

SOMMAIRE

CINQUIÈMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES (Page 2)

LA JOURNÉE DU PRATICIEN

organisée avec le soutien de l'APPA

Vendredi 16 octobre 2015

Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème

EDITO

UN VENT MAUVAIS ?

Et je m'en vais, au vent mauvais qui m'emporte... (Page 3)

Actualités syndicales : **Actualités syndicales 20/08/15** (Page 4-6)

Informations professionnelles : **Praticien hospitalier et Ordre des Médecins** (P.7)

Point de vue : **LE STATUT ET LE TEMPS** (Page 8-11)

Arnaud Patenotte

Directeur de la publication : Dr Arnaud PATENOTTE

Rédacteur en chef : Dr Jacques TREVIDIC

Comité de Rédaction :

Dr Bruno DEVERGIE, Endocrinologue

Dr Jean Marie LELEU, Chirurgien

Dr Jean Yves DALLOT, Interniste

Dr Jean Bernard TUETÉY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Cahiers FNAP-SPHP
N°240 Juillet / Décembre 2015
Semestriel

Administration

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

Site : WWW.SPHP.FR



CINQUIÈMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES
LA JOURNÉE DU PRATICIEN

organisée avec le soutien de l'APPA

Vendredi 16 octobre 2015

Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème

AVANT - P R O G R A M M E

Matinée

- | | |
|---------------------------------|--|
| 9h30 – Accueil | <ul style="list-style-type: none">• Présentation de la Journée du Praticien
Jacques Trévidic, Président de la CPH |
| 10h – Ouverture | <ul style="list-style-type: none">• Point d'actualités
Michèle Lenoir-Salfati, Sous-directrice par intérim des ressources humaines du système de santé DGOS |
| 11h – Exercice médical | <ul style="list-style-type: none">• Psychiatrie publique, quel exercice pour demain ?
Bénédicte Barbotin Présidente de l'Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP)
Marion Azoulay Délégation relation avec les psychiatres en formation et en début de carrière (SPH)
Isabelle Montet, Secrétaire générale du SPH
Olivier Boitard, Secrétaire adjoint USP |
| 12h – Question juridique | <ul style="list-style-type: none">• Le secret médical face aux évolutions technologiques et législatives
Eric Péchillon, Maître de Conférences, Université Rennes 1 |
| 12h30 – Syndicalisme | <ul style="list-style-type: none">• Assemblée générale des délégués régionaux aux Commissions Régionales Paritaires*
Arnaud Patenotte, membre du CA de la CPH
Denis Cazaban, Délégué général CPH |

13h15 – Déjeuner sur place

Après-midi

- | | |
|---|--|
| 15h00 – Attractivité des carrières médicales hospitalières | <ul style="list-style-type: none">• Mission Attractivité : le point de vue du rapporteur
Jacky Le Menn, ancien sénateur d'Ille-et-Vilaine |
| 16h – Table ronde «Attractivité» | <ul style="list-style-type: none">• Animé par Bruno Devergie, avec Michèle Lenoir-Salfati, Olivier Véran, médecin hospitalier ancien député, Nicole Smoslki, présidente Avenir Hospitalier, Jacques Trévidic |
| 17h – Synthèse et conclusion | <ul style="list-style-type: none">• Marc Bétremieux, secrétaire général de la CPH |

* La convocation à l'Assemblée générale sera envoyée par courrier aux délégués régionaux

UN VENT MAUVAIS ?

Et je m'en vais, au vent mauvais qui m'emporte...

Sans sombrer sans le « misérabilisme », il faut bien constater que l'ambiance dans nos hôpitaux est mauvaise. Les raisons de cette morosité sont multiples.

Pour les praticiens, nous l'avons plusieurs fois souligné, la dégradation des relations avec le Directeur, trop souvent adepte d'un autoritarisme excessif, confinant parfois au mépris, au prétexte de « sauver l'hôpital » des méfaits de l'irresponsabilité financière supposée des Docteurs, y contribue, indéniablement. Les relations entre collègues sont parfois de même très crispées, notamment entre les « collègues de base », quotidiennement au charbon pour dispenser leurs soins, et la petite minorité d'entre nous, celles ou ceux qui courtisent leur direction, là aussi avec les meilleures intentions du monde. La bienfaisance médico-économique, outre qu'elle ne peut être arrêtée, est souvent bien délétère... Le rétablissement d'un dialogue plus serein, entre les équipes, et avec l'administration, nous semble une nécessité. Il fallait, paraît-il, mettre le patient au centre de nos préoccupations, ce que tout bon praticien s'efforce de faire, en principe. Ne pourrions-nous pas commencer par rétablir les prérogatives des Services et des Unités Fonctionnelles, les mieux placés dans cet objectif ? Et sans revenir sur la saga du temps de travail des PH et de la permanence des soins, (cf dans ce numéro les articles excellents consacrés à ce sujet), ne pourrait-on souhaiter que la raison enfin l'emporte ?

On ne peut cependant passer sous silence le contexte budgétaire. Les établissements hospitaliers ont été sommés de rentabiliser et d'optimiser leurs dépenses, ce qui est une bonne chose. Mais ce fût, et c'est toujours, la course à la T2A et son paiement à l'acte, bien peu compatible avec certaines missions assurées par l'hôpital public. Cette course est entravée par un lourd handicap : l'enveloppe budgétaire nationale allouée aux hôpitaux est

en fait globale. Cherchez l'erreur... En pratique dans les unités de soins comme dans celles du plateau technique, il est toujours aussi difficile d'obtenir les moyens humains nécessaires au bon fonctionnement des équipes, à qui l'on demande pourtant avec insistance d'accroître leur activité. Or les perspectives dans ce domaine sont inquiétantes. Faire supporter par l'hôpital une contribution à la réduction de la Dette paraît fort peu réaliste. Sur ce point, essentiel, nous sommes d'accord avec la FHF. (une fois n'est pas coutume !).

