

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Avril / Septembre 2013

N° 236



EDITO

C'EST LA RENTRÉE !

Finis, la pêche aux crevettes à marée basse, les plongées en eaux profondes dans les mers chaudes, ou les randonnées vers les hautes cimes... C'est la rentrée !

Le praticien hospitalier besogneux a repris le chemin de son service (excusez ce gros mot que l'on s'entête, ici, à utiliser !).

Il a retrouvé le chariot informatique que l'on pousse dans le couloir. Il est de nouveau heureux de se consacrer à l'exercice de sa spécialité au quotidien, un peu moins de retrouver les contraintes, entraves et autres tracasseries de sa vie hospitalière au jour le jour, et encore moins de subir les pressions administratives grandissantes dites « médico-économiques », mais qui, en réalité, n'ont plus grand-chose à voir avec le médical...

Et c'est aussi, bien sur, la rentrée syndicale. Révision de la réglementation des astreintes, annonce par notre Ministre d'un nouveau décret CME, qui devrait rétablir une partie de ses prérogatives perdues, ainsi qu'un autre sur les commissions régionales paritaires (CRP), afin de les réactiver et surtout d'élargir leur champ de compétence, déploiement du DPC (développement professionnel continu) qui semble bien devoir confirmer sa vocation d'usine à gaz à pleins tubes...

Les annonces sont multiples. Il est toujours question de tourner la page d'HPST, et de revenir notamment à la notion, certes essentielle par ses conséquences, de service public hospitalier, de faire évoluer la T2A, de relever plusieurs « défis » dans le cadre de la stratégie nationale de santé, notamment celui de la pé-

nurie des professionnels de santé et tant d'autres...

Quelle ne fût pas notre surprise, cependant, de constater que les syndicats de PH étaient, de facto, exclus de la mission d'évaluation des Pôles, confiée aux conférences de directeurs et présidents de CME. Ainsi, il était demandé à celles et ceux qui ont majoritairement soutenu cette réforme, d'en évaluer les effets. Sans être grand clerc, nous connaissons déjà la réponse : Quelques petites critiques, pour mieux faire valoir l'intérêt indéniable de la chose...

Un long questionnaire fût élaboré, sans même que les représentants du PH « de base » ne soient consultés : De quoi fâcher les plus « arrangeants » d'entre nous !

Cette bévue aura au moins un intérêt : celui de permettre l'expression unanime de nos cinq intersyndicales (cela est suffisamment rare pour être souligné). Elles ont ainsi décidé de vous proposer leur propre questionnaire. Celui-ci est très largement diffusé par voie numérique, et vous pouvez le consulter sur ce site intersyndical unitaire : www.praticien-hospitalier.com.

La balle est désormais dans le camp de chacun de nous, car telle est bien notre raison d'être : rendre au praticien de terrain la capacité d'exprimer son avis, puisque tout semble être fait pour le lui refuser ; et non pas se limiter à lui faire entendre la bonne parole, distillée par quelques « heureux » désignés.

Eh oui, c'est bien la rentrée !

Dr Bruno Devergie

Directeur de la publication : Dr François DOUCHAIN

Rédacteur en chef : Dr Jacques TREVIDIC

Comité de Rédaction :

Dr Bruno DEVERGIE, Endocrinologue

Dr Jean Marie LELLEU, Chirurgien

Dr Jean Yves DALLOT, Interniste

Dr Jean Bernard TUETEY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 3^e trimestre 2013

Commission paritaire n° 1012S06230

Cahiers FNAP-SPHP
N°236 Avril / Septembre 2013
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



TROISIEMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES

LA JOURNEE DU PRATICIEN

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

Vendredi 18 octobre 2013

Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème

PROGRAMME

Matinée

9h30 – Accueil	<ul style="list-style-type: none">• Ouverture de la Journée du Praticien Jean-Claude Pénochet, Président de la CPH
10h – Exercice médical	<ul style="list-style-type: none">• Quel exercice pour les futurs médecins ? Mathieu Levailant, Président ANEMF• Féminisation / Parité du corps médical : sociologie et conditions de travail Silvia Pontone, Anesthésiste-réanimateur, Hôpital R. Debré, chargée de mission à l'AP-HP et chercheuse associée Institut National d'Etudes Démographiques (INED)
11h – Finances	<ul style="list-style-type: none">• Propositions pour un meilleur financement des hôpitaux publics Anne Gervais, vice-présidente CME AP-HP, membre du Comité de réforme de la T2A
11h30 – Question juridique	<ul style="list-style-type: none">• La Commission de discipline des praticiens hospitaliers Patrick Nivet, membre de la Commission de Discipline Médecine
12h – Grand Témoin	<ul style="list-style-type: none">• Edouard Couty, Rapporteur du « Pacte de confiance pour l'hôpital »
13h – Assemblée Générale CPH	

