

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Octobre / Décembre 2011

N° 231



EDITO

NON, NOUS NE NOUS TAPERONS PAS LE TAPA !

M. Xavier Bertrand, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, a proposé à nos organisations syndicales l'ouverture d'une concertation. Un Accord Cadre relatif à l'exercice médical à l'hôpital nous a ainsi été transmis. Nous publions dans nos colonnes ce document : chacun pourra de la sorte se faire son propre avis. Mais cela ne nous dispensera pas de vous proposer dès à présent le nôtre...

En premier lieu, nous ne pouvons cacher l'agacement profond provoqué par la forme même de ce texte : en voici des morceaux choisis :

« L'hôpital public est aujourd'hui ouvert sur son territoire (il ne l'était pas hier ?), centré sur le patient et même le patient citoyen ! ». Il ne nous reste donc plus qu'à organiser pour nos malades quelques scrutins électoraux, mais attention, au deuxième tour, on meurt...

« Sans remettre en cause l'organisation polaire des hôpitaux... » : Voilà qui est tout simplement glacial. Un réchauffement climatique rapide s'impose !

« Engager une étape décisive du dialogue social fondé sur les quatre valeurs suivantes, l'engagement dans le service public, l'importance du travail médical en équipe, la qualité de l'exercice clinique auprès du patient, la prise de responsabilité professionnelle ».

Il va sans dire en effet que les praticiens hospitaliers n'avaient jusqu'à ce jour, aucune culture de service public, aucune notion du travail en équipe, et qu'ils attendaient cet accord cadre pour enfin s'attacher à la qualité de leur exercice clinique, et à leur prise de responsabilité... Merci, Monsieur le Ministre.

En second lieu, une fois surmonté l'agacement de cette première lecture, attachons nous au fond, qu'il faut décrypter derrière ce charabia ; car celui-ci n'a d'autre objet que de noyer le poisson. Les mots clefs sont peu nombreux, mais ils sont lourds de sens.

Il s'agit d'encourager la constitution d'« équipes médicales », mais il n'est pas question, bien sûr, de rétablir les services que la Loi HPST a rayé d'un trait de plume. Après le pôle, les structures internes et les unités fonctionnelles, voilà une nouvelle entité qui ne va pas simplifier l'organisation fonctionnelle de nos Hôpitaux publics.

« Les activités de l'« équipe » seront contractualisées ». Depuis la « Nouvelle Gouvernance », tout doit relever du contrat. Contrats collectifs et contrats individuels seront élaborés après déclinaison des missions, activités et valences de l'équipe dans un tableau annuel prévisionnel d'activité : le TAPA ! Voilà le nouvel acronyme que l'on va nous servir jusqu'à la nausée !

Il faut dire qu'avec le tableau de service, le projet de service, le projet de pôle, et le projet d'établissement, nous manquons cruellement d'outils rédactionnels pour décrire nos activités ! Tout cela, bien évidemment, au nom de la simplification administrative... Il ne restera plus, au valeureux PH de

base qu'à rédiger son contrat d'engagement individuel, précisant ses droits et obligations dans l'équipe, comme ses projets personnels (la pratique du golf, ou la lecture de l'Equipe ?).

Et bien oui, nous sommes clairement opposés à cette dixième couche bureaucratique qu'on veut imposer aux praticiens pour enrégimenter leur activité professionnelle. **Nous ne voulons pas nous taper le TAPA.**

Ce dont les PH ont besoin aujourd'hui, après un empiement de réformes successives censées sauver l'hôpital et ses docteurs, c'est tout simplement de liberté, de confiance en leur compétence et en leur conscience professionnelles, en l'exercice de leur responsabilité, individuelle et collective, et de la préservation d'un minimum d'indépendance professionnelle.

Au lieu de cela, on nous propose de désigner un référent médical dans chaque pôle qui sera chargé de suivre chacun des praticiens. Ainsi, nous allons nous fliquer nous-mêmes... tout un programme ! Et, cerise sur le gâteau, un code de bonne conduite professionnelle sera élaboré avec définition d'un programme d'actions prioritaires évalué annuellement : bientôt le permis à points ?

Les pouvoirs publics, pour mieux nous faire avaler la pilule, ont inclus dans cet accord cadre des avancées statutaires pour les temps partiels et les attachés (prime d'exercice public exclusif, amélioration de la retraite). Ces avancées nous avaient déjà été promises par le Ministre lui-même il y a 5 ans. De même, ils y ont inclus, en la présentant comme un pactole-cadeau accordé aux médecins des hôpitaux (sans un sou de financement supplémentaire), une meilleure gestion des comptes épargne temps, qui faisait en réalité l'objet depuis longtemps d'une négociation avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins : cela a été l'arbre qui cache la forêt, et qui a empêché toute discussion sur le fond.

