

# Les Médecins des Hôpitaux Publics



Janvier / Mars 2013

N° 235



**EDITO**

## LE LIEVRE ET LA TORTUE ?

« Notre lievre n'avait que quatre pas à faire  
Ayant, dis je, du temps pour brouter  
Pour dormir et pour écouter  
D'où vient le vent, il laisse la tortue  
Aller son train de Sénateur  
Elle se hâte avec lenteur... »

Devant les comportements de nos deux Présidents, cette fable du grand siècle nous revient à l'esprit : L'un tirait plus vite que son ombre, alors que l'autre prend le temps...

Qu'il nous soit permis, tout à la fois, de nous en réjouir et de nous interroger.

Nous nous réjouissons du retour de la concertation. Il suffit pour s'en convaincre d'avoir participé aux réunions du Pacte de Confiance : Entendre le représentant des Directeurs de CHU, un Sage pourtant, critiquer le « Centralisme Démocratique » de la Loi HPST, illustre les avantages de ce retour de la réflexion entre toutes les composantes de l'Hôpital. Comme chacun le sait, ce centralisme démocratique est très centralisé et pas démocratique pour un sou. Il s'agit plutôt, en effet, d'un centralisme bureaucratique...

Avec la CPH, nous avons salué le rapport qu'Edouard Couty a remis à notre Ministre.

Reconstruire le service public en lien avec la médecine libérale sur son territoire, ajuster le mode de financement des établissements, adapter leur gouvernance et leur organisation interne, encourager un dialogue social authentique, rétablir avec les instances de régulation de l'Etat et de l'Assurance Maladie des relations de confiance, sont en effet autant d'objectifs que nous partageons. Et l'Hôpital n'est ni une entreprise, ni une administration comme une autre...

Nous nous interrogeons, en revanche, sur la lourdeur de cette concertation. Certes, les propositions du Pacte de Confiance doivent s'intégrer dans celles que le Gouvernement doit construire sur la Stratégie Nationale de Santé.

Avec les diverses instances de notre communauté hospitalière, nous appellerons volontiers de nos vœux :

- la mise en œuvre d'un service de santé territorial dans le respect de l'autonomie de chacun des acteurs concernés,
- une politique dynamique de gestion des ressources humaines,
- un financement en faveur de l'autonomie des personnes âgées basé sur les principes de solidarité nationale entre les générations,
- le respect d'une organisation spécifique sectorielle pour la santé mentale,
- la promotion des actions de prévention et d'éducation pour la santé,
- la correction des inégalités régionales de santé...

Et nous réclamons surtout, avec la CPH, le renforcement de l'attractivité de notre statut de praticien hospitalier, sur des critères nationaux, et notre opposition à toute part variable de rémunération, seule garantie de préserver notre indépendance, toujours menacée.

Mais cette indispensable réflexion ne doit pas, maintenant, retarder les prises de décisions. Marisol Touraine nous a annoncé un calendrier étalé dans le temps. Souhaitons vivement qu'il se concrétise !

« Il partit comme un trait, mais les élans qu'il fit  
Furent vains : la tortue arriva la première.  
Et bien, lui cria t'elle, avais je pas raison ?  
De quoi vous sert votre vitesse ?  
Moi, l'emporter ! Et que serait ce  
Si vous portiez une maison ? »

Même si pouvons nourrir quelques craintes devant l'ampleur de la tâche, et devant cet immeuble de grande taille que nous portons sur le dos, espérons, avec La Fontaine, que la morale de cette fable se confirmera...

**Drs Bruno Devergie et François Duchain**

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 TUETÉY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2013

Commission paritaire n° 1012S06230

Cahiers FNAP-SPHP  
N°235 Janvier / Mars 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](http://www.praticien-hospitalier.com)

# Actualités syndicales 26/04/13

## Pacte de confiance pour l'hôpital, le rapport Couty

La CPH et Avenir Hospitalier ont pris connaissance avec satisfaction du rapport remis par Edouard Couty à la Ministre de la santé lundi 4 mars 2013, et des intentions de celle-ci pour redonner sens et confiance à l'hôpital public. Le choc des dernières réformes a mis l'hôpital à la dérive, comme un bateau ivre ayant quitté son sens premier de Service Public, et perdu les valeurs de solidarité, de respect et d'humanisme qui lui étaient vitales pour avancer. Nous les remercions de cette large concertation, exercice difficile car réunir toutes les composantes de l'hôpital, y compris ceux qui ont largement accompagné HPST et désormais plaident le repos dans les réformes n'était pas assurée de la réussite. Il fallait tourner la page HPST, funeste concrétisation de toutes les réformes précédentes.

