

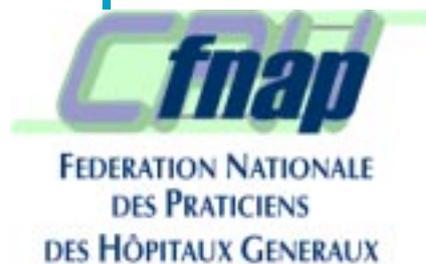
Les Médecins des Hôpitaux



Publics

Janvier / Juin 2012

N° 232



EDITO

LE CHANGEMENT C'EST MAINTENANT ?

Lors du dernier scrutin, comme à l'accoutumée le plus important de la cinquième république, nos concitoyens ont opté, majoritairement, pour le changement.

Comment percevons-nous cette nouvelle orientation ?

En premier lieu, il n'est pas inutile de rappeler que notre syndicat, statutairement autonome, est libre et indépendant de toute orientation, notamment politique.

Très naturellement, il y a chez nos adhérents des collègues de toutes opinions, qui sont, par principe, toutes respectables. Tout au plus, nous nous gardons des opinions trop extrêmes...

Le président de votre syndicat a donc le devoir de respecter cette diversité d'opinion, qu'il ne saurait confondre avec la sienne propre. Pour faire bonne mesure, disons qu'il se situe, dans sa fonction, à « l'extrême centre », afin de préserver d'abord et surtout nos équilibres.

En second lieu, et cette remarque préalable importante faite car le choix citoyen ne repose pas que sur l'exercice professionnel, il faut bien dire que les orientations politiques de ces dernières années n'étaient pas très favorables à l'hôpital public.

Perçu comme un autre « mammoth » mal géré et trop coûteux, l'idée, ardemment soutenue d'ailleurs par les représentants de l'hospitalisation privée, que ces établissements feraient tout aussi bien pour moins cher, semblait partagée par nos responsables d'alors.

L'asphyxie financière de l'hôpital public, pourtant toujours soumis à une forte demande de soins, allait ainsi en s'accroissant. Sans le dire ouvertement, mais en le faisant, des pans d'activité médicale jugés rentables étaient orientés vers le privé lucratif.

Simultanément, le corps médical jugé collectivement irresponsable était placé en quelque sorte sous tutelle renforcée. Ce fut, après la nouvelle gouvernance qui déjà portait atteinte à la démocratie interne, l'idéologie dominante du seul patron à l'hôpital avec la loi HPST dont on commence à percevoir sur le terrain les limites, sinon les dérives.

A ce sujet, notre syndicat ne peut que déplorer la lourde responsabilité des conférences de présidents de CME, et notamment celles des Centres Hospitaliers, qui ont soutenu, jusqu'à l'extrême, ces réformes qui ont détruit toute réelle collégialité à l'hôpital. Les médecins dans les services, qui sur le papier ont été supprimés, n'ont plus leur mot à dire pour le recrutement des collègues, pas plus que le collège médical, qui n'a plus non plus d'avis à exprimer sur le budget de l'établissement...

Il serait quelque peu malhonnête de ne pas reconnaître aujourd'hui que nous souhaitons un changement d'orientation de la politique hospitalière. Et que penser des promesses tenues par celui qui n'était alors que le candidat le mieux placé dans les sondages ?

Depuis, les premières mesures engagées ont confirmé ces promesses, ce qui est un bon point. La suppression de la convergence public-privé, alors que les deux secteurs n'assurent en réalité pas les mêmes mis-

sions est sans doute une décision des plus importantes. De même l'engagement de rétablir ces missions de service public qui constituent le socle fondateur du service public hospitalier.

Mais il faut en même temps signaler que la lecture du premier discours de notre nouvelle ministre à « Hôpital Expo », un exercice quasi obligé pour tout nouveau ministre de la santé, nous a laissé, entre les lignes, quelques interrogations.