Il faut sans doute aussi prendre en compte le contexte sociétal plus général. Notre société traverse une période de grandes mutations et semble aller mal. L'hôpital, qui est un excellent reflet de cette ambiance collective, lui aussi, va mal. Cela ne sera une consolation pour personne.

Il n'est certes pas dans notre intention de nous laisser aller à des propos excessivement pessimistes. Les hôpitaux ont toujours de grands moyens, et les praticiens ont encore de grandes satisfactions dans l'exercice de leur beau métier. Leur statut professionnel est bon, même s'il faut chercher encore à le faire évoluer favorablement. Ils recueillent, ce qui est pour eux le plus satisfaisant, la reconnaissance de leurs patients. Et le travail en équipe, médicale et paramédicale, est aussi souvent source de grande satisfaction pour qui aime cette vie hospitalière à nulle autre pareille.

Il ne faudrait cependant pas trop tirer sur la corde, car le risque serait alors d'atteindre le point de rupture, et de se laisser aller aux effets néfastes de ce vent mauvais qui risquerait de nous emporter...

Bruno Devergie



Président :	Secrétaire général :	Délégué général :	Délégué général :
Dr Jacques Trévidic jacques.trevidic@gmail.com	Dr Marc Bétrémieux marcbetrem@gmail.com	Dr Denis Cazaban denis.cazaban@wanadoo.fr	Dr Jean-Marie Leleu jm.leleu@wanadoo.fr

Actualités syndicales 20/08/15

Conseil d'Etat : annulation de certaines dispositions relatives à la permanence des soins à l'hôpital

Le Conseil d'Etat vient de rendre le 27 juillet 2015 deux décisions suite aux recours déposés par la CPH et le SNPHARe concernant [l'arrêté](#) et [l'instruction](#) relatives à la permanence des soins à l'hôpital.

1) Il annule les 1° et 2° de l'article 1er ainsi que d'autres éléments de l'arrêté du 8 novembre 2013 ainsi que d'autres éléments de cet arrêté, essentiellement au motif que ces dispositions impactant le temps de travail des personnels médicaux hospitaliers, celles-ci auraient du être prises par décret en Conseil d'Etat et non par un simple arrêté. Il supprime ainsi tous les articles qui étaient favorables aux praticiens :

- les dispositions du 2° de l'article 1er de l'arrêté attaqué qui prévoient le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte qui constituent du temps de travail effectif et sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien ;
- les dispositions de son article 2 qui prévoient la même règle pour les astreintes à domicile et garantissent au praticien le repos quotidien après la fin du dernier déplacement ;
- celles de ses articles 3 et 4 qui prévoient cette règle tant pour les déplacements exceptionnels que pour les astreintes à domicile et garantissent également le repos quotidien après la fin du dernier déplacement ;
- les dispositions de l'article 1er de l'arrêté attaqué qui modifient la liste des activités organisées en temps médical continu ;
- les dispositions de l'article 2 de l'arrêté qui prévoient que les registres de temps travaillé sont portés à la connaissance des services de santé

au travail, confient un rôle de suivi du temps de travail additionnel à la commission relative à l'organisation de la permanence des soins et à la commission médicale d'établissement et imposent qu'un bilan annuel soit transmis à l'agence régionale de santé et que le bilan social de l'établissement comporte des données relatives au temps de travail additionnel.

Tous les autres moyens soulevés par les organisations syndicales, en particulier le problème de la forfaitisation des astreintes sur lequel la CPH avait concentré son recours, n'ont pas été retenus par le Conseil d'Etat et il est clair que cette décision n'est pas favorable aux praticiens.

2) Il rejette le recours de la CPH contre l'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014, qui portait essentiellement sur la forfaitisation des astreintes. Néanmoins, cette décision nous apporte une satisfaction ! En effet, le point le plus important concernait non pas la forfaitisation de la rémunération mais celle du temps d'intervention dont certains établissements considéraient qu'il ne devait plus être décompté puisqu'il était « forfaitisé ». Le Conseil d'Etat valide le fait que le temps d'intervention en astreintes doit être décompté dans les obligations de service, même dans le cas de la forfaitisation de leur indemnisation. Aucun établissement ne peut désormais l'ignorer. Cela implique donc que ce temps d'intervention doit être récupéré de la même façon que s'il n'y avait pas de forfaitisation. A moins de disposer de trop de temps médical, les hôpitaux n'ont donc aucun intérêt à généraliser la forfaitisation des astreintes. La CPH et Avenir Hospitalier considèrent que la forfaitisation des astreintes devrait être réservée aux actes ne nécessitant pas de déplacement des praticiens de leur domicile, en particulier ce qui peut être assimilé à de la télémedecine.