Etant particulièrement attachés au dialogue social décliné aux PH, nous nous félicitons de la création d'une structure nationale de concertation pour les PH, de la consolidation des Commissions Régionales Paritaires, ainsi que de la création d'un vivier de professionnels pour les missions de conciliation en cas de conflits.

Nous prenons note avec satisfaction de la création d'une section médicale du CHSCT, seul moyen pour que l'hôpital fonctionne enfin sur deux jambes, en équilibre avec la CME revivifiée. Nous poursuivrons fortement notre engagement pour que la démocratie soit respectée au sein des établissements, notamment via la représentativité syndicale. Les PH ne seront plus le seul groupe professionnel à ne pas avoir de lieu d'expression de qualité santé au travail, et à pouvoir parler pénibilité !

Les intentions affichées d'un Service Public Hospitalier Territorial inscrit dans la Loi, un financement garanti sans gel des MIGAC, un schéma régional d'investissement ne peuvent que rencontrer notre appui. L'alternative au « tout T2A » ciblée sur une tarification au parcours est une piste intéressante pour les maladies chroniques, il faudra toutefois sortir davantage du piège de l'acte et de sa rémunération, comme seul structurant de l'activité.

## Pacte de confiance pour l'hôpital, la suite

Il est prévu de publier des décrets avant l'été, notamment celui concernant les CME.

Sur le plan législatif, trois véhicules seront utilisés : le PLFSS 2014 (à l'automne), le projet de loi de rénovation de la fonction publique (avant fin 2013) et un projet de loi de santé publique (courant 2014) qui intégrera de nombreux sujets, y compris la « médecine de parcours ».

Dans l'immédiat, 8 groupes thématiques

sont mis en place :

- Service public hospitalier (SPH) et territorial : prolongement du groupe 1 de la mission Couty avec Bernadette Devictor dans l'objectif d'une rédaction juridique (missions – droits et devoir des acteurs) permettant d'aboutir à un article de loi : place du SPH dans le SP territorial.

- Réforme du financement des hôpitaux publics : un groupe de travail en cours, auquel ne participent pas officiellement les syndicats. Objectif : tenir compte dans la tarification de la qualité des soins, de la pertinence des actes, du parcours de soins (maladie chronique), volonté de simplification (trop de tarifs), et volonté d'avoir un outil opérationnel vis à vis de la régulation de l'ONDAM dans la répartition des dotations (MIGAC) versus tarifs. On s'oriente vers une simplification et une évolution du modèle vers une médecine de parcours, une T2A dégressive en fonction du nombre d'actes et une augmentation de la dotation MIGAC pour les hôpitaux de proximité.

- Investissements hospitaliers : renforcement du pilotage des ARS qui devront fournir en cohérence avec le projet régional de santé (et donc les SROS), un schéma régional d'investissement en santé (SRIS). La V0, version test, de ces SRIS est demandée pour juillet aux ARS. Ces SRIS couvrent le champ des investissements en santé prioritaires sur la région, à l'hôpital mais aussi dans les secteurs ambulatoire et médico-social.

- Gouvernance et dialogue social :

- Le décret CME devrait sortir avant l'été. Il concerne la composition aussi bien que les attributions. Le Cabinet est favorable à la suppression des membres de droit mais il y a des oppositions. Un projet de texte sera diffusé vers le 13 mai.

- CHSCT section médicale : le principe est acquis mais la composition fait l'objet d'un désaccord de nos organisations avec les conférences de présidents de CME et nos collègues de la CMH-INPH-SNAMHP. La CPH et Avenir Hospitalier rappellent qu'ils demandent l'application aux praticiens hospitaliers de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social. Le Cabinet semble assez favorable sur le principe. Un projet de loi de rénovation de la fonction publique est programmé fin 2013 et il serait techniquement possible d'y inclure ces dispositions.

- Représentation syndicale : un projet de décret a été retoqué par le Conseil d'Etat.

- Dans un premier temps, un texte relatif à la représentativité des syndicats de PH pour la composition des Commissions Régionales Paritaires (CRP) donnant des instructions aux ARS va paraître bientôt (5 intersyndicats reconnus comme représentatifs) afin de permettre la recombinaison et le fonctionnement des CRP.

