Syndicats, Collèges, Conférences, Fédération de Spécialités, Sociétés savantes, quelle efficience pour quelle représentativité médicale ?

→ **J.P. ESTERNI**
Secrétaire Général du Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics.

Au 31 décembre 2008, il existait 2 935 établissements de santé, dont 983 publics, 866 privés à but non lucratif et 1 086 privés à but lucratif. S'agissant des professionnels de santé, ils étaient 348 340, dont 212 874 médecins (tous statuts confondus), 74 465 pharmaciens (39 422 salariés et 35 043 libéraux) et 18 755 sages-femmes (dont 16 221 salariées). Parmi les 1,07 million de professionnels hospitaliers non médicaux, il y avait 422 324 infirmiers, 250 964 aides-soignants, 68 751 masseurs-kinésithérapeutes, 28 008 manipulateurs en électroradiologie médicale.

Le praticien hospitalier de 2010, qui pratique comme ses aînés le colloque singulier, exerce au sein d'équipes interdépendantes, avec une extrême diversité de spécialités, de qualifications ou de conditions d'exercice. Il s'agit d'une richesse, et notre pays reste parmi les toutes premières Nations tant en allocations de moyens qu'en résultats des soins. En contrepoint, cette complexité génère des problèmes d'organisation, de coordination, de processus décisionnels.

Le praticien se retrouve ainsi concerné par un enchaînement législatif incessant, sous-tendu par les contraintes du financement collectif des dépenses engagées pour la santé. Cette tendance à légiférer est sans doute la conséquence de la difficulté des décideurs à obtenir des consensus forts.

Dans ce contexte, les interlocuteurs des pouvoirs publics cooptés ou statutaires, pour la réflexion comme pour la revendication, sont très nombreux, dispersés, et souvent corporatistes. Le classique "dialogue social" a tendance à se transformer, selon le climat général ou politique en *lobbying*, en technique de médiatisation stratégique, voire en communication directe envers des citoyens électeurs.

Les jeux de pouvoir, utiles ou futiles, les stratégies communicantes de conduite de projet ont souvent remplacé les classiques négociations avec les organisations syndicales représentatives qui deviennent de longues et symboliques concertations… Ce mécanisme a tendance à éloigner davantage les représentants de leurs mandants et à brouiller les messages d'efficacité pour les adhérents.

Cette réalité complexe, souvent opaque ou cacophonique, accompagne (cause ou conséquence ?) la crise générale du syndicalisme dans les pays développés, se trouvant un peu marginalisés dans un mille-feuille décisionnel. Le médecin hospitalier se retrouve alors souvent dubitatif sur le rôle des syndicats.

De notre point de vue, une évolution vers une représentation médicale simplifiée, plus interactive, et ainsi renforcée, devient une véritable urgence. Le contexte de crise qui impose une grande vigilance professionnelle transforme cette nécessité en opportunité, car l'action syndicale influe sur la transformation de nos métiers, soumis à une accélération de réformes et de contraintes.

La représentativité syndicale

Tout syndicat peut se constituer librement, afin d'assurer les deux grandes fonctions que sont d'une part la représentation et la défense de ses adhérents, au niveau local et national, et d'autre part la négociation statutaire ou la régulation des conditions d'exercice professionnel. La liberté syndicale s'accompagne de la totale liberté d'adhésion. Il n'y a pas en France d'adhésion obligatoire. La représentativité est présumée acquise pour les "grandes" confédérations générales de salariés (CGT, FO, CFDT, CFTC), mais elle doit être "prouvée" pour les syndicats non affiliés à celles-ci, notamment ceux des médecins.

Concernant les syndicats médicaux des libéraux, un profond débat et une procédure d'actualisation des critères de représentativité sont en œuvre. Ils jouent un rôle important dans les négociations des avenants tarifaires conventionnels avec l'Assurance Maladie.