Malgré ce lourd battage médiatique, malgré la menace de nous exclure de la table des négociations ultérieures, et après un riche débat entre nous, le Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics (SPHP) s'est opposé à la signature de cet accord cadre. Cette décision est tout à l'honneur des PH de base qui n'ont pas hésité à prendre leur plume électronique pour exprimer avec force leurs convictions. Toutefois, la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH) à laquelle nous adhérons s'est prononcée majoritairement en faveur de la signature, ainsi que l'INPH. Malgré notre divergence d'appréciation, nous restons solidaires de nos partenaires syndicaux.

Nous sommes bien conscients que le combat contre ces nouvelles et monstrueuses tentatives de destruction de notre indépendance professionnelle restera difficile, mais nous ne nous laisserons pas faire sans nous défendre, notamment lors des négociations ultérieures auxquelles nous participerons.

Bruno Devergie Alexandre Pariente Jacques Trévidic

Cahiers FNAP-SPHP

N°231 Octobre / Décembre 2011

Trimestriel

Directeur de la publication : Dr François DOUCHAIN

Rédacteur en chef : Dr Jacques TRÉVIDIC

Comité de Rédaction :

Dr Bruno DEVERGIE, Endocrinologue

Dr Jean Marie LELU, Chirurgien

Dr Jean Yves DALLOT, Interniste

Dr Jean Bernard TUETÉY, Radiologue

Dr Nicole PASTY, Biologiste

Impression : Imprimerie Nouvelle - 93400 Saint Ouen

Dépôt légal : 4^e trimestre 2011

Commission paritaire n° 1012S06230

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

Actualités syndicales (14/02/12)

Elections professionnelles

Vous trouverez dans ce numéro le résultat des élections professionnelles des praticiens hospitaliers. Ces élections ont été marquées par un nombre important de dysfonctionnements techniques (le vote étant réalisé par voie électronique) conduisant à une forte abstention.

L'Union CPH-INPH sort largement vainqueur dans la Commission statutaire nationale et la Commission de discipline des praticiens hospitaliers. Il faut noter aussi le bon score d'Avenir Hospitalier, issu du SNPHAR. Convergences HP issu de la CMH et du SNAM-HP arrive en troisième position.

Accord-cadre

La CPH et l'INPH ont accepté de signer l'accord-cadre proposé par le Ministère de la santé, malgré des réticences majeures sur le fond (voir communiqué). La position d'Avenir Hospitalier qui souhaitait absolument signer ce texte pour assurer sa représentativité en tant qu'intersyndicat, et le choix du Ministère de ne faire participer aux groupes de travail ultérieurs que les organisations qui auront signé, ont dissuadé la CPH et l'INPH de pratiquer la politique de la chaise vide.

DPC

Après la parution des décrets au Journal officiel du 1^{er} janvier 2012 n'est qu'une étape d'un long processus censé aboutir avant la fin de l'année 2012. La complexité du dispositif laisse perplexe une grande partie des acteurs de ce dossier et empêche d'en faire une synthèse. De nombreux textes et réunions restent à organiser pour y voir plus clair.

Elections présidentielles

L'INPH a organisé un colloque le 8 février dernier à l'Assemblée Nationale pour interroger les porte-paroles des candidats à l'élection présidentielle sur leurs propositions concernant l'hôpital public, et y a associé la CPH.

Vous trouverez les principaux compte-rendus intéressants de cette rencontre sur une dépêche d'Hospimedia datée du 9 février 2012¹ et dans l'édition du Quotidien du Médecin du 14 février 2012.²

Dr Jacques Trévidic

¹ http://abonnes.hospimedia.fr/articles/l_ump_peine_a_hospitaliser_son_discours

² <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/politique/six-partis-dans-la-bataille-electorale-dessinent-leur-hopital-pour-2017>

RESULTATS DES ELECTIONS PROFESSIONNELLES 2011 DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Ils sont d'abord marqués par un abstentionnisme tout à fait inhabituel chez les PH, abstentionnisme record qui atteint plus de 70% : il faut dire que sur de nombreux sites, le vote s'apparentait à un véritable parcours du combattant et cela ne pouvait que conforter cette abstention. Ont été mis en évidence les imperfections des documents envoyés et surtout les nombreux blocages informatiques qui nous ont été signalés jusqu'à la clôture du scrutin. Ces difficultés techniques ont incontestablement pesé sur la participation.