- Dans un deuxième temps seront étudiés en pa-

rallèle :

- L'application ou bien le transfert au PH de la loi du 5 juillet 2010.
- La création d'une instance nationale de consultation des syndicats de PH : le Cabinet nous confirme la volonté de création de cette instance syndicats / Ministère que nous avons tant réclamée.
- Organisation en pôles : le Cabinet nous informe d'une mission d'évaluation de l'organisation en pôles, confiée aux 6 conférences (PCME et directeurs). La CPH et Avenir Hospitalier insistent pour que les syndicats de PH puissent exprimer leur propre point de vue sur ce sujet important.
- Place des usagers : une réflexion sur ce sujet aura lieu avec les représentants des usagers.
- Répartition des niveaux de négociation entre national et local : sujet hautement stratégique qui fera l'objet d'après discussions dans lesquelles les syndicats de PH auront une part cruciale.
- Volet Ressources Humaines au niveau régional : thème important pour la démographie médicale.

L'ensemble des travaux sera coordonné au sein d'une commission de suivi transversale et intégreront également les premiers éléments fournis en juin par les 7 sages qui travaillent sur «la stratégie nationale en santé». La Dgos présentera à chaque fois un document de travail qui devra faire l'objet de discussions et d'amendements. Retour vers le Cabinet toutes les 3 semaines. Début des travaux : à partir de la troisième semaine de mai.

## Circulaire Compte Epargne-Temps

*Circulaire n°DGOS/RH4/2013/116 du 15 mars relative à l'application du décret n°2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au CET et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé*  
[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir\\_36696.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36696.pdf)

Tous les textes concernant ce dossier sont désormais parus. Nous rappelons que désormais, deux compteurs de CET coexistent : celui concernant les jours acquis avant le 31/12/12 (CET historique) et celui pour les jours acquis après (CET pérenne). Pour le CET historique, la prochaine échéance est située avant le 1<sup>er</sup> juin où chaque PH devra demander le paiement d'un maximum de 80 jours de CET, à raison de 20 jours par an. Après cette opération, nous recommandons à tous les PH qui ne sont pas proches de leur retraite de vider progressivement le solde de leur CET historique en posant des jours de congés, quitte à épargner des jours de RTT sur le CET pérenne (deuxième compteur) en compensation.

## Décret IESPE et élargissement assiette Ircantec pour les PH à temps partiel et les praticiens attachés à temps plein

Alors que les praticiens hospitaliers à temps

partiel attendaient en vain depuis de nombreuses années les mesures d'alignement de leur statut sur celui des praticiens hospitaliers à temps plein, la CPH constate avec satisfaction que le gouvernement de Jean-Marc Ayrault et la ministre de la santé Marisol Touraine ont accompli les gestes nécessaires.

Il s'agissait en réalité de mettre en œuvre le protocole d'accord signé le 31 mars 2005 avec les organisations représentatives des PH et, selon les termes mêmes du ministre de l'époque, de rétablir ainsi «un déséquilibre historique». Mêmes concours, mêmes listes d'aptitudes et mêmes responsabilités : entre le temps plein et le temps partiel seuls différaient le temps de présence hospitalier et... l'écart salarial, la retraite et le bénéfice de l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Cette promesse, maintes fois répétée dans plusieurs protocoles d'accord qui ont suivi, comme si les précédents ne comptaient pas, ainsi que dans une lettre que Xavier Bertrand avait envoyée à tous les intersyndicats en 2007, n'a jamais été tenue par les précédents gouvernements.

### 1) Elargissement de l'assiette des cotisations Ircantec pour les praticiens hospitaliers à temps partiel et les praticiens attachés à temps plein

*Décret n° 2012-1564 du 31 décembre 2012 modifiant le décret n° 2010-1142 du 29 septembre 2010 relatif à l'assiette des cotisations de certains membres du corps médical des établissements publics de santé au régime de retraites complémentaire des assurances sociales institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié*  
[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130101&numTexte=24&pageDebut=00080&pageFin=00081](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130101&numTexte=24&pageDebut=00080&pageFin=00081)

Ce texte est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Pour les praticiens hospitaliers exerçant leur activité à temps partiel et les praticiens attachés à temps plein, l'assiette passe de 70% de leurs émoluments hospitaliers et des indemnités à «la totalité» (à l'exception de l'indemnisation des déplacements temporaires accomplis pour les besoins du service, pour les praticiens attachés). L'élargissement à 100% de l'assiette de cotisation interviendra de manière progressive. Cette assiette sera de 80% de la totalité des émoluments et indemnités du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013, de 90% du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014 et de 100% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

### 2) Extension de l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux praticiens hospitaliers à temps partiel et aux praticiens attachés à temps plein

*Décret n° 2013-137 du 14 février 2013 portant dispositions relatives aux praticiens attachés*  
[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=3&pageDebut=&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=3&pageDebut=&pageFin=)

*Décret n° 2013-138 du 14 février 2013 portant dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers*  
[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=4&pageDebut=&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=4&pageDebut=&pageFin=)