13h15 – Déjeuner sur place

Après-midi

14h30 – Rémunérations	<ul style="list-style-type: none">• Revenus comparés des exercices libéraux et hospitaliers Danielle Toupillier, Directrice du Centre National de Gestion Raymond Le Moing, Sous-directeur des ressources humaines du système de santé DGOS
15h – Syndicalisme	<ul style="list-style-type: none">• Droit syndical et dialogue social : la loi du 5 juillet 2010 Jean-Paul Guillot, Président de « Réalités du Dialogue Social »• Pour une extension du droit syndical des praticiens hospitaliers Jean-Claude Pénochet, Président de la CPH
16h – Table ronde « Place de la représentation syndicale des praticiens à l'hôpital »	<ul style="list-style-type: none">• Animé par Bruno Devergie, Président SPHP, avec Nicole Smolski, présidente Avenir Hospitalier, Jean-Claude Pénochet, Président CPH, Raymond Le Moing, Sous-directeur des ressources humaines du système de santé DGOS
17h – Synthèse et conclusion	<ul style="list-style-type: none">• Jacques Trévidic, secrétaire général de la CPH

LA ROUE TOURNE AU SPHP !

Lors de notre Assemblée Générale du vendredi 27 septembre au Méditel à Paris, j'ai souhaité ne pas être renouvelé dans mon mandat de président. (Mais, qui sait, je n'aurais peut être pas été élu si je m'étais représenté à vos suffrages... ?).

Compte tenu du statut qui est le mien, puisque maintenant je suis retraité du corps de praticien hospitalier temps plein, j'ai estimé ne plus être en mesure de représenter notre profession. Certes, en ma qualité d'attaché contractuel, puisque désormais je cumule retraite et un emploi à temps réduit, je garde le contact avec mes collègues et avec la vie hospitalière. Cependant, il est maintenant largement acquis que je ne suis plus une valeur d'avenir...

Tout naturellement, c'est Jacques Trévidic qui était pressenti pour assurer la relève. Chacun connaît sa connaissance parfaite de la législation et de la réglementation, sa grande puissance de travail et son sens aigu de l'organisation, ses qualités humaines... Il était le seul à douter de ses capacités à reprendre le flambeau, mais fort heureusement, ce fût l'avis unanime des collègues de notre Conseil d'Administration.

Il pourra toujours compter sur le soutien indéfectible de Nicole Pasty, notre trésorière incontournable, tant elle exerce avec rigueur et honnêteté la gestion de nos finances, certes réduites puisque nous ne disposons que des recettes des cotisations de chacun. Mais cette unique ressource est aussi pour nous la garantie de notre indépendance qui est notre bien le plus cher, dans notre exercice professionnel au quotidien comme dans notre engagement syndical. Et elle sera soutenue par Eric Branger, notre nouveau trésorier adjoint, tout aussi rigoureux et scrupuleux. L'avenir est assuré.

Mais il pourra encore compter sur l'engagement de trois de nos nouveaux collègues du Bureau. Arnaud Patenotte, déjà très impliqué dans la vie syndicale locale et qui sera un secrétaire général de grande qualité, lui aussi ; Christian Demairé qui sera son secrétaire général adjoint, et Jacques Yguel, notre nouveau vice président, qui assurera notre représentation aux réunions de la CPH, notre Intersyndicale.

Vous comprendrez aisément que je ne peux dire pour chacun d'eux toutes les qualités qui sont les leurs, car cela risquerait de vous lasser, mais je n'en pense pas moins !