Nous ne doutons pas que le dialogue social sera rétabli. Descendu, il faut bien le dire, au degré zéro, il ne devrait pas être trop difficile de le faire progresser. Pour autant, nous nous garderons de toute espérance excessive ou naïve, et ne perdrons pas de vue que les mêmes experts médico-économiques, les mêmes lobbies, les mêmes courtisans sont toujours là. Pour citer Edgar Faure, un fin spécialiste de la Politique, « ce n'est pas la girouette qui tourne, mais le vent. » Incontestablement, celui-ci a changé de direction, mais les mêmes girouettes sont toujours là : elles ont d'ailleurs déjà fort bien « labouré » le terrain, et se préparent toujours très habilement aux changements d'interlocuteurs, quitte à faire au passage un peu de zèle...

Sans un débat public aussi percutant que possible, sans la meilleure mobilisation des hospitaliers, nous ne pouvons attendre des pouvoirs publics, même a priori bien intentionnés, qu'ils nous accordent ce que nous souhaitons. Il faudra d'abord revenir sur certaines orientations du dernier quinquennat, pour nous trop pénalisantes, mais que les nouveaux gouvernements, passé l'euphorie de la conquête du pouvoir, ont parfois tendance à délaisser, tant les contraintes de la gestion au quotidien sont lourdes. Il serait sans doute très utopiste d'imaginer un allègement durable des contraintes budgétaires.

Et puis, il nous faudra faire preuve de réalisme. L'hôpital va mal, ses praticiens et ses personnels sont quelque peu « déboussolés ». Cette souffrance des hospitaliers est aussi la conséquence d'une société en plein désarroi. Les défis, économiques et médicaux, que doit surmonter notre système de santé sont majeurs, et les solutions loin d'être évidentes. Rien d'utile ne pourra se construire sans un vrai débat public que nous appelons fortement de nos vœux. Sur ces questions, le débat suscité par les élections présidentielles aura été quelque peu décevant, tant les questions de santé n'y auront été que peu abordées.

Alors oui, le changement c'est maintenant, mais pour quoi faire ?

A nous de savoir le dire de façon suffisamment claire, audible par tous. Notre syndicat a la volonté d'élaborer, avec vous, sa contribution. Nous le ferons lors de notre prochaine Assemblée Générale. Et nous le ferons aussi, avec un porte-voix plus puissant, lors de la seconde Journée Nationale du Praticien organisée par notre intersyndicale, la CPH.

En attendant, nous nous souhaitons, nous vous souhaitons, quelques vacances réparatrices, puis une rentrée aussi dynamique que possible qui seule nous permettra de défendre, ensemble, l'hôpital public et la place de ses praticiens.

Dr Bruno Devergie,
Président du SPHP

Directeur de la publication : Dr François DOUCHAIN

Rédacteur en chef : Dr Jacques TREVIDIC

Comité de Rédaction :

Dr Bruno DEVERGIE, Endocrinologue

Dr Jean Marie LELU, Chirurgien

Dr Jean Yves DALLOT, Interniste

Dr Jean Bernard TUETÉY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 2^e trimestre 2012

Commission paritaire n° 1012S06230

Cahiers Fnap-SPHP
N°232 Janvier / Juin 2012
Trimestriel

Administration, abonnement
Eusébio De Pina Fortes
3, Rue Jeanne d'Arc - BaL n° 75
75013 Paris
Tél.: 03 21 24 45 27
Email : revue.mhp@gmail.com
Abonnement : 28 E. /1 an
Prix au numéro : 7 E.
Site : www.praticien-hospitalier.com



DEUXIEMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES

LA JOURNEE DU PRATICIEN

organisée avec le soutien de l'AGMF et de l'APPA

Vendredi 12 octobre 2012

Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème

PRE - P R O G R A M M E

Matinée

9h30 – Accueil

Ouverture de l'Assemblée générale de la CPH et de la Journée du Praticien

Jean-Claude Pénochet, Président de la CPH

10h – Recrutement des praticiens à l'hôpital

- Démographie et recrutement des PH en milieu hospitalier

Anne Gervais

- La situation des praticiens à diplôme étranger

Blaise Kamendje

- Le point de vue des jeunes médecins

Intervenant syndicat des internes

11h – Temps de travail

- Pour une durée légale du temps de travail des PH

Denis Desanges

- Les praticiens en temps continu

Louison Andriamifidy

- Les praticiens en demi-journée

Jean-Marie Leleu

12h – Question juridique

- Les plaintes déposées contre les praticiens hospitaliers à l'Ordre des médecins:

Philippe Garat, Trésorier CROM Île de France

Déjeuner au Méditel

Après-midi

14h – Le Développement Professionnel Continu

- Qu'est-ce que le DPC ?

Jean-Claude Pénochet

- Place de la FSM et des CNPS

Olivier Goëau-Brissonnière, Président FSM (pressenti)

15h30 – Table ronde – Avenir du service public

L'hôpital public demain

- Financement

- Gouvernance

- Place des praticiens

17h – Synthèse des travaux

Jacques Trevidic, Secrétaire Général de la CPH

LE DPC en bref

Quels sont les objectifs du DPC ?

- Evaluation des pratiques professionnelles.
- Perfectionnement des connaissances.
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Dans un contexte de :
 - ✓ Prise en compte des priorités de santé publique,
 - ✓ Maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
- Délai de mise en place : opérationnel en juillet 2013.

Quels sont les principes du DPC ?

- Engager les professionnels de santé (obligation légale),
 - ✓ Chaque année.
- Dans un programme :
 - ✓ d'amélioration de la qualité,
 - ✓ et de la sécurité des soins.
- Comprenant des activités :
 - ✓ D'acquisition des connaissances,
 - ✓ D'analyse de pratiques,
 - En appréciant leur utilité et leur efficacité.

Repères

- DPC = FMC + EPP,
 - ✓ Regrouper les savoirs, les pratiques et leur évaluation,
 - Formations « cognitives » et évaluations des pratiques,
 - ✓ Démarche continue d'amélioration permanente individuelle organisée dans un contexte collectif.
- Obligation annuelle: participer à un programme de DPC collectif.
- Les programmes de DPC sont caractérisés par
 - ✓ des thèmes,
 - ✓ des modalités de formation,
 - ✓ des méthodes d'évaluation.

Modalités (actions) de formation

Formations diplômantes : DU, DIU, Master, etc.

Formations présentielle : Congrès, Séminaires, EPU

Ateliers ➤ Séances de lames ➤ Séances de simulation.

Formations individuelles : Revues, ouvrages, bibliographie Formation en ligne (eFMC).

Situations formatrices : Formateur (FMC) Re-

cherche clinique, publications, Expertises.

Méthodes (actions) d'évaluation : exemples

Analyse de cas (dossiers ou documents) : Revues de mortalité et morbidité, Staff-EPP, Groupes de pairs, Groupes d'analyse de pratiques. Analyse d'événements indésirables : Accréditation (spécialités à risque), Revue des non conformités, Comité de Retour d'Expérience. Etudes de pratiques : Audit clinique, Revue de pertinence, Prise en charge protocolisée : Chemin clinique, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, Réseaux de santé. Suivi d'indicateurs : Registres cliniques.

Quelles sont les différentes structures de gestion du DPC ?

- Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC).
- Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI).
- Organismes de DPC (ODPC).
- Conseils Nationaux Professionnels (CNP),
 - ✓ Rassemblés au sein de la
- Fédération des spécialités médicales (FSM).

L'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC)

- GIP (Etat et UNCAM) qui regroupe des représentants :
 - ✓ de l'Etat, de l'Assurance Maladie, des professionnels, des employeurs.
- Avec pour missions :
 - ✓ D'assurer la maîtrise d'ouvrage,
 - ✓ D'organiser le financement :
 - Comité paritaire pour les médecins en centre de santé et les libéraux
 - Convention avec OPCA pour les hospitaliers,
 - ✓ De contrôler les organismes de DPC (ODPC),
 - ✓ De proposer des orientations de DPC
 - Nationales et régionales.