Arrêté du 14 février 2013 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif mentionnée aux articles D. 6152-612-1 et D. 6152-633-1 du code de la santé publique

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=5&pageDebut=&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=5&pageDebut=&pageFin=)

Arrêté du 14 février 2013 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif mentionnée à l'article D. 6152-220-1 du code de la santé publique

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=6&pageDebut=&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130215&numTexte=6&pageDebut=&pageFin=)

Ces textes entreront en vigueur le 1er mars 2013. Le montant mensuel de l'IESPE est fixé à 292,29 • pour les praticiens hospitaliers à temps partiel dont les obligations de service sont fixées à six demi-journées par semaine. A noter que l'attribution de l'IEPSE est subordonnée à la signature d'un contrat d'une période de trois ans renouvelable, pour exercer exclusivement en établissement public de santé ou en établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). **Ce contrat n'étant pas systématiquement proposé aux praticiens susceptibles d'y être éligibles, il faut que chaque praticien en fasse la demande expresse auprès de la direction des affaires médicales de son établissement.**

Nous avons interrogé la DgOS pour savoir si certaines activités comme des consultations ou d'expertises effectuées au profit d'organismes publics (municipalités, tutelles...) constituaient un motif de non-attribution de l'IESPE : la réponse a été clairement non. Les praticiens concernés peuvent prétendre à l'attribution de l'IESPE, pour autant qu'ils n'exercent pas une activité libérale.

### Activité libérale des praticiens hospitaliers

Rapport Laurent sur l'activité libérale à l'hôpital [http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse\\_42/communiqués\\_2322/activite-liberale-a-l-hopital\\_15732.html](http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse_42/communiqués_2322/activite-liberale-a-l-hopital_15732.html)

La CPH accueille avec satisfaction les propositions de la Mission Laurent sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Cette activité est un plus, tant pour les praticiens qui souhaitent l'exercer, que pour les établissements qui bénéficient d'un recrutement de patients qui n'auraient sans doute, en son absence, pas fait le choix de l'hôpital public.

La CPH n'oublie pas que certains députés avaient souhaité, sur ce sujet sensible, légiférer précipitamment et avant toute concertation. Elle salue le retour au dialogue.

Il importe de rappeler que seulement 10% des praticiens hospitaliers exercent une activité libérale à l'hôpital, soit 4581 sur 45900 praticiens, **exerçant très majoritairement en secteur 1, donc sans dépassement d'honoraires.** Il n'y a que 1932 d'entre eux qui exercent en secteur 2, et seule une très petite minorité ont des dépassements d'honoraires qui vont au-delà des montants

figurant dans l'avenant 8 de la convention médicale.

Il reste que les abus dont la presse grand public se fait l'écho, souvent avant quelque échéance électorale importante, doivent être sanctionnés. Défendre cette activité ne veut pas dire d'en accepter les excès, dont les effets sur l'opinion publique sont déplorables. Assurer une plus grande transparence, mettre la commission de contrôle non seulement au niveau de l'établissement mais aussi au niveau régional et solliciter la participation à cette commission des représentants des usagers, sont autant d'éléments qui, à nos yeux, devraient préserver le bon fonctionnement de cette activité libérale à l'hôpital public.

### DPC : Développement Professionnel Continue ou Dossier Particulièrement Complicé ?

La mise en place du DPC et de son financement poursuit son laborieux cheminement. A ce jour, plus de la moitié des praticiens hospitaliers sont concernés par l'adhésion de leur établissement à l'ANFH, ce qui soumet le financement de leur formation à la condition qu'elle doit être conforme aux critères de la HAS (voir [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)).

Les circuits de financement par l'ANFH se mettent lentement en place. La liste des organismes de formations agréées temporairement jusqu'au 30 juin 2013 est accessible sur le site de l'OGDPC à l'adresse <https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/ODPC-enregistres/ABECEDAIRE09AVRIL13.pdf>

Il faut signaler aussi les efforts de notre collègue Alain Jacob, président du Conseil du DPC médical hospitalier de l'ANFH, pour rendre lisible et opérationnel ce dispositif complexe (voir [http://www.inph.org/images/stories/DPC\\_des\\_praticien\\_alain\\_jacob.pdf](http://www.inph.org/images/stories/DPC_des_praticien_alain_jacob.pdf))

Avenir hospitalier a lancé une enquête à laquelle la CPH s'est associée, auprès des praticiens hospitaliers afin de connaître leur degré d'implication dans le dispositif du DPC. Il y a eu 5555 réponses ! 80% des PH ont participé à des actions FMC pour les années 2010 - 2011, ce qui est beaucoup plus que les estimations des pouvoirs publics sur la participation au DPC, pour une somme moyenne de 2360 euros, avec des financements mixtes de l'hôpital, l'industrie pharmaceutique et deniers personnels. Ce qui ressort également, c'est la méconnaissance générale du fonctionnement du nouveau système.