Néanmoins, suite au vide juridique créé par la première décision, la CPH et Avenir Hospitalier ont demandé au Ministère de la santé d'agir rapidement afin de sécuriser les acquis juridiques de l'application au personnel médical hospitalier de la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

Le cabinet du Ministère de la santé nous a exposé qu'une série de mesures en 3 temps allait être mise en place :

- publication au plus vite d'un décret en Conseil d'Etat sécurisant le repos quotidien après la fin du dernier déplacement et intégrant le temps de trajet dans le temps de soins ;
- diffusion d'une instruction DGOS aux hôpitaux et aux ARS soulignant que malgré cette décision du Conseil d'Etat, l'application de la directive européenne sur le temps de travail s'impose toujours aux personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers ;
- concertation à la rentrée sur le reste qui est moins urgent mais tout aussi important, à savoir l'encadrement et la surveillance du temps de travail, notamment le temps additionnel. Sur ce point, nous avons eu la confirmation que la responsabilité de la tenue des registres de temps additionnel est de la responsabilité de l'employeur, comme le stipule la directive européenne.

Nous suivrons bien évidemment avec une grande attention les suites de ce dossier très important, qui a des implications aussi bien sur le fonctionnement des établissements que sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

Mission « Attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public » pilotée par Jacky Le Menn

Selon le [Ministère de la santé](#), Jacky Le Menn, ancien premier vice-président de la commission des affaires sociales du Sénat, a remis le 20 juillet 2015 à Marisol Touraine son rapport consacré à l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public.

Issu d'une longue concertation, ce rapport ne sera pas rendu public avant le mois de septembre. Il sera accompagné d'un plan d'action destiné à appliquer les principales propositions.

La CPH est particulièrement attachée à ce que des mesures concrètes destinées à inciter les jeunes collègues à venir travailler à l'hôpital

et les moins jeunes à y rester soient prises rapidement. Parmi les propositions que nous avons défendues :

- la suppression des 5 premiers échelons pour tous les praticiens qui entrent dans la carrière ;
- la possibilité pour les internes en fin de cursus de passer le concours de PH afin d'être inscrit sur la liste d'aptitude dès la fin de leur internat ;
- la généralisation du décompte en 5 demi-journées par 24 heures pour toutes les disciplines et les zones géographiques ;
- la possibilité pour certaines spécialités d'un décompte en temps continu sous réserve de l'avis favorable des instances de l'établissement et de la Commission Régionale Paritaire ;
- la fusion des astreintes de sécurité et opérationnelles ;
- l'attribution d'une indemnité multi-établissements aux praticiens d'une même spécialité qui ont constitué un projet médical territorial commun dans le cadre d'un GHT ;
- la possibilité pour un praticien hospitalier titulaire d'effectuer des missions de remplacement temporaire moyennant une forte indemnité, afin de mettre fin au recours à l'intérim médical ;
- une part d'autonomie de 20% dans l'organisation du temps de travail de chaque praticien, afin de la consacrer à des activités d'intérêt général intra ou extra-hospitalières qui pourraient être contractualisées et rémunérées ;
- la possibilité d'accéder à des valences d'enseignement et de recherche pour tous les praticiens ;
- l'inscription dans un cadre réglementaire des règles de démocratie sociale au sein des pôles et des services ;
- la constitution dans tous les GHT d'une CME commune ayant pour compétence le projet médical commun, la permanence des soins et le DPC ;
- la reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit ;
- la possibilité pour tous les secteurs de psychiatrie de constituer un GHT de santé mentale en plus des GHT de territoire avec le secteur MCO.

Il faut ajouter à ces propositions la question de la fusion des statuts de praticien hospitalier temps plein et temps partiel. Cette mesure nécessitera de reformuler les conditions d'exercice libéral des praticiens hospitaliers et nous serons très vigilants sur ce point.

Ces propositions ne sont pas exhaustives. L'objectif est de redonner au service public hospitalier son attractivité, ce qui lui permettra de maintenir et d'accroître son activité tout en recourant moins à l'intérim médical, véritable cancer qui ronge les équipes.

Référentiel Temps de travail des urgentistes

La CPH exprime sa satisfaction de voir enfin publier le [référentiel d'organisation du travail applicable dans les structures de médecine d'urgence](#). Ce texte permet aux médecins concernés de récupérer une certaine autonomie dans l'organisation de leur temps de travail quand ils étaient en travail posté 48 heures ou plus par semaine, et ce n'est que justice.

Elle appelle à la poursuite du travail engagé avec les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers afin que les spécialités à contrainte similaire puissent bénéficier des mêmes avancées.

La CPH souhaite que le principe d'une part d'autonomie de 20% dans l'organisation de son temps de travail constitue un droit pour tous les praticiens car cela contribuerait à améliorer l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

Elle dénonce l'attitude des organisations « patronales » de l'hospitalisation publique, en particulier la FHF, la conférence de présidents de CME de CH et la conférence des directeurs de CH qui refusent l'application de ce référentiel et vont jusqu'à fournir un mode opératoire afin de le saboter. Dans cette période estivale où les directions de certains établissements hospitaliers ont été contraintes de fermer leur service d'urgences en raison du manque de médecins, elle ferait mieux de s'interroger sur leurs conditions de travail. C'est précisément ce à quoi s'attache ce référentiel.

La CPH attire l'attention des pouvoirs publics et de la représentation parlementaire afin que les moyens nécessaires au fonctionnement de l'hôpital soient assurés de façon pérenne. En effet, les restructurations territoriales nécessaires ne pourront pas se dérouler dans de bonnes conditions si elles sont accompagnées d'une disette financière insupportable, ce qui conduirait inévitablement à des mouvements sociaux de grande ampleur.