Même si nous ne retrouvons pas le résultat de 2005 en raison d'une ventilation différente des listes, les chiffres positionnent l'Union CPH-INPH largement en tête sur les votes PH, avec plus de 50% des sièges et des suffrages aussi bien à la Commission Statutaire Nationale qu'au Conseil de Discipline.

Nous remercions très vivement les 6300 PH qui ont voté pour nous, pour chacun de ces 2 scrutins, et nous essayerons d'être à la hauteur de leur confiance.

Rachel Bocher et Pierre Faraggi

COMMISSIONS STATUTAIRES

	VOIX EXPRIMEES	%	SIEGES
CPH-INPH (dont AMUF)	6339	54,50	46
CONVERGENCES HP	2508	21,56	22
AVENIR HOSPITALIER	2490	21,41	16
SNMH - FO	294	2,53	0

CONSEILS DE DISCIPLINE

	VOIX EXPRIMEES	%	SIEGES
CPH-INPH (dont AMUF)	6357	54,83	46
CONVERGENCES HP	2445	21,09	22
AVENIR HOSPITALIER	2493	21,50	16
SNMH - FO	298	2,57	0

La table des négociations oui, mais avec une grande cuillère !

Cher(e)s collègues

La CPH et l'INPH ont signé ce lundi 23 janvier 2012 l'accord cadre soumis aux organisations syndicales par le ministère.

Cela n'a pas été sans réflexions ni hésitations. Dans ce qui n'est qu'un recensement de têtes de chapitres encore vides de contenus précis, nous savons lire, derrière une phraséologie aux accents qui se veulent alléchants, tous les dangers et les objectifs à peine voilés de nos interlocuteurs qui poursuivent le projet d'une santé ouverte au marché, où les statuts des personnels présentent des aspérités qu'il faut encore raboter.

Puisque la stratégie habituelle du ministère consiste, cette fois avant même l'ouverture de la partie, à tenter d'éliminer les opposants du dialogue social et démocratique en demeurant entre amis, nous préférons nous asseoir à la table des négociations plutôt que de figurer au menu du repas : **la CPH et l'INPH y arriveront main dans la main, et dotés d'une très grande cuillère.**

D'autant plus que les entrées – Compte Épargne Temps, assiette des cotisations IRCANTEC et Indemnité d'exercice exclusif – attendent depuis longtemps en cuisine.

Mais pour le plat de résistance que l'on voudrait nous faire avaler dans la foulée, **il y a de grosses arêtes qui ne passent pas, au premier rang desquelles figure la contractualisation à tout-va.** Nous reste-

rons inflexibles concernant les points sur lesquels reposent les valeurs et les conditions d'exercice à l'hôpital public. Notamment en ce qui concerne notre indépendance médicale, la valorisation de la place du médecin dans l'organisation et les décisions hospitalières, la défense de notre statut et tout particulièrement du temps de travail et des rémunérations. **Et, si la situation devient inacceptable, nous saurons nous retirer et vous appeler à manifester fortement vos désaccords, sans non plus nous laisser endormir avant l'échéance électorale présidentielle.**

L'année 2012 s'annonce donc comme particulièrement importante pour notre avenir professionnel ! La CPH et l'INPH vous adressent leurs meilleurs vœux pour cette année qui commence, vœux pour chacun et chacune d'entre vous, vœux pour un hôpital public que nous voulons toujours plus performant au service et au plus près des patients, vœux pour un exercice médical et professionnel attractif et responsable.

Nous savons bien que pour avancer sur ces objectifs en 2012, il y faudra la mobilisation de tous et dès maintenant nous appelons au rassemblement de tous les praticiens.

Bonne année 2012 !

Rachel Bocher et Pierre Faraggi

BULLETIN D'ABONNEMENT 2012

à retourner, avec votre règlement, à :

LES MEDECINS DES HÔPITAUX PUBLICS (SPHP)

M. Eusébio De Pina Fortes - 3, Rue Jeanne d'Arc - BaL n° 75 - 75013 Paris

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

NOM : _____

FONCTION : _____

SERVICE : _____

ETABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL / VILLE / CEDEX : _____

Souscris un abonnement de 1 an (4 numéros) pour la somme de 28 E. ou pour 2 ans 56 E.

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

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

Le SPHP s'est opposé à la signature de l'accord-cadre proposé par le ministère le 23 janvier dernier. Il est apparu à une large majorité de nos adhérents que le sort infligé au statut de praticien hospitalier par la contractualisation locale sur objectifs, dans le prolongement de la loi HPST, est incompatible avec notre **éthique professionnelle**. Sommes-nous pour autant hermétiques aux impératifs de la gestion des ressources et éternels opposants à toute forme d'évolution ? Bien sûr que non !