### Journée du Praticien

La prochaine « Journée du Praticien » organisée par la CPH aura lieu le 18 octobre 2013 à Paris. Nous y accueillerons notamment Edouard Couty.

**Retenez cette date dès à présent sur votre agenda !■**

## La Gauche au pouvoir et la représentation syndicale

### *Quel dialogue social pour les PH ?*

**La question du droit syndical et de la représentation syndicale des praticiens hospitaliers se pose aujourd'hui avec une acuité toute particulière. L'ouverture créée par le « Pacte de Confiance pour l'Hôpital » est une occasion qu'il ne faudrait pas manquer.**

Pour des raisons historiques que l'on pourrait largement développer, les praticiens de l'hôpital sont peu attachés à la vie syndicale. Les représentations de notre profession continuent à être construites sur le mode du médecin légitimé par son savoir professionnel, qui ne saurait lui être contesté. Il s'estime en quelque sorte « de droit » à l'hôpital, nommé par le ministre autrefois, disposant encore d'un statut particulier hors fonction publique.

Bien que dans la réalité les choses aient bien changé, c'est sur cette représentation que nous continuons à nous identifier. On le sait depuis Bourdieu, le « champ » n'a que peu de rapport avec l'« habitus ». Dans ce cadre de perceptions fondées sur l'imaginaire collectif, organiser la défense syndicale signifie renoncer à cette identité. Descendre sur le terrain des luttes nous paraît toujours suspect d'incongruité. Nous nous pensons encore comme des patriciens, ces citoyens romains qui appartenaient par leur naissance à la classe aristocratique leur autorisant de nombreuses prérogatives. Lorsque le pouvoir ne nous reconnaît plus, les « grands patrons » parisiens se regroupent hors syndicat, et du haut de leur légitimité, en appelle au peuple.

La vie syndicale, depuis 20 ans, n'est pas loin de simplement se caractériser par cette attitude qui consiste à se courroucer en attendant que le pouvoir veuille bien reconnaître notre place et nos droits, comme s'ils allaient de soi. HPST a évidemment représenté un dépit énorme, une délégitimation inacceptable, mais pas encore tout à fait la révélation incroyable que ces temps étaient terminés. Les patriciens - praticiens ont du mal à s'y faire, sauf ceux qui se retrouvent du côté du prince, le Directeur, dans cette association-coach des « dirigeants hospitaliers », alimentée dans ses conceptions et pilotée par la FHF. Ils ont vendu leur participation au prix du respect de leur notabilité. Si bien que caricaturalement, on ne sait plus très bien quels sont ceux qui sont le plus suspect de trahison : ceux qui collaborent et se séparent de leur collègues, ou ceux, vus de l'autre côté, qui déshonorent l'éthique en s'abaissant à

jouer les chiffonniers...

Appliquant le programme présidentiel, la gauche se propose de réintroduire le dialogue social, comme un contrepoids aux excès du libéralisme. Pour l'hôpital il y a fort à craindre que le cadre de l'autonomie des établissements, rappelé dès l'ouverture du pacte de confiance, ne sera pas remis en question. L'extension des pouvoirs du directeur sur les personnels médicaux, qui a pour nom la contractualisation, reste totalement à l'ordre du jour. Simplement, à la différence de la droite, l'honnêteté (ou la mauvaise conscience, c'est selon l'appréciation de chacun) de la gauche, la pousse à injecter des contre-pouvoirs, baptisés dialogue social et gestion des ressources humaines.

La FHF ne s'y trompe pas. Elle sait que plus les marges de négociation par rapport au statut de PH existeront, plus elle pourra canaliser les médecins. Mais pour mieux en tenir les rênes, elle tient à rester entre amis. Elle a communiqué récemment sa volonté de voir les présidents de CME représenter l'ensemble de la profession médicale hospitalière, si possible au sein de la fonction publique hospitalière (!). Et il y a quelques temps, elle a largement communiqué sa volonté d'être la seule instance « RH » des professionnels de l'hôpital en défendant une politique commune de gestion des ressources humaines médicales et non médicales. Lorsque le représentant de la DGOS a indiqué que le ministère explorait les moyens d'introduire une représentation syndicale des médecins au niveau local, en soulignant que de nombreux membres de la CME le sont de droit et ne peuvent donc pas être considérés comme les représentants du corps professionnel, la réponse unanime des 3 conférences ne s'est pas faite attendre : pour eux, le débat a déjà eu lieu et a été tranché par HPST, il ne faut pas cliver la représentation des médecins, ce sont les conférences et les CME qui représentent bien la profession médicale.