Grande conférence de santé

A l'initiative du Premier Ministre, une série de concertation a débuté début juillet en vue de la réunion au début de l'année 2016 d'une Grande conférence de santé, dont les objectifs sont :

- Adapter le modèle d'organisation hospitalière issu de la grande réforme de 1958, dans une démarche de transformation progressive, cohérente avec la transition épidémiologique.
- Repenser de façon prospective l'articulation

entre soin, enseignement et recherche, afin de continuer de garantir l'excellence et de favoriser le progrès et l'innovation dans le domaine de la santé.

- Assurer la cohérence des réformes engagées, en matière de formation d'une part, de métiers, de conditions d'exercice et de mode de rémunération d'autre part ; en particulier, mieux organiser les complémentarités au sein des professions et entre elles.

- Prendre en compte les attentes des acteurs du monde de la santé face à l'évolution des métiers, des parcours professionnels et des conditions de travail.

A cette fin, trois groupes de travail ont été constitués avec pour thèmes : Formation, Métiers et compétences, Parcours professionnels.

La CPH reconnaît que les ambitions de cette nouvelle concertation sont importantes et participera à ses travaux, mais s'interroge sur son calendrier et les moyens de réaliser les objectifs. Seules des mesures d'ordre réglementaire pourront être prises, la loi de santé étant trop avancée pour pouvoir tenir compte de ses propositions. Par ailleurs, elle intervient après d'autres concertations dont on attend encore le résultat concret.

Journée du Praticien

Comme tous les ans, la CPH organise son colloque à l'automne. Cette année, il aura lieu **vendredi 16 octobre 2015**, à l'Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème (près de la Gare Montparnasse).

Vous trouverez ici le [pré-programme](#) ainsi qu'un lien vers le [formulaire d'inscription](#).

Venez nombreux !

RAPPEL :

Assemblée générale de l'union FNAP-SPHP et du SPHP (le Vendredi 25 septembre 2015 de 10h à 16h au Méditel, 28 Bd Pasteur, Paris XVème)

Praticien hospitalier et Ordre des Médecins

L'Ordre des Médecins est l'instance de régulation médicale qui a reçu pour missions des pouvoirs publics de défendre l'honneur et l'indépendance de la profession, en se fondant sur le code de déontologie qui décline des décrets pris en Conseil d'Etat. L'Ordre est organisé en trois niveaux d'instances : Nationale (CNOM, coordination, interlocuteur des pouvoirs publics) ; Régionale (CROM, politique régionale de santé) ; Départementale (CDOM, gestion des médecins du département).

L'inscription au tableau départemental de l'Ordre ouvre le droit d'exercer la médecine en France, et une spécialité ou une activité donnée (et la valorisation correspondante). Outre le dépôt des pièces attestant des qualifications requises, un entretien avec un Conseiller Ordinal est préalable à la présentation des candidats en réunion mensuelle de l'instance Ordinale départementale. Pour les internes en fin de cursus, il convient d'anticiper la procédure pour signer le contrat pour pouvoir être recruté comme assistant ou PH contractuel.

Outre cette fonction, le Conseil Départemental met en place une commission d'entraide (quelques situations dramatiques de collègues libéraux), une commission des contrats (y compris avec une administration publique) veillant à ce que l'indépendance médicale soit préservée. L'Ordre reçoit aussi les demandes de qualification Ordinales par d'autres voies que le DES, ou pour les collègues non ressortissants français ou titulaires de diplômes non français. Celles-ci sont colligées pour être présentées en séance plénière, puis transmises par la commission de qualification pour instruction à l'instance nationale de qualification. Il est fortement recommandé au PH de vérifier que sa discipline d'inscription au tableau de son département correspond bien à la discipline exercée, sinon il convient de régulariser la situation en déposant un dossier : il s'agit non seulement de disposer de chiffres fiables de démographie médicale, permettant un pilotage national pertinent de l'ECN, mais surtout d'être couvert en cas de difficulté médico-légale (exercice illégal d'une spécialité).

L'Ordre sera également chargé des dossiers d'incompétence professionnelle, et de revalidation de l'exercice, en s'appuyant sur le DPC ou autres preuves de mise à jour des connaissances : publications scientifiques, formations diplômantes type DU, réunions scientifiques, enseignement...

Depuis HPST, et le 1er janvier 2012, les praticiens peuvent faire l'objet de plaintes devant le Conseil de l'Ordre pour « manquement dans l'exercice de leur fonction publique », en général une faute déontologique (de moralité, probité, compétence ou dévouement), qui vise à punir le coupable présumé. Ceci s'ajoute aux plaintes possibles au pénal pour faute personnelle (acte délictueux ou criminel volontaire, ou négligence), procédure également « punitive » ; au civil pour réparation d'un préjudice (compensation financière), en général couvert par l'assurance de l'établissement (sauf faute « détachable » dont le champ s'élargit avec la jurisprudence) et/ou la sienne propre ... et aux sanctions du Centre National de Gestion... Il est en outre prévu des échanges d'informations systématiques entre tutelles administratives (CNG, ARS, Directions hospitalières) et ordinaires sur les procédures en cours, et des sanctions prises.