Au niveau des médecins hospitaliers publics, la représentativité est issue des résultats obtenus lors des élections professionnelles (scrutin de liste proportionnel) visant à désigner les représentants aux commissions nationales statutaires. En 2005, le taux de participation (environ 40 000 praticiens concernés) a été de plus de 45 %, ce qui a permis à quatre syndicats ou fédérations de syndicats, le SNAM-HP, la CMH, la CHG, l'INPH, de faire valoir leur représentativité. Ils jouent un rôle important sur les aspects statutaires et réglementaires, sur la permanence des soins, et sur tout sujet lié aux missions de service public.

La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) utilise cette représentativité pour désigner les représentants issus de ces quatre structures afin de siéger dans les commissions nationales ou régionales (centre national de gestion, discipline, commissions paritaires, auditions et concertations législatives, missions de réflexion, etc.), au prorata des pourcentages nationaux des sièges obtenus.

Les prochaines élections seront organisées en 2011 selon de nouvelles modalités électroniques. Globalement, le taux d'adhésion syndicale parmi les médecins hospitaliers reste trop faible, inférieur au chiffre de 8 % observé pour l'ensemble des salariés français.

Les causes du manque d'intérêt pour une forte syndicalisation sont multiples. On peut citer le sentiment du trop grand éloignement des représentants nationaux par rapport au terrain, la division et l'éparpillement des représentations, la modification progressive du contexte économique et décisionnel qui marginalise en France l'efficacité des syndicats.

Il faut souligner l'utilisation faite par les pouvoirs publics de structures non syndicales et non strictement représentatives comme les conférences de présidents de CME, les Sociétés savantes ou fédérations de spécialités, et sur le rôle ambigu joué par la Fédération Hospitalière de France, association s'exprimant au nom de l'hôpital public très fortement appuyée sur le corps des directeurs, qui se présente abusivement à ce jour en position d'employeur des médecins hospitaliers. Sont présentes en outre plus de 500 associations agréées de représentants des patients qui siègent au sein de nombreuses commissions (relations avec les usagers et prise en charge de la qualité CRUPCQ). Ne négligeons pas enfin la place des élus au niveau local, régional, national.

Quels sont les niveaux décisionnels, et quelle efficience pour un syndicat médical ?

Au niveau national, la DGOS s'attache à l'exploitation de nouveaux tableaux de bord sur le thème de la performance, aidée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) puis accompagnée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Une trentaine d'indicateurs servent de tableau de bord pour comparer les établissements de même catégorie, à la recherche de l'efficience.

La performance et l'efficience sont devenues les maîtres mots de nos décideurs, bien qu'ils soient de bien piètres modèles en la matière (souvenons-nous du fiasco du plan de lutte national contre la grippe A et jetons un regard attentif au devenir des prévisions faites par nos élus très entourés d'experts). En ce qui concerne la gestion des ressources humaines du système de santé et des conditions de travail, on affiche au Ministère une volonté de renforcer le rôle des professionnels et l'attractivité de leurs métiers, mais force est de constater au quotidien, tant législatif que financier, que l'on ne va pas souvent dans cette direction. Les carrières et les parcours professionnels ont été confiés à un Centre National de Gestion.

Au niveau régional, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), devenues les Agences Régionales de Santé (ARS), ont désormais un champ de compétence élargi aux soins ambulatoires et de ville et au secteur médico-social, ce qui devrait permettre une gestion globale des systèmes d'information et un management au plus près des réalités. Souhaitons qu'il ne s'agisse pas d'un élément supplémentaire de l'empilement, chargé de la mission impossible de transversalité dans un système historiquement vertical.

A tous ces niveaux, les médecins hospitaliers doivent faire entendre leur voix de manière efficiente. L'efficience peut

se définir comme le rendement de l'intelligence au service de l'efficacité. Souvent mise en avant dans nos établissements ou chez nos interlocuteurs institutionnels, elle est évaluée sur des indicateurs. Il est facile de remarquer que ceux-ci varient de manière subtile en fonction des objectifs que l'on veut assigner aux autres, et beaucoup plus rarement de ceux que l'on devrait s'imposer. Mieux vaut les décider que les subir, ce qui explique une certaine méfiance vis-à-vis de la méthode.