Cette position est très significative d'un repli des présidents de CME sur leur position, qui provoque le clivage qu'ils dénoncent. Car en quoi une plus forte représentation pour la profession – institutionnelle pour les PCME, professionnelle pour les syndicats – serait-elle néfaste ? Les syndicats sont pressentis comme des empêcheurs de tourner en rond dans le dialogue tellement harmonieux entre directeur et PCME. Grave erreur d'appréciation : les syndicats ne se situent pas dans

une opposition ou un clivage des représentations, mais dans une complémentarité indispensable. Et ils défendent eux aussi mordicus l'extension du poids et du rôle de la représentation médicale en CME.

Mais il serait tout de même triste de ne pas oser soutenir l'intérêt pour la représentation syndicale, c'est-à-dire une représentation organisée et collective, alors même que nous sommes porteurs de la délégation que nous confient nos syndiqués. Que le reste de la profession ne soit pas sensible à ces aspects pour des raisons culturelles ne doit pas nous freiner. Car plus HPST produit d'effets, plus les collègues réalisent les contraintes qu'a introduit le concept d'hôpital-entreprise sur leur espace professionnel. Ceux qui nous exposent des situations hallucinantes et qui font appel à nous pour les défendre, faute d'avoir trouvé auprès des représentants « institutionnels » que sont les membres de la CME la collégialité attendue, se multiplient. Souvent, ils n'ont jamais été syndiqués. Mais attaqués personnellement, ils ont vite compris que les syndicats peuvent représenter un recours en défense. C'est vrai tant qu'il existe un cadre statutaire : si demain la réglementation laisse des marges de manœuvre accrues à ceux qui seront dès lors en position complète d'employeur, qui pourra en négocier les applications sans l'existence d'une ou de plusieurs instances locales de représentation du corps professionnel ? Bien difficilement les CME, dont les présidents sont pressentis, dans un retour à l'Ordonnance de 2005, pour être cosignataires des contrats de pôle et engagés de plus en plus dans la délégation de gestion.

Lorsqu'on songe que nous sommes les seuls personnels à ne pas disposer de droits syndicaux à l'égal de la fonction publique hospitalière et que nous n'avons même pas eu jusqu'à cette année l'idée de les réclamer, que nous ne disposons pas d'une instance de représentation et de négociation véritable, pas plus au niveau national qu'au niveau régional, que la question de la représentativité est laissée à l'état de friche en permettant tous les coups fourrés, on mesure l'ampleur du retard de la prise de conscience, même au sein des syndicats de médecins.

La contractualisation collective et individuelle au niveau de l'établissement est dans l'œil du cyclone. Nous sommes contre. Malheureusement beaucoup de partenaires sont pour. Devant la difficulté qu'il y aura à obtenir gain de cause en défendant le statu quo, il faudra sans doute proposer une part de contractualisation sur des aspects particuliers du statut, mais selon des critères nationaux collectifs opposables localement. Si la contractualisation locale se met en place malgré nous, la nécessité des représentations syndicales

*« Le dialogue social, ce ne sont pas des discussions de couloir. Ça s'organise. Avec des instances et de la représentativité »*

locales devient impérative. Ce ne sont pas les seules CME qui seront en capacité de défendre les aspects professionnels. Nous feront alors notre travail, en exigeant beaucoup : représentation au CS, au CTE au CHSCT. Et si l'on veut que ce soit la CME qui joue le rôle de ces deux dernières instances, il faudra alors élargir ses compétences à ce domaine et bien sûr dès lors intégrer des représentants syndicaux à sa composition. Mais on mesure toute la difficulté de pratiquer le mélange des genres.

Dans cette première phase de concertation, ne perdons pas l'objectif de vue. Il ne faut pas confondre concertation et dialogue social : si la concertation large fait bien partie du dialogue social, il s'agit surtout de prévoir la mise en place des instruments du dialogue social, manquants pour les médecins et indispensables à la phase suivante de négociations. C'est pourquoi nous mettons l'accent sur l'extension des droits syndicaux d'une part, la création d'instances de dialogue et de négociation loco-régionales et nationales d'autre part.

Défendre simultanément l'extension des prérogatives des CME et la représentation institutionnelle n'a évidemment rien de contradictoire, bien au contraire. Mais le danger serait d'hériter de la contractualisation individuelle en local, avec une CME ayant seulement retrouvé un rôle consultatif élargi, sans instance protectrice de la partie des « des droits et des devoirs » professionnels contractualisée avec le directeur.