Permettez-moi de vous avouer, chers amis, que j'ai exercé ce mandat que vous m'avez confié à plusieurs reprises avec une grande joie. Certes, tout n'est pas toujours rose, mais défendre avec vous notre statut commun de PH malgré la diversité de nos spécialités, la collégialité, notre indépendance professionnelle, ainsi que l'intérêt supposé bien compris de notre hôpital public, contribuer à la défense des collègues en difficultés fût exaltant, même si nous n'avons pas pu toujours nous opposer efficacement à ce qui semblait aller dans le mauvais sens. Et ne pensez surtout pas que j'entretenais cette fonction pour le seul plaisir de rencontrer les représentants successifs de nos diverses tutelles, au demeurant pour la plupart souvent sympathiques et intelligents, car mes véritables plaisirs sont en fait beaucoup plus ordinaires, et sans doute plus proches des vôtres...

Tout cela dit en parfaite modestie, car notre exercice professionnel nous l'enseigne bien souvent, et parce qu'il en va de même dans l'action syndicale. Mais vous m'autoriserez aussi à dire que c'est avec un vrai plaisir que je passe la main, en connaissant la richesse de celles et ceux qui assurent la relève.

Longue vie, donc, au Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics, qui, sans la contribution de chacun de vous, ne serait rien. Car en effet, nous avons besoin de l'engagement du plus grand nombre pour assurer la pérennité de notre syndicat. Et nous avons encore beaucoup à faire pour lutter contre les dérives actuelles à l'origine de tant de gâchis, défendre la place de chacun à l'hôpital, construire la représentation syndicale des PH, locale, régionale, et nationale, afin de défendre au mieux nos intérêts... Le SPHP est à vous, pour vous et vos collègues non encore syndiqués (à notre avis trop nombreux !). Je vous souhaite, simplement et ardemment, de parvenir à le faire prospérer.

Amitiés,

Dr Bruno Devergie

ASTREINTES : RÉVISION DE L'ARRÊTÉ RELATIF À L'ORGANISATION ET À L'INDEMNISATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

JUSQU'À MAINTENANT, le temps de travail en astreinte qui était bien considéré comme du temps de travail effectif ne comptait cependant pas dans les obligations de service. Il était seulement rémunéré forfaitairement. Le temps de trajet n'était en outre pas pris en compte.

Après le rappel des exigences européennes, le temps de déplacement en astreinte, incluant le temps du trajet, pourra entrer dans le décompte des obligations de service sur la base d'une demi-journée pour 5 heures de déplacements cumulés ou pour un seul déplacement d'une durée de 3 heures et sera rémunéré comme du temps de travail en plage de sujétion. Mais le praticien garde la possibilité d'opter pour une rémunération plus importante calculée en temps additionnel de nuit sans décompte dans les obligations de service. L'accord formel et individuel du praticien amené à effectuer un temps de travail au-delà des 48 H devient obligatoire, sans qu'il ne puisse faire l'objet d'aucune mesure de rétorsion en cas de refus.

La Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la santé a entamé en urgence des consultations auprès des syndicats de praticiens hospitaliers en vue de la révision de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ces modifications sont rendues nécessaires en raison de l'engagement par la Commission européenne d'un précontentieux qui porte sur les 3 griefs suivants :

- Les conditions de recours à l'opt out par dérogation à la durée maximale du temps de travail hebdomadaire fixée à 48 heures ne répondent pas aux exigences mentionnées à l'article 22 de la directive européenne:
- Absence des mesures contre la rétorsion prévue à l'article 22.1.b ;
- Problème du refus du repos compensateur non traité ;
- Garantie de l'accord libre du travailleur avec possibilités de retrait avec préavis raisonnable.

- L'inclusion du temps de travail effectif réalisé lors des astreintes dans le temps de travail additionnel couvert par l'opt out ne respecte pas le principe du choix préalable du praticien sur les modalités de prise en compte de ce temps de travail effectif, soit dans le cadre de ses obligations de service, soit en temps de travail additionnel

- La réglementation du temps de travail et le décompte en 10 demi-journées des obligations de service ne garantissent pas le respect de la durée maximale de travail hebdomadaire.

Pour répondre à ces griefs, la Dgos a proposé un certain nombre de modifications majeures de l'arrêté en vigueur, qui impactent notamment (mais pas seulement) le système de rémunération des astreintes :

- Si les indemnités forfaitaires de base des astreintes opérationnelles et des astreintes de sécurité ne seront pas modifiées, en revanche les déplacements ne seront plus indemnisés forfaitairement.
- Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés lors d'un déplacement seront considérés comme du temps de travail effectif. Le temps de trajet sera dé-

compté de manière forfaitaire pour une heure aller/retour.