QUEL EST LE SENS DE NOTRE ENGAGEMENT DANS LE SERVICE PUBLIC ?

Le service public, c'est en effet d'abord un **engagement**. Parmi nos motivations, nous citerons principalement **l'accessibilité aux soins pour tous, l'organisation interdisciplinaire du travail et une distance acceptable** entre les soins et... leurs contraintes financières.

Mais quelle est cette « bonne » distance avec l'argent ?

Notre engagement ne nous empêche pas de comprendre que l'utilisation équitable des ressources de la collectivité ne peut être laissée à la discrétion de chaque professionnel, mais nécessite une gestion et donc un contrôle, des incitations et des sanctions, qui prennent réellement corps en période de restrictions budgétaires. Ces incitations sont **essentiellement de nature financière**, de façon fort pragmatique, avouons-le (ce qui ne suffit pas et n'empêche pas de regretter le manque de reconnaissance du service public hospitalier pour tous ses employés).

Depuis des années, nos employeurs (ministère et directeurs d'établissement), sous la pression de plus en plus forte de l'assurance maladie, cherchent des moyens d'augmenter notre rentabilité et/ou de réduire nos rémunérations, avec peu d'égards envers l'indispensable indépendance de notre exercice et nos conditions de travail. Pour regrettable qu'elle soit par ses conséquences mercantiles, la **T2A** est bien installée et ne sera dans l'avenir, au mieux, que partiellement compensée par une mixité des modes de financement, déjà engagée mais encore de façon bien insuffisante, avec les **missions d'intérêt général**.

Dans cette logique, la mise en correspondance des recettes de l'établissement et des revenus des PH peut sembler cohérente et ainsi favoriser une rémunération en partie à l'acte. Mais la « production » d'actes n'est pas, loin s'en faut, la seule fonction des professions médicales à l'hôpital, dont l'organisation toujours plus complexe fait intervenir des activités transversales essentielles, et qui assure recherche et formation initiale et continue.

Faut-il préciser que nous ne sommes pas des purs esprits, et que notre dévouement ne saurait justifier un travail à moindre coût, sans protection sociale ni retraite suffisante au regard du service rendu à la société ?

LES INCITATIONS FINANCIÈRES ACTUELLES SONT-ELLES SATISFAISANTES ?

L'activité libérale et le paiement à l'acte ne sont pas, par nature, incompatibles avec les missions de service public (le médecin traitant en est l'exemple le plus démonstratif).

À l'hôpital public, **l'activité libérale hospitalière** est la seule mesure incitative à l'acte préservant l'indépendance professionnelle. Elle est toutefois inadaptée aux spécialités sans activité clinique, et il est regrettable que l'acte intellectuel soit à ce point sous-évalué que les spécialités peu techniques n'y ont aucun intérêt. Elle est elle-même encadrée par un contrat type et contrôlée par une commission spécifique.

Les échanges avec les collègues font apparaître quatre raisons principales pour avoir choisi de ne pas avoir d'activité libérale, en préférant percevoir **la prime d'engagement à l'exercice public exclusif** :

- un risque de perte de sens du soin, l'intéressement du médecin à l'acte pouvant modifier la perception du contrat de soin par le soignant et le soigné, et potentiellement nuire à l'accès aux soins pour tous ou à la qualité de la prise en charge globale, qui sont des missions fondamentales de l'hôpital public ;

- l'absence d'avantage financier : soit parce que le ratio activité technique/clinique y est faible ou inexistant (pas d'activité de soin, pas d'actes externes, très mauvaise valorisation de l'acte intellectuel par l'assurance maladie), soit parce que le risque y est excessif (coût réducteur de l'assurance en responsabilité civile) ;

- la responsabilité juridique personnelle sur des prises en charge souvent plus complexes qu'en clinique ;

- la complexité de la tenue d'une comptabilité et de l'établissement d'une déclaration fiscale 2035.

Ceux d'entre nous qui ont choisi d'avoir une activité libérale (seulement 10% environ) exercent en général une activité technique importante et y voient une compensation :

- à une rémunération statutaire insuffisante surtout aux premiers échelons, faiblement réévaluée qui plus est ces dernières années, et par comparaison avec les revenus de praticiens de même niveau de compétence installés en clinique ;

- de plus en plus à la dégradation des pensions de retraite, non pour cotiser à la CARMF qui n'est pas mieux servie, mais pour constituer un patrimoine dès le début de carrière, en prévision de la perte des revenus professionnels.