L'instance départementale Ordinale dispose à

cet effet d'une commission de conciliation, dont le rôle est de tenter de concilier les parties plaignantes et le médecin concerné en cas de litige ou de plainte entre patient et médecin, entre médecins, entre médecin et son administration (privée à but lucratif ou non, publique). Le Conseil peut aussi s'autosaisir en cas de signalement, ou être sollicité par une tutelle : Ministère de la Santé, Conseil National de l'Ordre, Préfet, Procureur ou Directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Les parties sont convoquées au siège de l'Ordre pour y être entendues par deux Conseillers Ordinaux de la commission de conciliation, l'objectif étant de réconcilier les parties et que la plainte soit retirée, ce qui est le cas une fois sur deux. Le procès verbal de la réunion est transmis au Président du Conseil Départemental pour être examiné en séance plénière mensuelle.

Quand il s'agit d'un Praticien Hospitalier, le Conseil doit décider (vote motivé), et ce quel que soit le résultat de la conciliation, si la plainte doit être présentée (en cas de manquement déontologique caractérisé) ou non dans les 3 mois à la Chambre Disciplinaire de première instance. Celle-ci, placée auprès des Conseils Régionaux de l'Ordre, est présidée par un magistrat administratif assisté d'au moins 4 (variable selon la région) médecins assesseurs élus par les membres du Conseil Régional de l'Ordre, eux-mêmes élus par ceux du Conseil Départemental. En cas de non transmission de la plainte à la Chambre Disciplinaire, le plaignant peut former un recours auprès d'une tutelle : Ministère de la Santé, Conseil National de l'Ordre, Préfet, Procureur, ou Directeur de l'Agence Régionale de Santé. En cas de sanction prononcée par la Chambre Disciplinaire, un appel peut être interjeté par l'une ou l'autre partie auprès de la Chambre Disciplinaire Nationale, et en dernier recours une requête introduite devant le Conseil d'Etat.

On voit tout l'intérêt pour les praticiens hospitaliers d'être représentés dans les instances Ordinales locales à proportion de leur nombre dans le département, et de siéger en Chambre Disciplinaire. Dans certaines régions, les collègues ont réuni quelques noms de PH sur une liste et ont sollicité les votes des autres, permettant ainsi une représentation satisfaisante des hospitaliers : Ile de France par exemple. Il suffit alors de s'informer des dates des élections au Conseil Départemental et de les préparer en se répartissant les coups de fils pour intervenir dès que le matériel de vote commence à arriver...

Docteur José Guiserix

Conseiller Départemental de la Réunion

Vice-Président du Conseil Interrégional Réunion-Mayotte

Références :

CodedelaSantépublique:articlesArticleL4111-1 et suivants : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.e=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150122>

Instance de qualification ordinale : <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/49/tous>

Code de déontologie : <http://www.Conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

LE STATUT ET LE TEMPS

Arnaud Patenotte

La vie de toute entité réglementaire, institution ou système, est un peu comme celle d'un être humain. Elle naît d'un projet parental, pour croître et embellir, s'autonomiser, rencontrer des épreuves et des crises existentielles, se reconstruire et rebondir, puis se retirer de la vie active et disparaître. Qu'en est-il de notre statut ? Ses plus belles années sont-elles derrière ou devant lui ? Est-il dépassé, frappé de sénescence et bon pour la retraite, ou face à de nouveaux défis, confronté à de nouvelles ambitions, est-il promis à une longue et belle carrière ? Il faut sans doute, pour répondre à ces questions s'interroger sur ses raisons d'être, attaché à des professions singulières, dans un environnement évolutif et, à bien des égards, menaçant.

Le statut de praticien hospitalier, difficilement conquis en 1984 pour les médecins (*décrets n° 84-331 et 84-335 du 24 février*) et 1987 (*loi du 24 juillet*) pour les pharmaciens, a été surtout conçu pour offrir **souplesse** en termes d'organisation de travail, **attractivité** des rémunérations et **sécurisation** de la carrière professionnelle, à des professionnels jusque-là vacataires et sans protection.

Ses bases législatives se sont fondées sur des caractéristiques précises : l'**agent public à statut** a des devoirs d'intégrité, d'impartialité, de loyauté (réserve, non concurrence) et de compétence ; recruté par **concours**, il est soumis au contrôle d'un **conseil de discipline**, d'une **commission statutaire nationale** et est représenté dans les **commissions régionales paritaires** et le **comité consultatif national paritaire**, bénéficie de la **subrogation** de l'Assurance Maladie aux établissements sanitaires et sociaux.

Sur le plan réglementaire, ses principaux attributs sont le **corps unique**, la **sélection** sur liste d'aptitude, la **capacité civile**, la **nomination/affectation** par le ministre originellement avec une période probatoire, la **grille d'avancement** de 12 échelons initialement (avec reprises d'ancienneté), l'existence de **postes à recrutement prioritaire** ; la **rémunération** sur une liste limitative comportant (hors universitaires) d'une part des **émoluments mensuels**, et d'autre part des **indemnités** de sujétion, astreintes et déplacements (convertibles en récupération), des indemnités pour participation aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements publics de santé, d'engagement sur poste prioritaire. Le temps de travail