- Le décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes sera effectué en heures, à l'issue du quadrimestre. Chaque plage de 5 heures cumulées sera convertie :

- soit en une demi-journée intégrée dans les obligations de service et rémunérée par une demi-indemnité de sujétion (132,31 •)

- soit, sans décompte dans les obligations de service, rémunérée à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de **nuit** (236,98 •), selon le choix du praticien.

Un certain nombre de seuils minimum ou maximum sont prévus pour conserver une cohérence avec les permanences sur place, contribuant à une complexification du système.

Par ailleurs, le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et devront être pris en compte pour l'attribution du repos quotidien.

La réalisation de périodes de temps de travail additionnel au-delà des obligations de service ne pourra se faire que sur la base du volontariat et sans que les praticiens puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus. Que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donnera lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement. Ce contrat pourra être dénoncé, sous réserve d'un préavis d'un mois, par l'une des parties.

Des registres de temps travaillé seront établis et comporteront les informations suivantes :

- contrats de temps de travail additionnel signés,
- spécialité concernée,
- périodes et heures de temps de travail additionnel effectuées par chacun des praticiens concernés.

Ces registres seront portés à la connaissance du service de santé au travail et mis à la disposition du directeur afin de lui permettre de contrôler le recours à la contractualisation pour tout dépassement à la durée maximale du travail de 48 heures et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

La commission relative à l'organisation de la permanence des soins assurera le suivi de la mise en œuvre et du respect de ces mesures ; elle l'évaluera et transmettra les éléments de cette évaluation à la commission médicale d'établissement.

Comme on le voit, ces mesures vont impacter fortement l'organisation habituelle de la permanence des soins à l'hôpital. La CPH a favorablement accueilli un certain nombre d'entre elles qui vont dans le sens de la reconnaissance du temps de travail (trajet et intervention sur place) effectué en astreinte et la protection des praticiens.

Toutefois, il subsiste un certain nombre de difficultés qui ne seront pas résolues par les modifications proposées :

- Est maintenu dans le texte la possibilité pour les établissements de forfaitiser les astreintes, sans que le temps

de déplacement soit réintégré dans les obligations de service. Cette disposition n'est pas conforme au deuxième grief exprimé par la Commission européenne et aurait dû être abrogée. Toutefois, cette forfaitisation n'exonère ni du repos quotidien, ni de la contractualisation, volontaire et obligatoire si un praticien exerce au-delà des 48 heures hebdomadaires, ce qui limite nettement son intérêt pour l'établissement.

- La complexité du dispositif rend peu lisible le nouvel arrêté et il faudra s'attacher à une refonte plus globale de son fonctionnement, notamment faire disparaître la différence entre astreinte opérationnelle et de sécurité, maintes fois promise et qui n'a plus de sens.

- Ces modifications ne répondent pas au troisième grief mentionné par la Commission européenne, qui pose la question plus générale du décompte exact du temps de

travail des praticiens hospitaliers.

Le Ministère de la santé étant conscient de ces difficultés, s'est engagé dès la publication du nouvel arrêté à reprendre des négociations avec les syndicats de praticien hospitalier afin de réformer plus globalement cet arrêté, et d'entamer des discussions statutaires qui incluront une réflexion sur le temps de travail des praticiens.

La CPH prend acte de ces engagements et attend une confirmation écrite de la Ministre de la santé. Elle sera vigilante pour que les intérêts des praticiens hospitaliers soient défendus dans les prochaines négociations statutaires, qui devront s'attacher à promouvoir l'attractivité des carrières de praticien hospitalier auprès de nos jeunes et moins jeunes collègues.

DÉCRET N° 2013-841 DU 20 SEPTEMBRE 2013 MODIFIANT LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT ET AUX TRANSFORMATIONS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET À LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le Journal Officiel du 22 septembre 2013 a publié le décret très attendu relatif aux compétences de la CME, conforme aux dernières versions qui ont été diffusées lors de la phase de concertation.