Par ailleurs, la prime d'engagement à l'exercice public exclusif n'est pas, jusqu'à présent, accessible aux PH à temps partiel (c'est une promesse).

Le cumul de rémunération pour activité ayant un caractère d'intérêt général est accessible aux praticiens n'exerçant pas d'activité libérale, et est compatible avec l'absence d'activité clinique. Elle est un contre-poids salubre à la logique de marché en soutenant des missions de service public extrahospitalières. Il s'agit toutefois d'un montage coûteux pour l'établissement bénéficiaire, et la direction de l'établissement d'origine sera de plus en plus réticente à céder du temps de travail qu'elle rémunère sur son activité.

L'indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements est accessible à tous, et incite à la mobilité des praticiens. Elle est souvent mieux perçue par la direction de l'établissement d'origine que la formule précédente, car susceptible de ramener de l'activité, ou de faire partie d'un échange gagnant-gagnant. **La prime sectorielle et de liaison** est réservée aux psychiatres.

La part complémentaire variable, proposée initialement aux chirurgiens, trop complexe et sans référence, n'a eu aucun succès.

Ces faiblesses justifieraient déjà une réflexion, tous facteurs égaux par ailleurs. Alors dans une logique de marché et une démarche qualité normative de type industriel, où la restructuration pyramidale de l'hôpital public tend à réduire le pouvoir médical pour neutraliser sa logique de soins et mettre sous tutelle son savoir-faire professionnel, ne nous étonnons pas des coups de boutoir portés à notre statut...

MAIS QUELLE ALTERNATIVE POUVONS-NOUS ACCEPTER ?

La course au chiffre conduit à abandonner les soins moins rentables et induit des actes inutiles. L'idée de récompenser l'investissement dans les activités transversales est intéressante, mais à haut risque, si c'est le directeur, « seul patron à l'hôpital » qui décide de récompenser ceux qui le servent bien, car ces activités peuvent être instrumentalisées pour réguler les moyens dédiés aux soins. Nous avons, avec la CPH, dénoncé les risques de dérive autocratique locale de la nouvelle gouvernance selon HPST.

Dans ce contexte de rigueur, il vaut mieux que nous propositions des alternatives à la contractualisation qui nous est annoncée, part variable « à la tête du client » car sur contrat local avec le directeur, et « marché de dupes » puisqu'en enveloppe fermée.

Accepter cette contractualisation, ce serait aliéner **l'indépendance de la délibération professionnelle** qui privilégie l'intérêt du malade, aux intérêts d'un autre, potentiellement mercantiles, carriéristes ou affectifs.

Accepter, ce serait travailler plus pour gagner moins.

Il serait probablement acceptable de fixer une **grille nationale commune**, avec un système de points, et une **simple validation** du directeur.

Au lieu d'un contrat local malsain, il serait possible de préserver le **statut unique** intégrant un **mode de rémunération mixte**, avec un forfait de base, et prenant en compte l'activité, la qualité et l'investissement institutionnel d'une part, ainsi que d'autre part la recherche et l'enseignement.

Oui, cela serait acceptable, à condition toutefois que la mise en place aboutisse effectivement à une **remise à niveau du revenu moyen** du PH, ce qui ne semble pas être l'objectif recherché par nos gouvernements, rigueur oblige, encore et toujours !

Dr Arnaud PATENOTTE

Praticien Hospitalier - Service de Médecine 2
3 avenue Pasteur - 21140 - SEMUR EN AUXOIS

Accord Cadre Du 23 janvier 2012 Relatif à L'exercice médical à l'hôpital

Au cœur du système de santé, l'hôpital en assure la continuité et la permanence. Avec son fonctionnement 24 heures sur 24, 365 jours par an, il représente un enjeu majeur sur le plan national parce qu'il doit répondre aux besoins croissant de santé, d'information et d'exigence de la population. Il doit s'adapter continuellement et améliorer sa performance pour garantir des soins de qualité et au meilleur coût.

Fort de ses professionnels de santé, il doit répondre aux impératifs nouveaux d'organisation liés à la progression des maladies chroniques ainsi qu'à l'augmentation d'obligations, parfois divergentes.

Cela induit une mutation profonde de la nature même de la médecine, de sa dispensation et de son organisation alors que la nécessaire maîtrise de la dépense publique s'inscrit dans la durée. L'hôpital public qui doit faire face à tous ces enjeux, est aujourd'hui ouvert sur son territoire et centré sur le patient, et même le patient citoyen.