Quels financements pour le DPC ?

- Contribution annuelle des CNAM
 - ✓ Montant arrêté par le collège des directeurs des CNAM.

- Dotation de l'Etat.
- Contribution de l'industrie pharmaceutique (art L 245-6),
 - ✓ 0,6% du CA réalisé en 2012, 2013 et 2014,
 - ✓ Intégralement utilisé pour abonder le financement du DPC en faveur,
 - Des médecins libéraux et exerçants en centre de santé (forfaits),
 - Des médecins hospitaliers via le versement de subventions de l'OGDPC aux OPCA concernés avec lesquels il a passé convention.
- Contributions volontaires des organismes publics/privés.

En pratique, comment seront financés programmes pour les praticiens ?

- Libéraux et salariés de centres de santé
 - ✓ Les frais seront pris en charge dans la limite d'un forfait
 - « Chèque DPC » (chèque virtuel) comprenant,
 - indemnité pour perte de ressources,
 - Montant versé à l'ODPC,
 - Frais divers induits.
- Praticiens du public :
 - ✓ Non encore arrêté dans les détails,
 - ✓ Probablement selon le même modèle, à partir de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH).

Financement du DPC des PH

- Au sein de l'ANFH création d'une instance paritaire,
 - ✓ Représentants de la FHF,
 - ✓ Représentants des Présidents des CME d'établissements,
 - ✓ Représentants des intersyndicales de PH,
- Organisme paritaire collecteur agréé, (OPCA) des fonds versés par les établissements adhérents :
 - ✓ 0,5% masse salariale dans les CHU,
 - ✓ 0,75% masse salariale dans les CH,
- Recevra la contribution de l'industrie pharmaceutique versée par convention avec l'OGDPC.

prise en charge et forfaits d'indemnisation.

- 2° La liste des ODPC enregistrés avec mention :
 - ✓ de ceux qui bénéficient des fonds de l'OGDPC,
 - ✓ des résultats de l'évaluation de ces organismes ;
- 3° Les comptes annuels de l'OGDPC.

La Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI)

- Les différentes commissions scientifiques des
 - ✓ Médecins, sages femmes, pharmaciens, chir dentistes, professions para médicales
- Ont pour rôle :
 - ✓ D'évaluer les organismes de DPC,
 - ✓ De donner un avis sur les orientations nationales et régionales,
 - ✓ De formuler un avis sur les méthodes et les modalités qui seront validées par la HAS,
 - ✓ Etablir la liste des DU équivalents à un programme,
 - ✓ Proposer des modalités d'appréciation et des critères d'évaluation des dossiers des ODPC.

Composition de la CSI des médecins

- 22 représentants des CNPS dont 5 représentants du CNPS de médecine générale,
 - ✓ Toutes les spécialités ne seront pas représentées,
 - Une quarantaine au sein de la FMS
 - ✓ Mandat de 3 ans (titulaire et suppléant).
- 1 représentant de la conférence des doyens.
- 1 représentant du CNOM.
- 3 personnalités qualifiées.
- 1 représentant du service national des armées.

Les Conseils Nationaux Professionnels de Spécialité (CNPS)

- Représentent, au sein de la Fédération des Spécialités Médicales,
 - ✓ Les différentes composantes de la spécialité,
 - Sociétés savantes,
 - Syndicats,
 - Universitaires,
 - ✓ Les différents modes d'exercice des médecins

- 1° La liste des programmes de DPC dispensés,
 - ✓ nombre, coût, nombre de professionnels de santé concernés, conditions de

- Salariés, hospitaliers, libéraux.
- Travaillent en collaboration avec la FSM et construisent des actions entrant dans les programmes DPC.
- Chaque CNP est en position de maître d'œuvre du DPC au sein de sa spécialité.