Dans son article 1, il est précisé que :

« ART. R. 6144-1.-I. – La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

« 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;

« 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

« 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

« 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

« 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

« 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

« II. – La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

« 1° Le projet médical de l'établissement ;

« 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;

« 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;

« 4° La politique de formation des étudiants et internes ;

« 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;

« 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

« 7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;

« 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

« 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;

« 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;

« 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux. »

La CPH prend acte de ces avancées importantes pour le rééquilibrage des circuits décisionnels à l'hôpital, replaçant ainsi la CME au cœur des décisions stratégiques.

Elle appelle tous les praticiens hospitaliers qui ont été blessés par les évolutions des compétences de la CME imposées par la loi HPST et s'en sont éloignés, de réinvestir à nouveau ce lieu essentiel de la démocratie médicale hospitalière. Il ne faut pas boudier notre plaisir car la place de la CME est essentielle pour faire entendre la parole du corps médical hospitalier à l'hôpital.

Toutefois, ce décret ne répond pas aux attentes de la CPH sur deux points que nous jugeons très importants :

- En premier lieu, la CME doit pouvoir donner un avis sur les nominations individuelles des praticiens : au nom de quoi prive-t-on la communauté médicale hospitalière de pouvoir donner un avis sur un futur collaborateur ? Toutefois, on peut considérer que la compétence de la CME sur la « *politique des recrutements des emplois médicaux* » peut être interprétée en ce sens si la CME le considère ainsi. C'est donc localement, dans chaque CME, qu'il faut imposer cette lecture.

- En second lieu, l'absence de toute modification significative de la composition de la CME et des modes de désignation de ses membres est inacceptable : en l'absence d'élection des chefs de pôles, plus de la moitié des membres de la CME sont directement désignés par le chef d'établissement ce qui affaiblit considérablement la légitimité de cette instance et celle de son président. Il se crée ainsi un cercle d'une minorité de praticiens qui s'auto-désignent aux postes de responsabilité avec l'aval du directeur, sans que les autres praticiens hospitaliers aient la possibilité de s'exprimer nettement.

La Ministre de la santé a elle-même souligné que « *nous sommes à un moment où les poupées russes existent, sont sur la table, et nous sommes en train de les emboîter les unes dans les autres* ». Force est de constater que ces poupées se trouvent désarticulées, puisque le mode de désignation des chefs de pôle dépend de la loi et non du décret. Or, toute la communauté médicale considère que la révision de ce point est essentielle au fonctionnement de la CME et à l'équilibre du dialogue au sein de l'hôpital.

Tant que la CME elle-même (et non son seul président) ne pourra exprimer un avis sur les nominations des chefs de pôle, la désignation des chefs de pôle présents à la CME doit être fondée sur une élection parmi les chefs de pôle en fonction.

DÉCRET N° 2013-843 DU 20 SEPTEMBRE 2013 RELATIF AUX COMMISSIONS RÉGIONALES PARITAIRES PLACÉES AUPRÈS DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Le Journal Officiel du 22 septembre 2013 a publié un autre décret très attendu, celui relatif aux Commissions régionales paritaires (CRP) compétentes pour les praticiens des hôpitaux.

CETTE INSTANCE pourtant prévue de longue date par les textes était tombée en désuétude dans de nombreuses régions, bien souvent au motif que ses compétences empiétaient sur l'autonomie des établissements, ce qui dérangeait certainement les directeurs.

Maillon essentiel d'un dialogue social qui doit se décliner à 3 niveaux (national, régional, local), les compétences attribuées aux CRP par ce nouveau décret sont loin d'être négligeables :

« Art. R. 6152-326.-La commission régionale paritaire est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur :

« 1° L'organisation de la permanence et de la continuité des soins ainsi que de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'évaluation de cette organisation ;

« 2° Le suivi des emplois médicaux, et en particulier leur adaptation aux besoins de santé et de l'activité hospitalière. La commission régionale paritaire est destinataire d'un bilan annuel des postes de praticien dont la vacance a été publiée ainsi que des opérations de restructuration ou de coopération et de leurs incidences sur les emplois de praticiens et la situation des praticiens concernés ;

« 3° La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des personnels médicaux ;

« 4° Les actions d'amélioration de l'attractivité de l'exercice des professions médicales dans les établissements publics de santé ;

« 5° Les demandes de dépassement du plafond de progression annuelle du compte épargne-temps des praticiens prévues à l'article R. 6152-807-4 ;

« 6° Le bilan régional de la réalisation du temps de travail additionnel des praticiens prévu à l'article R. 6152-27 ;

« 7° L'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives :

« a) A la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux, des personnels médicaux ;

« b) A la gestion du temps de travail des personnels médicaux ;

« c) Au dialogue social, à la qualité de l'exercice médical et à la gestion des personnels médicaux ;

« 8° Le suivi des praticiens mentionnés au 3° de l'article L. 6152-1.