Ses professionnels de santé, et en particulier ses praticiens, formés et qualifiés, doivent être en mesure de répondre dans de meilleures conditions aux obligations que les nombreuses réformes voulues par nos concitoyens, ont accrues au fil du temps.

Ces évolutions s'inscrivent par ailleurs dans un environnement où la démographie médicale en France reste préoccupante.

Par ailleurs, le poids ressenti de la charge administrative, le risque identifié de tensions psycho sociales et le sentiment de perte des repères institutionnels alimentent un malaise de plus en plus grand au sein de la communauté médicale.

Cette fragilité justifie aujourd'hui des mesures adaptées et motivantes pour réussir le double pari de demain, attirer les jeunes praticiens et fidéliser ceux qui sont déjà engagés dans le service public hospitalier.

Dans ce contexte mis en lumière par le rapport de la mission conduite par Danielle Toupillier sur l'exercice médical à l'hôpital remis en septembre 2011, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, conscient de ces difficultés, a annoncé par courrier du 28 juillet 2011 adressé aux organisations syndicales représentatives des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, l'ouverture d'une concertation.

Le présent accord cadre a notamment vocation à reprendre les principales avancées issues de cette réflexion, et à identifier les actions et le calendrier qui doivent les accompagner, afin de renforcer l'attractivité de la carrière médicale hospitalière pour maintenir l'accessibilité de tous aux meilleurs soins et mieux articuler les prises en charge notamment celles liées à la permanence des soins, aux maladies chroniques et aux conséquences du vieillissement.

C'est pourquoi les signataires du présent accord cadre, prenant en compte en particulier les tensions démographiques et les impératifs budgétaires et économiques, conviennent de donner un signal positif fort à la communauté hospitalière. Ils sont déterminés à engager une étape décisive du dialogue social fondé sur les quatre valeurs suivantes :

- L'engagement dans le service public,
- L'importance du travail médical en équipe,
- La qualité de l'exercice clinique auprès du patient,
- La prise de responsabilité professionnelle,

et déclinées autour de deux axes structurants :

- Identifier, organiser et valoriser les équipes médicales,
- Choisir, construire et adapter la carrière médicale du praticien à l'hôpital.

I - IDENTIFIER, ORGANISER, ET VALORISER LES EQUIPES MEDICALES

• Des praticiens engagés dans un projet d'équipe

1) Sans remettre en cause l'organisation polaire des hôpitaux, la constitution et l'identification d'équipes médicales doit être encouragée en tant qu'unité de base de l'organisation médicale hospitalière, qu'elle soit définie autour d'une spécialité, d'une discipline, d'un organe ou d'une pathologie. Cette équipe intégrera tous les praticiens concourant à son activité quel que soit leur statut. L'identification de l'équipe médicale, sans méconnaître la place importante du personnel non médical, se développera en cohérence avec les structures internes du pôle, d'un établissement mais également au sein d'un

territoire de santé.

2) Le chef d'équipe sera choisi par ses pairs et le chef de pôle, pour une période déterminée et en favorisant le renouvellement.

3) Le fonctionnement de l'équipe se fera autour d'un projet commun et partagé. Des programmes de développement professionnel continu collectifs seront promus et déployés à l'échelle de l'équipe. Les missions et activités de l'équipe seront définies et contractualisées, selon le type de structures (CHU, CH...) à la fois :

- par un contrat collectif d'équipe, intégré au contrat de pôle en cohérence avec le projet médical et le projet d'établissement. Les missions, activités et valences de l'équipe seront déclinées dans un tableau annuel prévisionnel d'activité (TAPA). En miroir un tableau annuel recensera les éléments constitutifs du temps médical disponible (temps de travail, plages additionnelles, CET...)

- par un contrat individuel d'engagement passé par chaque praticien composant l'équipe et précisant ses droits et obligations au plan professionnel au sein de l'équipe comme, éventuellement ses projets personnels.

♦ **Action** : Un groupe de travail, regroupant notamment les organisations signataires, le CNG et les services concernés, sera chargé de définir les évolutions nécessaires, afin de définir de manière simple et souple la notion d'équipe, les modalités de nomination du chef d'équipe, et les conditions de son inscription dans une démarche de contractualisation de l'équipe avec le chef de pôle. Ce travail pourra déboucher sur une adaptation éventuelle des textes.

♦ **Echéance** : Premier semestre 2012.