Les effecteurs : Organismes de DPC (ODPC)

- Nationaux ou régionaux,
- Enregistrés par l'OGDPC et évalués par la CSI,
- Mettent en oeuvre et proposent des programmes DPC :
 - ✓ Conformes à une orientation nationale ou régionale,
 - ✓ Comportant des méthodes et des modalités validées par la HAS.
- Un organisme de formation existant devra :
 - ✓ Soit s'enregistrer auprès de l'OGDPC
 - Et satisfaire à l'évaluation de la CSI,
 - ✓ Soit adhérer à un organisme national ou régional,
 - enregistré auprès de l'OGDPC et validé par la CSI.

Les organismes de DPC (ODPC)

- Sont soumis à un triple contrôle
 - ✓ De la CSI
 - Par des évaluations régulières,
 - ✓ De l'OGDPC qui contrôle le respect,
 - des critères d'évaluation définis par la CSI,
 - des méthodes définies par la HAS
 - ✓ De l'Etat,
 - Conformité au code du travail.

Quels rôles de la HAS et du CNOM ?

- Le CNOM
 - ✓ Sur la base de la transmission
 - d'attestations délivrées par les ODPC,
 - Ou de diplômes universitaires obtenus,
 - ✓ Contrôle tous les 5 ans les obligations annuelles,
 - Si non satisfaites : le CROM apprécie la nécessité de la mise en place d'un plan annuel personnalisé de DPC

- Si absence de mise en oeuvre : possibilité de sanction pour insuffisance professionnelle

➤ La HAS

- ✓ Fixe et valide les méthodes et les modalités de DPC,
 - Elaborées avec le concours de la FSM,
 - Et après avis de la CSI.

Quels rôles des URPS et des CME ?

- Assurent la promotion de programmes de développement professionnel continu
- Le rôle des CME dans la gestion des programmes DPC reste à préciser

Certification, accréditation et DPC

- Les programmes de DPC mis en oeuvre dans les établissements pourront être pris en compte dans la certification des établissements.
- Les programmes d'accréditation des médecins (spécialités dites « à risques »),
 - ✓ Deviendront des programmes de DPC
 - ✓ Validant les obligations de DPC.

Enfin, comment valider l'obligation de DPC ?

- Participer au cours de chaque année civile à un seul programme DPC collectif annuel ou pluriannuel est suffisant...
- S'il satisfait à plusieurs conditions :
 - ✓ De contenu :
 - Actions d'acquisition des connaissances,
 - Et de compétence d'analyse de pratiques,
 - Conforme à une méthode et des modalités validées par la HAS,
 - ✓ De conformité à une orientation
 - Nationale, arrêtée par le ministre après avis de la CSI
 - Régionale, arrêtée par l'ARS après avis de la CSI,
 - ✓ De mise en oeuvre par un organisme ODPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI.

Dr Jean-Claude Pénochet,
Président de la CPH

Les hôpitaux publics au quotidien sur nos sites :

www.praticien-hospitalier.com et

www.cphweb.info

Actualités syndicales (13/06/12)

Elections présidentielles et législatives

L'actualité politique a eu évidemment des répercussions sensibles sur les dossiers syndicaux, qui sont restés sans évolution depuis quelques mois. Les annonces les plus importantes ont été effectuées par la nouvelle Ministre de la santé, Marisol Touraine lors de sa visite à Hôpital Expo et concernent la fin de la convergence public / privé dans le financement des hôpitaux, le rétablissement dans la loi de la notion de service public hospitalier et le plafonnement des dépassements des honoraires des médecins libéraux (sans remettre en cause l'existence du secteur privé des praticiens hospitaliers).

Représentativité

L'enquête de représentativité des syndicats de praticiens hospitaliers lancée par le précédent gouvernement à la suite des élections professionnelles n'a toujours pas abouti. Il semble cependant que l'on s'achemine vers la reconnaissance de 5 organisations : CPH, INPH, Avenir hospitalier, CMH, SNAMHP. Les conséquences en seront tirées par les pouvoirs publics dans la composition du Conseil d'Administration du Centre National de Gestion et des Commissions Paritaires Régionales, en portant à cinq le nombre d'organisations syndicales représentatives qui y disposent de sièges. Si les reports de voix à partir de la liste commune « Union pour la psychiatrie » sont bien opérés, comme convenu entre les intersyndicales, au prorata des sièges obtenus, la CPH arrive en tête des intersyndicales.