« La commission peut se voir confier, à la demande du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits. »

La CPH se félicite de cette réactivation qui arrive à un moment important de la reconstruction du dialogue social avec les organisations syndicales de praticien hospitalier. Elle s'emploiera à ce que les CRP soient réellement activées et deviennent un maillon essentiel de la gestion des ressources humaines du corps médical hospitalier, afin que les règles de droit se situant dans son champ de compétences ne soient plus continuellement bafouées par des directions qui ne se préoccupent plus que de gestion financière.

EVALUATION DES PÔLES

LA MINISTRE DE LA SANTÉ A SOLlicité les conférences de présidents de CME et de directeurs pour qu'elles effectuent une évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé. En revanche, aucune consultation n'a été officiellement prévue pour les organisations syndicales de praticien hospitalier. Celles-ci ont manifesté leur profond mécontentement de ne pas avoir été associé à cette mission car l'organisation en pôles est au cœur de la pratique de leurs mandants.

Cette omission est d'autant plus regrettable que les travaux des groupes 2 et 3 du « Pacte de confiance pour l'hôpital » ont montré de profondes divergences d'appréciation entre les acteurs du système hospitalier. En particulier, il est apparu que les organisations syndicales étaient attachées à l'individualisation d'une structure opérationnelle plus concentrée que le pôle qui pourrait s'appeler « service », alors que les organisations de directeurs et de présidents de CME soutiennent nettement l'organisation en pôles. Et, pour revenir au point précédent, l'évaluation des pôles ne peut laisser de côté la volonté de revenir sur le mode de désignation des responsables.

En ne confiant cette mission qu'aux seuls directeurs et

présidents de CME qui ont dû mettre en place les pôles au sein de leur établissement, le résultat de cette évaluation sera biaisé car ils devront juger leur propre travail. Ils ne pourront qu'en évaluer favorablement le résultat et aucun compte n'aura été tenu des précédentes consultations.

Ce conflit d'intérêt est apparu clairement lorsque les conférences ont présenté début juillet un questionnaire (plus de 72 items) qu'elles ont préparé seules, qui évacue toute critique possible du système, et qui ne sera adressé qu'aux directoires hospitaliers. Il n'est à aucun moment du processus prévu de demander aux organisations syndicales de contribuer à l'élaboration de ce questionnaire, ni aux simples praticiens hospitaliers de le remplir. La proposition de la DgOS de transmettre ce questionnaire aux organisations syndicales avant de l'envoyer dans les établissements s'est même heurtée à une fin de non-recevoir !

Les organisations syndicales de PH ont donc décidé de porter leur propre évaluation à travers un questionnaire destiné à l'ensemble des praticiens hospitaliers quels que soient leur grade ou leur fonction. Ce questionnaire a été diffusé par Internet et est accessible à l'adresse www.praticienshospitaliers.com. Son succès est très

important. Les résultats feront l'objet d'une analyse complète dès la mi-octobre.

DROITS SYNDICAUX ET INSTANCES SYNDICALES

PARMI LES CHANTIERS entamés à la suite du rapport d'Edouard Couty, celui des droits syndicaux des PH et de la mise en place d'instance de négociation a été particulièrement porté par la CPH.

Il a été acté par la Ministre de la santé, après la relance des Commission régionales paritaires, la création d'une organisation nationale de consultation des syndicats de praticien hospitalier, essentielle aux exigences du dialogue social et à la poursuite des chantiers en cours.

Toutefois, la représentativité actuelle des organisations syndicales de PH issue des élections professionnelles de 2011 demeure très imprécise et il sera nécessaire de revenir sur ce dossier avant les prochaines élections prévues en 2016.