• Des praticiens reconnus et valorisés dans leur exercice professionnel

1) Par le renforcement du dialogue social

a) Au niveau local

- Un volet spécifique aux praticiens hospitaliers sera inséré dans le projet social des établissements publics de santé.

- En lien avec la CME, la thématique santé au travail (prévention des risques professionnels et psycho-sociaux, renforcement de la place de la médecine du travail...) et l'amélioration des conditions de vie au travail des praticiens tous statuts confondus, feront l'objet d'une démarche structurée, en lien avec les dispositifs existants.

- Une instance ou fonction locale de médiation et de conciliation pour prévenir et gérer les éventuels conflits avec ou entre praticiens sera identifiée et organisée.

- Un référent médical désigné dans chaque pôle, sera chargé de suivre les praticiens dans la gestion de leur carrière, de veiller à ce que les conditions de vie au travail soient réunies pour permettre à chacun d'entre eux de s'accomplir dans son exercice et d'accompagner ces praticiens en cas de difficultés particulières. Dans ce cadre le rôle de la commission régionale paritaire (CRP) sera renforcé.

- L'élaboration d'un code de bonne conduite professionnelle par la commission médicale d'établissement (CME) avec définition d'un programme pluriannuel d'actions prioritaires évalué annuellement sera préconisée et fera l'objet d'un appui méthodologique national.

b) Au niveau régional

- La commission régionale paritaire devra être réunie par le directeur général de l'ARS au moins 2 fois par an pour proposer toute adaptation utile sur l'organisation et le fonctionnement des activités, sur la continuité et la permanence des soins, l'identification des situations à risque professionnel ainsi que le suivi budgétaire des emplois médicaux, en lien avec le comité consultatif national paritaire des praticiens hospitaliers.

c) Au niveau national

- Une facilitation du dialogue social, par l'instauration d'un dispositif clarifié de reconnaissance de droits et moyens syndicaux permettra une action plus efficace (décharges d'activité au niveau national et autorisations d'absence au plan national et régional, en particulier).

Un ensemble d'indicateurs sociaux prioritaires pour les praticiens (gestion de l'absentéisme, du turn-over...) sera défini au niveau national et devra être

suivi au plan local notamment dans le cadre de l'exploitation du bilan social et régional.

- ◆ **Action** : Le groupe de travail précité sera chargé de produire des recommandations et des propositions d'évolution de la réglementation.
- ◆ **Echéance** : fin 2012.

2) Par une valorisation spécifique de l'exercice hospitalier

a) Le développement des coopérations entre professionnels de santé qui traduit de nouvelles modalités d'exercice des praticiens et des paramédicaux renforçant ainsi la cohésion des équipes et l'enrichissement de chacun de leurs membres, doit être encouragé et intensifié.

- ◆ **Action** : Sur la base des rapports et expérimentations existantes les organisations signataires seront sollicitées par les services concernés pour aider à la promotion des coopérations interprofessionnelles. Notamment un bilan annuel des modalités de coopérations menées sera réalisé et présenté devant le comité consultatif national paritaire des praticiens hospitaliers. Il intégrera le travail réalisé sous l'égide de la HAS et des conseils nationaux professionnels de spécialité, dans le sens d'une consolidation de parcours de soins de qualité et sécurisés pour l'ensemble des patients pris en charge
- ◆ **Echéance** : Fin 2012.

b) Un dispositif d'intéressement tenant compte de la performance collective sur la base d'objectifs et de résultats valorisera les actions des équipes soignantes en matière d'amélioration de la qualité des soins et/ou des conditions de vie au travail, de participation à des travaux de recherches avec publication scientifique notamment.

- ◆ **Action** : Le groupe de travail sera chargé de préparer l'élaboration d'un projet de décret.
- ◆ **Echéance** : 2^{ème} semestre 2012.

c) Une labellisation dans le cadre de la démarche qualité des équipes médicales sera portée par la Haute Autorité en Santé (HAS) et les services concernés pour attirer et fidéliser les praticiens à l'hôpital.

- ◆ **Action** : Concertation à conduire notamment avec la HAS.
- ◆ **Echéance** : 2^{ème} semestre 2013.

II - CHOISIR, CONSTRUIRE ET ADAPTER LA CARRIERE MEDICALE A L'HOPITAL

Prenant en compte les évolutions législatives nationales et européennes, intégrant la nécessaire valorisation du temps médical, décidés à promouvoir les pratiques et les responsabilités médicales, les signataires s'accordent sur les orientations suivantes :

1) Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences rendue indispensable par l'évolution démographique sera mise en place au niveau territorial, régional et national.