est défini par des obligations de service de 10 demi-journées ou 48h maximum, comportant du travail **de jour du lundi matin au samedi fin de matinée**, et la **permanence/continuité** des soins les nuits, week-end et jours fériés, avec la possibilité d'**activité hebdomadaire réduite** et d'exercer 2 demi-journées d'**activité d'intérêt général**. Des **cotisations retraite** dans le régime de Sécurité Sociale de base et dans le régime complémentaire géré par l'IRCANTEC sont en partie prélevées à la source et en partie versées par l'employeur. Les **congés rémunérés** sont annuels, de récupération, de maternité, parental, ou relèvent d'une autorisation spéciale d'absence (naissance / adoption, mariage, décès/maladie très grave d'un proche), ou de droits à la formation continue ; les **congés non rémunérés** peuvent être de solidarité familiale, de présence parentale (remplaçable par une réduction de la quotité de travail) ; des **congés pour problèmes de santé, sur avis d'un comité médical** (pour longue maladie, de longue durée, pour maladie imputable au service ou accident survenu dans l'exercice des fonctions) donnent lieu à des indemnités dégressives et de durée limitée. Les **frais de déplacement** sont pris en charge. Des **positions** assouplissent le déroulement de carrière : **mise à disposition, détachement** sur demande et de droit ou d'office, **disponibilité** d'office ou sur demande, de droit ou par convenance. Le **droit syndical**, bien que minimaliste, est affirmé. Les conditions de **cessation d'exercice** progressive ou fixe sont établies, de même que les conditions de **cessation de fonction** : limite d'âge 65 ans (prolongeable 3 ans), démission, radiation. Pour les **DOM-TOM**, des mesures d'attractivité spécifiques sont prévues : congé bonifié, cumul des congés de formation, indemnité spéciale d'exercice, prise en charge des frais de transport et de déménagement.

Les évolutions ultérieures ont apporté des améliorations, mais aussi des reculs : on peut dire qu'il y a eu un avant et un après la loi HPST.

Avant HPST, le statut s'est enrichi dans ses multiples dimensions. Il y a eu l'**intégration** des gardes dans les cotisations IRCANTEC (*1996*), la création de l'**indemnité d'exercice sur plusieurs établissements**, de l'**indemnité sectorielle et de liaison, de l'activité libérale** (*Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001*) compensée par la **prime d'exercice public exclusif**, l'**amélioration** des débuts de carrière

et le 13^{ème} échelon, l'**intégration de la permanence des soins** dans le temps de travail (*Arrêté du 30 avril 2003*) et la création du travail **en temps continu** (urgentistes, réanimateurs, obstétriciens dans maternités > 2000 accouchements / an), l'obligation du **repos de sécurité pour les bi-appartenant** et du **repos quotidien** de 11 heures consécutives ou équivalent au temps de garde sur place, la **réduction du temps de travail** (20 puis 19 jours de RTT par *Décret n° 2002-1244 du 7 octobre 2002*) et les plages de **temps additionnel**. D'autres mesures plus controversées ont suivi, annonçant des temps plus difficiles : introduction de la **part complémentaire variable**, de peu de succès (*Arrêté du 28 mars 2007*), **création du Centre National de Gestion** (*Décret n° 2007-704 du 4 mai 2007*) censé gérer les **carrières** (on se demande s'il en a réellement les moyens), nouvelle disposition statutaire de **mise en recherche d'affectation** (émoluments versés par le CNG), **indemnisation de 50% du CET** (*Décret n°2008-455 du 14 mai 2008*) puis règles de gestion et obligation de le provisionner.

Vint 2009, l'année noire, celle d'HPST, qui donna corps au virage centralisateur et pseudolibéral des politiques de santé, attaquant de front l'indépendance de notre exercice et l'exclusivité d'exercice statutaire, sous couvert de fluidification des emplois : **dissociation de la nomination** par le CNG et de l'affectation par le **directeur, reprise d'ancienneté pour les libéraux** devenant PH, extension de la possibilité de **cumul d'activités des fonctionnaires** (activité hebdomadaire réduite de 5 à 9 demi-journées par semaine et activité à l'extérieur de l'établissement selon *Article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*), nouvelles conditions de **mise à disposition** (élargissement aux **GCS et aux GCSMS**), **nouveaux cas de détachement et de mise en disponibilité**, possibilité d'exercer **dans le privé ou à titre libéral** en cas de disponibilité pour convenance personnelle, raccourcissement du délai de mise en vacance du poste d'un praticien en disponibilité (de 1 an à **6 mois**), **publication des vacances de postes en ligne** (CNG avec délai de candidature de 15 jours 2 fois par an puis au fil de l'eau), profil de poste pouvant prévoir que les PH nommés dans un établissement exercent leurs fonctions **dans plusieurs établissements**. Pour faire passer la pilule, il est vrai que quelques décisions attendues ou complaisantes ont été prises : possibilité de **plusieurs engagements de 5 ans sur des postes à recrutement prioritaire dans la carrière** (dans des établissements différents), **proratisation du salaire** au temps de travail **et droit à la prime d'exercice**

public exclusif pour les praticiens hospitaliers à temps partiel, octroi d'**indemnités de chef de pôle et de président de CME** (*Arrêtés du 30 avril et du 11 août 2010*), **intégration progressive des indemnités d'astreinte** (sur 6 ans) **et d'exercice public exclusif** (sur 3 ans) **dans l'assiette de cotisation IRCANTEC** (les autres l'étant déjà à 100%) (*Décret n° 2010-1142 du 29 septembre 2010*), sans oublier le **fiasco du DPC**.