Développement Professionnel Continu (DPC)

La mise en place des éléments du dispositif de Développement Professionnel Continu se poursuit lentement. Sans parler d'usine à gaz, de très nombreuses interrogations subsistent concernant l'articulation des différentes structures engagées dans ce dispositif (OGDPC, CSI, CNPS, HAS, Ordre, CME...). Pour ce qui concerne le financement du DPC des praticiens hospitaliers, le décret mentionne que l'OGDPC doit contractualiser la collecte des fonds avec un Organisme paritaire collecteur agréé, qui ne peut être en pratique, devant l'impossibilité de développer un organisme ad hoc, que l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier),

contrôlée par la Fédération Hospitalière de France.

Dans cette attente, la FHF exerce depuis 2 ans une lourde pression sur les intersyndicats de praticien hospitalier pour que ceux-ci acceptent de signer un accord donnant officiellement ce rôle à l'ANFH.

Après l'accord rapide du SNAMHP et la CMH, l'INPH et la CPH, malgré de nombreuses réserves, ont finalement été contraints de signer un accord en ce sens. Le pilotage concernant l'utilisation des crédits sera soumis à l'avis d'un *Conseil du développement professionnel continu médical hospitalier* dans lequel les intersyndicats sont représentés paritairement et dont les missions sont les suivantes :

- veiller à la collecte de fonds utiles au développement professionnel continu du personnel médical, odontologique et pharmaceutique ;
- définir les règles de mutualisation des fonds collectés, ainsi que les règles de bonnes pratiques de gestion de ces fonds ;
- proposer les règles de remboursement dans le respect des politiques d'établissements, des frais (pédagogiques, déplacements / hébergement, traitements...) occasionnés par la participation des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques à un programme de développement professionnel continu ;
- définir les règles de procédure de recueil et d'examen des demandes de prise en charge formulées par les établissements ;
- ratifier les décisions de prise en charge des dossiers de développement professionnel continu du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, délivrées, après instruction, par les délégués régionaux de l'ANFH ;
- réexaminer, le cas échéant, sur demande des établissements, les décisions de refus (pour cause de financement insuffisant ou d'absence de respect des critères du DPC) de prise en charge des dossiers de développement professionnel continu du personnel médical, odontologique et pharmaceutique ;
- assurer toute activité de conseil conformément à la réglementation en vigueur dans le domaine du développement professionnel continu du personnel médical, odontologique et pharmaceutique des établissements publics de santé et médico-sociaux ;
- approuver chaque année un rapport d'activité relatif au développement professionnel con-

tinu médical, qui sera annexé au rapport d'activité de l'ANFH ; ce rapport dresse notamment le bilan des fonds collectés et des actions entreprises dans la mise en œuvre du présent accord.

La CPH veillera tout particulièrement à ce que les règles qui seront arrêtées ne conduisent pas à un fonctionnement bureaucratique qui découragerait les praticiens hospitaliers de continuer à se former.

Accord-cadre, projets de décrets CET, IESPE, Ircantec, CME...

Aucun des projets de décret qui avaient été préparés par le gouvernement précédent n'a été promulgué avant l'alternance, contrairement aux textes concernant le statut des directeurs qui, eux, sont parus au Journal officiel du 10 mai 2012. Et pourtant, certains de ces décrets concernaient des promesses écrites du précédent Ministre de la santé remontant à 2007...

Il en résulte que la nouvelle équipe au Ministère souhaite entendre les organisations syndicales de praticien hospitalier avant de prendre une décision à leur sujet. Toutefois, les demandes de rendez-vous que nous avons déposées n'ont pas encore reçues de réponse à ce jour. L'urgence existe pourtant, notamment pour le Compte épargne temps, qui arrive à péremption décennale pour les jours épargnés en 2002.