Mais la CPH est très déçue de constater que dans le déroulement des travaux futurs, celui de l'extension

des droits syndicaux des PH, toujours très en retrait par rapport à ceux de la fonction publique hospitalière, n'a pas été prévu. La CPH a demandé à plusieurs reprises que soient étudiées les conditions dans lesquelles les dispositions qui s'appliquent aux salariés de la fonction publique hospitalière pourraient être adaptées aux personnels médicaux hospitaliers.

Au regard des engagements du Président de la République et du gouvernement, les praticiens hospitaliers ne doivent plus être les seuls salariés de ce pays à ne disposer que de moyens dégradés pour représenter leurs mandants. La CPH a donc envoyé un courrier en ce sens à Mme Marisol Touraine, Ministre de la santé.

Nos contacts auprès des autres organisations syndicales de PH nous ont montré que ce thème avait également leur soutien, notamment celui d'Avenir hospitalier et de l'INPH.

MISSIONS D'EXPERTISES DES PH

EN APPLICATION DE LA LOI d'exécution des peines, la Dgcs a transmis aux organisations syndicales de PH un projet de décret réintégrant la réalisation des expertises pénales à la demande d'un magistrat dans les obligations de service dont elles avaient été exclues par la loi HPST. Toutefois, ce texte ne règle pas le problème posé par la condition d'autorisation du directeur. Soucieux du temps médical consacré à son établissement, celui-ci serait légitimement fondé à refuser cet exercice, ce

qui aggraverait la situation déjà criante du manque d'experts, en allant à l'encontre de la volonté du législateur.

S'il s'avérait qu'il soit juridiquement impossible de modifier par décret cette disposition restrictive, le projet de loi en cours relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires serait l'occasion d'introduire une dérogation.

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINUE (DPC) DES PH

LA CPH S'INQUIÈTE des conditions de déploiement du DPC médical hospitalier. Les défauts majeurs de conception du système, en particulier sa lourdeur et son illisibilité, mettent en péril tout le système. Nous avons également souligné l'anormalité d'un texte qui, en l'absence d'organisme collecteur agréé, conduit les PH au sein de l'ANFH dans une instance qui n'est pas véritablement paritaire et qui réorganise à son gré les règles de la représentativité.

Il nous semble que les conditions posées à la fois par l'organisation complexe de son circuit de financement (OGDPC, ANFH, établissements de santé), par la rigueur des critères imposées par la HAS, et ceux désormais officiels adoptés par les CSI pour agréer les ODPC – sans parler de cette profusion de sigles incompréhensibles pour les praticiens hospitaliers – sont irréalistes et vont conduire bon nombre de nos collègues à l'immobilisme. La très faible consommation de crédits engagés

par l'ANFH pour l'année 2013 est à cet égard un signe très inquiétant.

L'inquiétude est grande parmi les sociétés savantes et les organisations professionnelles de formation continue des personnels médicaux hospitaliers qu'elles soient totalement mises à l'écart, ce qui contribuerait certainement à aggraver la désaffection de tous les professionnels.

La CPH souhaite que la mission Igas demandée récemment par la Ministre de la santé auditionne rapidement les organisations syndicales et professionnelles des PH afin que des solutions pratiques et réalistes soient trouvées pour tenter d'éviter un effondrement de ce qui apparaît de plus en plus comme une usine à gaz. ■

Dr Jacques Trévidic

Le quotidien syndical sur sur notre site :

www.praticien-hospitalier.com



Bulletin d'adhésion pour l'année civile 2013

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Spécialité exercée : _____

Statut et fonction : _____

Coordonnées professionnelles :

Etablissement : _____

Service : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____ BP : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Cedex : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Email professionnel : _____

Coordonnées personnelles :

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Email personnel : _____

Déclare adhérer au **Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics** au titre de l'année civile 2013, dont le montant de la cotisation annuelle est de 120 € (inclus un abonnement d'un an à la revue « Médecins des Hôpitaux Publics »)

Je souhaite recevoir les informations transmises par le syndicat :

- par courrier électronique sur mon adresse personnelle professionnelle
- par courrier normal à mon adresse personnelle professionnelle

Note : Plusieurs réponses possibles. Cependant, pour des raisons d'économie, la majeure partie des informations syndicales seront transmises par courrier électronique.

Règlement par chèque à l'ordre du SPHP

Merci d'envoyer votre cotisation à :

Eusébio De Pina Fortes

SPHP

BAL n° 75

3 Rue Jeanne d'Arc

75013 PARIS