Dans cette phase de concertation, il faut donc enfoncer le clou de la représentation et des droits syndicaux, pour un développement moderne de la vie syndicale. Nous sommes loin de la Suède, où les patrons trouvent nécessaire de payer les cotisations syndicales de leurs employés. Mais quand même. Un peu de prise de conscience sur l'éveil de la vie syndicale et sur ses nécessités ne nous fera pas de mal.

Donc, soyons clairs. La majorité actuelle en place veut du dialogue social. Le dialogue social, ce ne sont pas des discussions de couloir. Ça s'organise. Avec des instances et de la représentativité. Demandons-les.

*Jean-Claude Pénochet*

*Président de la CPH*

**La commission de discipline** existe depuis la création du statut de praticien hospitalier en 1984, elle a traversé jusqu'à ce jour toutes ces années sans grandes modifications.

Sa composition et les sanctions sont les mêmes. Seule l'autorité de décision a changé puisque depuis 2007 avec la création du Centre National de Gestion des carrières des praticiens, le ministre n'est plus l'autorité de décision; c'est devenu le (la) directeur (trice) du Centre National de Gestion.

Les procédures ont un peu évoluées avec la loi HPST; le Conseil d'administration a été supprimé, le conseil de surveillance ne l'a pas remplacé dans ce rôle, seul celui de la CME est dorénavant pris en compte avec celui de L'ARS.

Le conseil de discipline est sollicité par le Centre National de Gestion. Lorsque la sanction qu'il envisage ne relève que du blâme ou de l'avertissement il n'est pas obligé de le faire, Il peut prononcer ces sanctions directement.

Autrement dit la Commission de discipline n'est réuni que parce que l'administration souhaite ou envisage une des sanctions les plus lourdes : **révocation de la carrière de PH, mutation d'office, rétrogradation d'échelon ou suspension pour une durée ne pouvant excéder six mois avec suppression totale ou partielle des émoluments.**

Siégeant depuis plus de dix ans dans la commission de discipline des spécialités médicales d'abord comme suppléant puis comme titulaire j'ai revu les dossiers rencontrés, repris contact avec les praticiens concernés pour essayer à l'heure du pacte de confiance promis par la nouvelle Ministre de la santé de tirer un bilan et éventuellement faire des propositions.

### Quelques considérations s'imposent

1) Etre traduit devant la commission de discipline est pour chaque praticien concerné **une formidable épreuve**, en elle même une sanction très lourde pour des praticiens qui en général on fait des erreurs mais qui le plus souvent aussi sont de bons praticiens très impliqués dans leur vie professionnelle. Il ne s'agit pas de la commission d'insuffisance professionnelle. Dans la liste des mis en cause que j'ai revisité un d'entre eux ne l'a pas supporté au point de se pendre avant même la commission, laissant toute une famille dans la désespérance. **Le parcours est long, s'étire sur des mois, le plus souvent un ou deux ans.**

La plupart des praticiens sont **suspendus par le directeur de leur établissement**, le plus souvent très brutalement avec interdiction de pouvoir aller dans leur bureau ce qui ne man-

que pas de les gêner dans l'élaboration de leur défense.

Cette dernière est le plus souvent à leur charge; quand les praticiens concernés peuvent faire jouer une assurance (Sham, Sou Médical...), ils se plaignent souvent de la médiocre prestation des avocats qui leur sont fournis, essentiellement d'ailleurs par manque de connaissance du milieu et des habitudes médicales. Pour les autres les frais sont vite très élevés.

2) Les praticiens hospitaliers peuvent être **inculpés devant trois juridictions** et être condamnés à une triple peines. Bien sûr celle que peut leur infliger le centre de gestion après avis de la commission de discipline mais aussi le conseil de l'ordre et les tribunaux civils si l'un ou l'autre ou les deux ont été saisis. Cette triple mises en cause possibles va à l'encontre de l'idée, qui a parfois eu cour, d'une certaine protection de la profession.

L'ordre dans la quelle ces juridictions sont amenées à siéger n'est pas anodin et peu avoir un effet sur les avis émis tout autant pour les aggraver que les rendre plus cléments par ce que l'on pourrait appeler un effet boule de neige dont il faut se méfier.

3) **La plupart des praticiens qui ont été jugé ne se plaignent pas des conditions d'écoute par la commission** qui comprend six représentants de l'administration, six membres élus de PH et un Président conseiller d'état.

