. 162-2 du code de la sécurité sociale, cette notion d'indépendance professionnelle et morale des médecins.

A l'hôpital public où s'est développée une médecine d'équipe, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et peut librement refuser de prêter son concours, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. Le médecin est habilité à une pratique seulement limitée par ses connaissances, son expérience et ses possibilités. Ainsi, l'autorité qu'exerce le directeur sur le praticien ne lui permet pas, par exemple, d'obliger un médecin à soigner un patient dans une spécialité médicale qui n'est pas la sienne ou d'obliger un anesthésiste-réanimateur à endormir un malade s'il ne s'en sent pas la compétence.

En ce qui concerne les sanctions, la décision de suspension est prise par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire pour les fonctionnaires hospitaliers (le directeur), sauf pour les directeurs qui relèvent du ministre chargé de la santé ou par délégation, du directeur général de l'ARS. Toutefois, en urgence, le juge accorde au directeur le pouvoir d'une suspension en urgence des praticiens en cas de mesure disciplinaire, pour la sécurité des malades, dans l'intérêt du service ou éventuellement du

praticien. Cette suspension est provisoire tant qu'elle n'est pas confirmée par l'autorité de nomination dans les meilleurs délais (voir PHAR n° 55, p. 14). Rappelons qu'un médecin hospitalier ne peut être traduit devant la juridiction professionnelle de l'Ordre des médecins pour des faits se rattachant à sa fonction hospitalière publique, que par le ministre de la Santé, le directeur général de l'ARS ou le Procureur de la République.

Pour ce qui est de l'organisation, avant la loi HPST, le directeur était seul compétent pour décider de l'affectation des personnels.

Ce pouvoir d'affectation est modifié depuis la loi HPST, dans la mesure où, au sein des pôles d'activité, **le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes et organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des effectifs prévisionnels du pôle.**

Arrêtons-nous sur les pôles d'activité !

Ils ont été créés par l'ordonnance du 2 mai 2005 dans le but d'un développement d'un travail pluridisciplinaire et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. En cohérence avec le renforcement des pouvoirs du directeur de l'établissement, c'est désormais ce dernier qui définit l'organisation en pôles d'activités. Ces pôles regroupent unités fonctionnelles, services et autres structures internes.

C'est le directeur d'hôpital qui nomme les chefs de pôle. Ils ont autorité fonctionnelle et non pas hiérarchique sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux. Les chefs de pôle organisent non seulement le fonctionnement technique du pôle mais également supervisent l'ensemble de son fonctionnement, afin d'exécuter le contrat de pôle signé avec le directeur. Il peut, par exemple, décider de qui peut participer à la permanence des soins ou modifier la répartition des psychiatres entre le service de psychiatrie et le service d'accueil des urgences, s'ils appartiennent tous les deux au même pôle.

Toutefois, le chef de pôle respecte, tout comme le directeur, la déontologie de chaque praticien ainsi que les missions et les responsabilités des structures prévues par le projet. Le code de déontologie médicale le précise : un médecin hospitalier ne peut accepter que ses avis, prescriptions, actes soient limités par des directives. Une concertation d'ordre médical peut intervenir entre le praticien et le chef de pôle, mais ne peut être imposée. Les praticiens hospitaliers sont nommés, sur proposition du directeur d'établissement, par le directeur général du CNG qui a autorité hiérarchique sur eux.

Quelle est la place du PU-PH dans la hiérarchie, au sein des CHU ?

Le PU-PH est nommé par décision conjointe de deux administrations (ministère de la Santé et ministère de l'Université et de la Recherche) dont il dépend. Cette nomination est confirmée par décret du Président de la République. Il est donc fonctionnaire par sa partie universitaire et, à ce titre, est soumis au statut de la fonction publique. Il devrait, d'ailleurs comme tous les fonctionnaires, des agents de service aux directeurs d'établissement, être notés et appréciés. Néanmoins, l'évaluation est périodiquement annoncée mais jamais mise en pratique à ce jour…

Le PU-PH n'a pas autorité sur les praticiens hospitaliers, sauf s'il est chef de pôle. Tout au plus, la responsabilité des actes effectués par les étudiants lui confère une autorité sur eux.

Mais alors, qui commande à l'hôpital ?

On a bien compris que pour les personnels non médicaux qui sont fonctionnaires, l'autorité hiérarchique suprême, dans l'établissement, est celui qui a le pouvoir de nomination, donc le directeur. Depuis la promulgation de la loi HPST, le directeur a aussi une autorité sur les médecins, dans le respect des règles déontologiques. De plus, il nomme à la tête des pôles d'activité, les chefs avec pour mission l'organisation et le fonctionnement de ces pôles. Ainsi, toute requête d'un praticien par voie hiérarchique doit être adressée au directeur de l'établissement, sous couvert du chef de pôle qui aura la lettre en premier, la lira, émettra éventuellement un avis et la transmettra au directeur de l'établissement. Certains praticiens craignant que la lettre n'arrive pas jusqu'au directeur, adressent leur courrier directement au directeur et envoie une copie au chef de pôle…

Quoiqu'il en soit, le praticien n'a aucune obligation d'informer le chef de structure interne, service ou unité fonctionnelle, de sa démarche, pas plus que, dans les CHU, le ou les PU-PH qui sont dans son pôle sauf s'il est chef de pôle. Ainsi, à l'hôpital, tout praticien (PH ou PU-PH) a pour supérieur hiérarchique le chef de pôle qui lui-même a pour supérieur hiérarchique, le directeur de l'établissement. Enfin, comme tout citoyen, le médecin est soumis aux dispositions législatives et réglementaires. Le juge peut être considéré comme le supérieur hiérarchique ultime.

Michel Dru
Administrateur du SNPHAR-E