A ce stade, précisons dans quelles conditions on peut exercer régulièrement à l'hôpital en dehors du statut de praticien hospitalier. Les **assistants spécialistes et praticiens attachés** ont une grille indiciaire (très) peu attractive. Les **praticiens contractuels** ont un plafond de rémunération (4^e échelon temps plein augmenté de 10%) tout aussi limitant, bien qu'un nouveau mode de recrutement pour **missions spécifiques**, temporaires ou non, dont la liste est définie par arrêté, ait été créé, possiblement en **CDI**. Pour lutter contre le développement du marché juteux de l'intérim a été imaginé le statut de **clinicien hospitalier** (*Décret 2010- 1218 du 14 octobre 2010*), sur des postes présentant une difficulté particulière à être pourvus, ouvert à tous médecins y compris les praticiens hospitaliers, avec une rémunération totale (parts fixe et variable) librement négociée dans la limite du 13^{ème} échelon temps plein augmenté de 65 %, avec, en principe, une détermination de la part variable, selon des objectifs fixés (vue comme un «outil managérial»).

Comment les collègues évaluent-ils leur statut ? Le rapport de 2011 du CNG intitulé « Exercice Médical à l'Hôpital » classait le rapport importance/satisfaction de différents points du sondage : qualité du travail en **équipe**, engagement dans le **service public** et **qualité du plateau technique** étaient nettement plébiscités ; à l'inverse, de nombreux domaines étaient jugés insuffisants : cohérence entre le **projet individuel** et le projet collectif, **attractivité** des carrières, accès à la **recherche clinique et aux publications**, gestion et prévention des **conflits**, poids des **tâches administratives**, prévention des **risques psychosociaux**, **organisation de la FMC et du DPC**, **modularité** et prise en compte de l'évolution des disciplines et des modes d'exercice. La CPH, dans sa plateforme, met en avant des propositions susceptibles de répondre à ces attentes : **revenir à une nomination et une affectation nationale**, arbitrée par une instance professionnelle en cas d'avis divergents, mettant les praticiens à l'abri des pressions politiques et administratives locales ; **favoriser l'attractivité de la carrière**, à la fois en la revalorisant globalement et en l'aménageant, tout en respectant la diversité des exercices dans le cadre d'un **socle**

statutaire unique ; établir un **vrai droit syndical** pour les praticiens hospitaliers aligné sur celui de la FPH, autorisant la mise à disposition de temps syndical à proportion de la représentativité. L'INPH insiste sur certains aspects dans lesquels nous pouvons parfois nous reconnaître : **valences** valorisées financièrement (recherche, enseignement, qualité, sécurité des soins, prévention, responsabilités institutionnelles, gestion, multiétablissements...), **passerelles** professionnelles, **dissociation de périodes** (d'enseignement, recherche, activités administrative...), **revalorisation** salariale, surtout en début de carrière, et d'autres non : contrats d'objectifs/missions et de moyens par exemple. Il y a certes encore du travail pour que la carrière satisfasse les praticiens en titre, et surtout attire les candidats, pour pallier à la vacance chronique d'une proportion importante des postes publiés.

L'arrivée aux affaires de Marisol Touraine, dans la foulée du rapport Couty, a fait naître de grands espoirs en renouant avec des habitudes de dialogue que le ministère avait enterrées dans les années Sarkozy-Bachelot. Cependant, le temps passant, les lobbyings et les contraintes budgétaires se renforçant, le scepticisme s'amplifie sur les réelles intentions et options de nos gouvernants. Voyons ce qu'on nous promet.

La Loi de Santé, adoptée à son premier passage devant l'Assemblée Nationale, prévoit de nombreux points de progrès, raison pour laquelle nous la soutenons : réactivation d'une **instance nationale consultative** des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé, **refonte du DPC** (clarification du financement DPC et FMC, contrôle par CNP, obligation triennale non sanctionnante), création de la **position de remplaçant** (pour les PH titulaires seulement, et non pour les internes en phase d'autonomisation comme nous l'avions souhaité), avec prime et avancement accéléré, **prolongation d'activité** à 70 ans (CNG, hors échelons), **cumul emploi-retraite** jusqu'à 72 ans (à titre dérogatoire jusqu'en 2022 par contrat local), **remédicalisation de la gouvernance** des établissements. Par ailleurs la **mise à disposition de plein droit aux GCS** dont l'objet est la reprise d'une activité de ses membres, et la création des **Groupements Hospitaliers de Territoire** (ouvrant la possibilité d'un recrutement par un gros centre hospitalier avec mise à disposition sur profil de poste) sur un projet médical partagé, peuvent être des éléments d'attractivité, sous réserve d'une réelle implication collégiale des collègues, et au prix de restructurations pour les établissements de petite

capacité où les conditions de travail sont parfois devenues incompatibles avec les exigences des jeunes générations et les impératifs de sécurité.

Le mystère, instillateur de la plus grande méfiance, entoure l'interprétation que retiendra le ministère du rapport Le Menn sur l'attractivité de l'exercice hospitalier qui lui a été présenté (et dont nous n'avons pas connaissance de la version finale) il y a quelques semaines. Les pistes de travail évoquées avec l'auteur sont pourtant intéressantes : **valences d'activités et remise à plat du régime indemnitaire** (transversales, organisationnelles, enseignement, recherche...?) ; **redéfinition du temps de travail** tout compris, en demi-journées ou temps continu au choix, de 39h avec 19 jours de RTT comme **norme** (seuil des heures supplémentaires), avec 48h comme borne **maximale** (seuil du temps de travail additionnel contractualisé), mode déclaratif, rémunération en TTA de jour et à hauteur de l'intérim, voire gardes de 12h, organisation en **5 plages** quotidiennes (permettant l'équité entre décomptes en temps continu et en demi-journées et facilitant la gestion du repos quotidien et des obligations de service), garantie de **2 demi-journées/semaine** d'activité non-clinique/non-postée (d'autonomie en fait) pour tous (par extension aux autres spécialités de la *circulaire urgences du 22 décembre 2014*) ; **aménagement des carrières avec suppression des 4 1ers échelons, et en fin de carrière** avec temps réduit de droit, exonération de PDS, prolongation d'activité sur volontariat, postes protégés...