L'efficience et la performance sont donc strictement stratégiques. Elles doivent s'appliquer tout autant à l'action syndicale et donner du sens à l'indicateur de représentativité et à celui de résultat.

Il est urgent de clarifier le positionnement des différents syndicats, de regrouper le plus clairement possible les structures existantes pour en réduire le nombre. Il faut renforcer les messages unitaires, au nom du plus grand nombre. Cela aura pour effet de repositionner à leur juste place d'interlocuteurs qualifiés mais non représentatifs les fédérations, les spécialités, les Sociétés savantes, etc.

Il faut se souvenir ici que le SNAM-HP est l'un des plus anciens syndicats de médecins, chirurgiens, pharmaciens et spécialistes des hôpitaux publics, et représente les médecins hospitaliers ou universitaires, quel que soit leur statut ou leur spécialité, tant en CHU qu'en CH. Les élections professionnelles de 2011 devront donner un signal fort aux pouvoirs publics, à travers leur taux de participation notamment.

Il faut aussi formuler des propositions et des modes d'action crédibles et efficaces, s'inscrivant dans un processus d'ouverture avec les autres professions de santé et avec les usagers. La méthode peut se situer soit dans une tentative réformatrice, ce qui impose des interlocuteurs sincères, une base motivée, une communication permanente et interactive, soit se maintenir dans une tradition purement contestataire qui expose au risque d'immobilisme. La grève est devenue une arme difficile à manier, les médias sont à ce jour l'outil le plus indispensable.

Au SNAM-HP nous avons opté pour une forme d'action responsable qui porte autant sur la défense des personnes que sur les modalités d'exercice, sur l'adaptation des conditions de travail ou sur les organisations. La publication de notre cahier de propositions pour un contrat hospitalier de performance solidaire, équitable, responsable, ouvert et attractif (**http://www.snamhp.org/divers_doc/cahier_propositions_snamhp.pdf**) illustre cette volonté d'adaptation.

POINTS **FORTS**

- La crise hospitalière, identitaire et financière, ainsi que les réformes successives, bousculent fortement le corps des médecins des hôpitaux.
- L'expression et la représentation de ce corps sont brouillées par sa grande diversité, qui est cependant une véritable richesse qualitative.
- Le statut unique est à la fois une nécessité et un frein aux adaptations.
- Les pouvoirs publics exploitent ces difficultés et introduisent dans les jeux d'acteurs de nouveaux partenaires non représentatifs et non désignés par la profession.
- Le syndicalisme médical doit tenir compte de ce nouvel environnement et gagner en efficience.

Conclusion

Les praticiens hospitaliers sont aujourd'hui au centre de la crise de l'hôpital public. Bousculés par les contraintes démographiques, sociales, économiques et par une gouvernance nouvelle, certains commencent à douter de leur place, d'autres sont entrés en résistance au changement, d'autres enfin tentent de s'adapter, tandis que les plus jeunes, qui restent globalement attirés par les exercices salariés (rapport du CNOM), cherchent des complémentarités et diversifient leurs choix professionnels.

Dans un tel climat, il faut craindre une perte d'identité et un risque individualiste. La diversité du paysage décisionnel ne saurait faire illusion et les responsables syndicaux se doivent de renforcer leur efficience. Par une plus universelle clarté des messages, par des propositions simplifiées, par une amélioration de l'attractivité des carrières, par une mobilisation concertée avec les associations d'usagers sur les enjeux d'avenir, nous pouvons renforcer la mobilisation.

Renforcer l'action syndicale et le niveau d'adhésion est, dans le contexte de crise, une nécessité individuelle et collective.