La lecture du rapport de l'IGAS est un moment évidemment difficile mais l'inculpé comme son avocat peuvent s'expliquer tout autant qu'ils le souhaitent et répondre aux questions posées par les membres de la commission les témoins sont possibles. Il faut d'ailleurs conseiller à la défense d'en amener ne serait ce que pour équilibrer ceux de l'accusation qui de plus en plus ne s'en prive pas.

4) **La commission émet un avis**, parfois a une large majorité, dans d'autres cas les votes sont plus difficilement acquis. C'est le Président qui rapporte le résultat des débats et des votes à l'autorité de tutelle.

En fait sur les dix huit cas répertoriés dans mon expérience 9 fois l'avis de la commission a été suivi, dans sept cas il ne l'a pas été. Une seule fois, le Ministre ou le Centre National de Gestion ont eu un avis plus modéré que la commission.

Par contre sept fois la peine a été aggravée, notamment deux mutations d'office se sont transformées en révocation. Renseignements pris dans les deux cas les praticiens ne se sont pas relevés ni professionnellement ni humaine-

ment, leur histoire personnelle prenant un tour absolument tragique.

Au contraire, lorsque la décision finale a suivi celle du conseil de discipline la plupart des suites ont été sinon acceptées avec enthousiasme, en tout cas vécues sans drame avec le plus souvent une poursuite de la carrière hospitalière dans de bonnes conditions.

Une exception quand même pour une décision arrachée à une voix, mutation d'office d'un praticien qui ne l'a pas acceptée et a préféré s'installer dans le privé...

Dans plusieurs dossiers la commission a pu après un débat approfondi transformer des propositions de sanctions graves en blâme, aver-tissement ou même en disculpation totale.

Deux cas de ce type ont demandé un suivi efficace pour permettre le retour dans l'hôpital du praticien concerné.

Il faut à ce sujet faire très attention à la mutation d'office, sanction commode pour éloigner le praticien de son établissement quel que soit l'importance des faits reprochés, les autres sanctions moins sévères et mieux adaptées impliquant le retour du PH dans son hôpital d'origine. La sanction se confond à la solution...

**5) Quand à la nature des problèmes posés** il faut remarquer une certaine diversité (Suspicion de pédophilie, suivi de patients post accident thérapeutique, euthanasie, non déclaration de maltraitance) mais beaucoup de dossiers retracent des difficultés entre le praticien et des membres de l'équipe médicale, et plus souvent encore entre le Praticien et le personnel infirmier.

Très souvent le directeur prenant fait et cause contre le praticien contesté, la CME jouant rarement un rôle d'apaisement.

Des praticiens n'arrivent pas à éviter le développement de véritables cabales contre eux, ils ne voient pas venir l'orage qui les prend au dépourvu et ne peuvent le conjurer à temps.

## Conclusions ?

Au bout du compte, cette procédure paraît dans l'ensemble assez adaptée ce qui explique sa pérennité.

Pour autant la suspension est souvent trop vite prononcée par le directeur de l'établissement dans des conditions qui ne respectent pas la dignité du praticien d'autant que l'instruction du dossier est forcément longue.

Très vite dans beaucoup d'affaires, la presse locale et/ou nationale s'empare du dossier, le Praticien perd tout droit à certaine présomption d'innocence avant que d'être condamné.

Quand la sanction ou l'absence de sanction le permet, le retour du praticien dans son hôpital doit être accompagné par l'administration au lieu du contraire parfois constaté.

Il faut se méfier de l'effet cumulatif mécanique des peines prononcées par des juridictions différentes dont le temps ni les moyens d'instruction ne sont pas les mêmes.

Dans le cadre des mutations d'office les hôpitaux sollicités doivent faire preuve de compréhension plutôt que de réserves. En général les praticiens qui acceptent la sanction sont très désireux de mener une carrière dorénavant sans histoire (chat échaudé craint l'eau froide). L'expérience du reclassement de plusieurs d'entre eux (quatre/quatre dans mon expérience) est à ce sujet très convaincante.

Dans tous les cas le rôle des syndicalistes que nous sommes, c'est bien sûr de ne pas défendre les yeux fermés nos collègues mais néanmoins de garder vis à vis d'eux une capacité d'écoute, voire de conseils, en tout cas de confraternité qui leur a parfois manqué.

**Dr Patrick Nivet**

*Membre de la commission de discipline des praticiens hospitaliers section médecine et spécialités médicales depuis 1999*

## Journée du Praticien

La prochaine « Journée du Praticien » organisée par la CPH aura lieu le 18 octobre 2013 à Paris.

Nous y accueillerons notamment Edouard Couty.

**Retenez cette date dès à présent sur votre agenda !**

xxx