Temps de travail

Depuis plusieurs mois, nous constatons que de plus en plus de collègues sont en difficulté vis-à-vis de leur direction qui considère

que leur durée hebdomadaire de travail doit être effectivement de 48 heures, alors qu'il s'agit de la borne haute définie par la directive européenne sur le temps de travail. Récemment, certains praticiens se sont vus appliqués des retraits sur salaire pour avoir effectué moins que ce plafond après que le directeur ait fait inscrire dans le règlement intérieur de l'établissement l'obligation pour tout praticien de travailler 48 heures par semaine.

Cette situation est favorisée par l'absence de mention précise du temps de travail dans le statut de praticien hospitalier en dehors de 10 demi-journées par semaine pour un temps plein.

Consciente de ce problème et de la nécessité désormais évidente de faire évoluer la réglementation, la CPH a décidé il y a quelques mois d'inscrire dans ses priorités la définition statutaire d'une **durée légale de travail** au-delà de laquelle sont comptées des heures supplémentaires, soit 39 heures par semaine correspondant à 10 ½ journée incluant les jours de congés au titre de la RTT (actuellement 20 jours moins la journée de solidarité, soit 19 jours).

Journée du Praticien

Réserver dès à présent dans votre agenda la journée du **12 octobre 2012**. Après le succès de notre première journée en 2011, la CPH organise la deuxième **Journée du Praticien** à Paris. Voir le pré-programme en page 2. L'inscription est gratuite pour les membres à jour de cotisation des syndicats qui composent la CPH.

*Dr Jacques Trévidic,
Secrétaire Général de la CPH*

BULLETIN D'ABONNEMENT 2012

à retourner, avec votre règlement, à :

LES MEDECINS DES HÔPITAUX PUBLICS

SPHP - 31 bis Av Frédéric Raboisson - 60600 CLERMONT

Site : www.praticien-hospitalier.com - Email : revue.mhp@gmail.com

NOM : _____

FONCTION : _____

SERVICE : _____

ETABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL / VILLE / CEDEX : _____

Souscris un abonnement de 1 an pour la somme de 28 euros

Je joins mon règlement par chèque bancaire à l'ordre du SPHP.

Un reçu vous sera adressé par retour de courrier en vue de la déduction fiscale (frais professionnels).

APPEL DE COTISATION 2012



FEDERATION NATIONALE DES PRATICIENS DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Cher(e) Amie(e), Cher(e) Collègue,

Les élections professionnelles sont passées, les difficultés techniques ont été nombreuses et en ont découragé plus d'un. L'union CPH INPH reste majoritaire chez les praticiens statutaires temps et temps partiels. La FNAP (Fédération Nationale des Praticiens des hôpitaux publics) syndicat non catégoriel fondateur de la CPH a pris une part active lors de ces élections et de toutes les discussions.

De **grandes négociations** ont été entamées fin 2011: **élargissement de l'assiette de cotisation IRCANTEC pour les temps partiels, extension de l'attribution de l'indemnité d'exercice de service public exclusif (IESPE) à tous les temps partiels exclusif et attachés à temps plein, compte épargne temps (CET)**. Une **manoeuvre dilatoire** de dernière minute instaurée par les pouvoirs publics: "l'Accord Cadre" a stoppé les travaux en cours. Nous avons dû signer cet accord faute de quoi nous aurions été exclus des négociations à venir, laissant le champ libre à ceux qui prétendaient vous défendre mais ont signé tous les précédents textes sans négocier.

Actuellement tout est au point mort. Nous nous battons pour que les travaux reprennent afin que les engagements des pouvoirs publics soient tenus.

Concernant l'**assiette IRCANTEC**, elle doit passer à 100% pour les temps partiels et attachés. C'est la seule façon d'accéder à la tranche B et ainsi d'avoir une vraie retraite complémentaire. C'était un engagement de Mr Xavier Bertrand en 2008. Promesse non tenue...

L'**IESPE**, son versement doit être étendu pro rata temporis aux PH temps partiels et attachés à exercice exclusivement public.