D'autres chantiers attendent d'être lancés ou arbitrés : **protection fonctionnelle** effective et financée, **droit syndical** de type **Fonction Publique Hospitalière** (avec locaux, panneaux d'affichage, crédit global de temps syndical et décharges d'activité de service, autorisations spéciales d'absence), renforcement de la présence médicale au **CHSCT**, prise en compte de la **pénibilité** (notamment du travail de nuit), suivi par une médecine du travail renouvelée...

Il n'en reste pas moins que des menaces sérieuses mettent les acquis en danger. Le rapport Pêcheur sur la fonction publique publié le 29/10/2013 fait la promotion d'un basculement simple vers le régime des conventions collectives de droit commun, vantant la **fin de l'emploi à vie**, l'**unification du régime de travail** entre tous les salariés avec passages entre secteurs marchands et non-marchands, la **souplesse et la flexibilité** du droit du travail. C'est méconnaître la spécificité de nos professions et ouvrir la porte à la perte de l'indépendance professionnelle,

et à la fin des missions et des règles du service public : mieux vaudrait achever la déclinaison du droit du travail dans le cadre du statut, afin de clarifier nombres de vides réglementaires, nous contraignant à dépendre du calendrier des jurisprudences de conflits individuels avec des directions abuseuses. La difficulté de la tâche se complexifie lorsque les jeunes diplômés manifestent leur méconnaissance des enjeux dans leurs « **15 propositions relatives à l'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires à l'Hôpital Public** » publiées en commun par l'ISNCCA et l'ISNI. On y lit notamment la revendication d'une **part variable d'intéressement individuel** (« le mérite, plus que l'avancement mécanique à l'ancienneté »), une **part variable d'intéressement collectif** de l'ensemble de l'équipe soignante, la **prise en compte de la qualité et de la valeur ajoutée** des profils des candidats, la **suppression du concours de PH** et « autres lourdeurs administratives », et l'opposition aux **pools de praticiens hospitaliers remplaçants** pour répondre aux vacances de postes. Tout cela ne peut conduire qu'à un appauvrissement de l'investissement collectif, à la fin du statut d'agent public et au renforcement du marché de l'intérim. Plus influent, le lobbying de la FHF, bras armé des directeurs, est explicite dans son rapport du 6/05/2014 intitulé « **L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public** ». Noir sur blanc sont encensés les **indemnités ou avancements accélérés** pour les responsabilités spécifiques, la **revalorisation de certaines spécialités** (permanence des soins ou par différentiels de rémunération avec d'autres statuts), la **rémunération individuelle variable** selon activité ou objectifs, la **rémunération à la performance**, la **prime individuelle d'intéressement**, la **rémunération sur objectifs de santé publique...** Il ne s'agit rien de moins que d'organiser l'**éclatement du statut**, la **sape de la motivation intrinsèque**, la **perte de perception des objectifs réels** de la pratique, et la

gestion entrepreneuriale des ressources humaines. Ces coups de boutoir se cumulent quotidiennement aux **contraintes budgétaires**, à l'**alternance des dogmes politiques** et aux **fluctuations de sens** du concept de service public, à l'**inertie** managériale croissante dans l'application des acquis réglementaires, à la **résignation et au repli** sur soi de nombreux collègues...

Que faire sinon investir les quelques pistes qui se dessinent, à la condition d'une véritable concertation, dans un redéploiement budgétaire choisi et grâce à des évolutions réglementaires pragmatiques, et croire à une possible synthèse politique sur le long terme? Croire sans pour autant rendre les armes, et en maintenant nos revendications plus que jamais justifiées et qu'une guérilla judiciaire, financée et maîtrisée pourra soutenir, tandis que l'investissement dans un syndicalisme constructif et dans une vie institutionnelle rééquilibrée restent probablement les meilleurs remèdes à nos solitudes désabusées.

Quoiqu'il arrive, la crise économique et les remous sociétaux qui l'accompagnent ne doivent pas nous égarer : prenons garde à ne pas perdre le sens de notre engagement, et jeter le bébé avec l'eau du bain en oubliant les fondamentaux. S'il est clair que le statut de praticien hospitalier doit s'adapter à un nouveau contexte, il n'en reste pas moins qu'il doit être préservé dans son essence. Les enjeux ont notablement changé en 31 ans : il faut aujourd'hui le réhabiliter et le renforcer pour garantir prioritairement l'**attractivité des carrières hospitalières** face à l'intérim et à l'exercice libéral, l'**indépendance de l'exercice médical** vis-à-vis des visions gestionnaires et politiciennes, et le **respect des valeurs de service public** pour une réelle équité dans l'accès à des soins de qualité de nos concitoyens.

Bref, le statut de praticien hospitalier est dans la force de l'âge, et l'heure de sa retraite n'a pas sonné !•

CINQUIEMES RENCONTRES PROFESSIONNELLES
LA JOURNEE DU PRATICIEN
organisée avec le soutien de l'APPA
Vendredi 16 octobre 2015
Amphithéâtre MGEN, 3 square Max Hymans, Paris XVème



Bulletin d'adhésion pour l'année civile 2015

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 2015, dont le montant de la cotisation annuelle est de 120 €.

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