Le **CET**, vaste problème semé de quantité de promesses non tenues. **Nous avons obtenu:**

_ la **sécurisation**, ainsi quoiqu'il arrive, les jours acquis doivent être payés au PH ou à ses ayants droits si le PH n'a pas pu les utiliser.

_ l'**obligation opposable pour les directeurs de provisionner la valeur des jours CET**. Ainsi quand un PH changera d'établissement, l'**argent provisionné suivra le PH dans sa nouvelle affectation**. La valeur du CET ne pourra plus être un frein à une mutation.

_ la **monétisation**, il sera possible de se faire payer une partie du CET. La **valeur** retenue de 300 euros, inchangée depuis 2003 nous paraît être une **insulte** pour rémunérer des heures supplémentaires, **nous souhaitons une revalorisation substantielle**, une **indexation** sur l'évolution des salaires et l'application de la loi TEPA sur la **défisicalisation** des heures supplémentaires dont nous sommes les seuls salariés français à en être exclus... Rappelons que nous étions les seuls à avoir refusé ce chiffre (déjà non réévalué lors des négociations de 2008)

_ la possibilité de **transformation** de jours en **sur retraite complémentaire**

_ la **pérennisation**: ainsi le CET n'aura plus de limite de durée mais un plafond de jours. Lors des négociations ce plafond était de **300 jours nous refusons qu'il soit abaissé**. Ces jours pourront être utilisés à la convenance du PH jusqu'à sa retraite.

Nous sommes d'accord pour limiter le flux du CET. Cela ne peut passer que par le recrutement de PH pour compléter les équipes en sous effectif et par conséquent par l'augmentation de l'attractivité de la carrière de PH. Pour l'instant la tendance irait plutôt vers la précarisation du statut et la marginalisation du PH

C'est pourquoi nous luttons pour que la CME retrouve son vrai rôle décisionnaire en particulier dans toutes les questions médicales (recrutement des PH, projet médical, etc.) et les questions stratégiques.

Nous souhaitons une **radicale refonte de la loi HPST** que tout le monde critique même ses promoteurs.

La **défense de la place du médecin et de son indépendance professionnelle** sont des enjeux majeurs.

La crise de l'hôpital public est loin d'être terminée, hélas nous pouvons encore tomber plus bas.

L'**avenir de l'hôpital public** dépend de votre engagement, ne vous laissez pas endormir par les discours de désinformation.

Rejoignez nous afin que nous puissions continuer à **vous défendre** et poursuivre nos actions de longue date:

- la **défense de l'activité libérale** pour ceux qui le souhaitent,
- la **revalorisation réelle des astreintes** et leur reconnaissance en tant que temps de travail,
- la **prise en compte de la pénibilité** des fonctions
- l'amélioration de la démographie médicale hospitalière,
- la consolidation de l'activité médicale programmée

Merci d'avance et bien amicalement

Dr Jean-Marie LELEU chirurgien orthopédiste Président

Dr JY DALLOT rhumatologue Dr Ph LESEIGNEUR gynécologue obstétricien Vices Présidents

Dr H PARMENTIER chirurgien viscéral Secrétaire

Dr JB TUETEY radiologue Trésorier Dr G ESCHEMANN Président d'honneur

Le montant de la cotisation FNAP 2012 a été fixé

à 120 € pour les temps plein - à 60 € pour les temps partiel

à régler par chèque à l'ordre de la FNAP accompagné impérativement du coupon complété ci-dessous et à adresser au trésorier :

Dr Jean-Bernard TUETEY - TRESORIER FNAP - 71640 DRACY LE FORT

Tel : 03 85 44 65 78 Fax : 03 85 94 10 13 e-mail : fnap@voilà.fr

Un certificat de paiement pour déduction fiscale vous sera adressé.

✂-----

Nom :

Code :

Adresse professionnelle :

Région :

Spécialité :

Tel professionnel :

e-mail :

Je suis disposé à prendre des responsabilités syndicales régionales et/ou nationales : OUI NON