- ◆ **Actions** :
 - Mise à disposition annuellement auprès du directeur d'établissement, du président de la CME et des chefs de pôles et d'équipes des données démographiques nationales, voire européennes, (études DGOS, DREES, Observatoires nationaux, Ordres professionnels et CNG...), régionales (ARS) et locales (EPS).
 - Elaboration à partir du retour d'expérience de la GPEC mise en place pour les personnels relevant de la FPH, d'une méthodologie adaptée à la GPEC des emplois médicaux.
- ◆ **Echéance** : Un plan de développement et de mise en œuvre sur 3 ans sera établi par le groupe de travail.

2) Une négociation statutaire sera ouverte pour moderniser et adapter les statuts médicaux à l'hôpital.

D'ores et déjà comme annoncé par le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé dans sa lettre du 28 juillet 2011, des avancées sensibles au travers d'une évolution des cadres réglementaires existants, porteront sur :

- L'attribution de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) aux praticiens des hôpitaux à temps partiel et aux praticiens attachés.
- L'extension de l'assiette IRCANTEC pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel et aux praticiens attachés.
- Une amélioration du dispositif de retraite sur-complémentaire pour les personnels enseignants et hospitaliers titulaires tenant compte de leur vocation hospitalière.

- ◆ **Actions** :
 - Publication des projets de décret et des projets d'arrêtés d'application, relatifs à l'IESPE (voir annexes).
 - Publication d'un projet de décret modificatif du décret du 29 septembre 2010 pour l'élargissement de l'assiette IRCANTEC (voir annexes).

- Publication d'un projet de décret modificatif du décret 5 avril 2007 relatif à la retraite complémentaire des praticiens à statut hospitalier et universitaire (voir annexes).

- ◆ **Echéance** : Publication au plus tard à la fin du premier trimestre 2012.

Au-delà de ces publications réglementaires, la modernisation de la carrière hospitalière fera l'objet de l'ouverture d'une négociation statutaire débutant au premier semestre 2012. Il s'agira notamment :

a) De développer les conditions de mise en œuvre pratique d'une carrière modulable afin :

- D'attirer les jeunes praticiens à l'hôpital,
- D'encourager l'engagement des praticiens dans l'ensemble des activités ouvertes au sein de leur équipe ou dans l'établissement en valorisant à la fois notamment les soins l'enseignement et la recherche, l'expertise et le management.
- De valoriser la fin de carrière en optimisant les expériences acquises notamment par le tutorat et le consultanat.
- D'évaluer dans le cadre de bilans prospectifs et rétrospectifs les étapes de la vie professionnelle.

b) de définir un socle statutaire commun géré par le CNG adaptant la grille des rémunérations afin de revaloriser les débuts de carrières, limiter le nombre d'échelons et permettre des redéfinitions des quotités de travail.

c) de définir les conditions statutaires de reconnaissance contractuelle des engagements au sein de l'équipe d'exercice. Il s'agira notamment de prendre en compte les éléments de pénibilité liés à la participation à la permanence de soin et les conditions de décompte du temps de travail.

d) de réaliser la fusion des statuts de temps plein et temps partiel Ce cadre statutaire unique devrait permettre d'offrir aux praticiens une modularité de leur temps de travail et une adaptabilité de leur carrière en fonction de leur projet professionnel et personnel, en cohérence avec le projet collectif.

e) De la même façon une réflexion sur l'harmonisation, le rapprochement voire l'unification des différents statuts de praticiens contractuels (praticiens attachés, praticiens adjoints contractuels, praticiens contractuels, praticiens cliniciens) à l'exception de celui des assistants, sera conduite pour mettre fin à la trop grande disparité des modes de recrutement et de rémunération.

- ◆ **Echéance** : début de la négociation statutaire au premier semestre 2012

3) L'optimisation de la gestion du temps de travail médical à l'hôpital.

a) Mieux identifier le temps de travail médical disponible. Il est convenu de favoriser l'articulation entre les différents outils réglementaires et organisationnels afin de permettre l'interface et la cohérence entre le descriptif des activités figurant au TAPA et l'organisation du temps de travail médical sur la période considérée.

b) L'allègement des charges administratives. Il apparaît nécessaire d'objectiver les composantes de la charge dite administrative (traitement de l'information, gestion administrative ou logistique...). L'objectif est de progresser dans la médicalisation de la gestion et l'élimination des charges administratives indues et redondantes.

- ◆ **Action** : Un groupe de travail sera mis en place avec en appui la prestation d'un cabinet de conseil.

- ◆ **Echéance** : 2^{ème} semestre 2012.

c) Mieux maîtriser la gestion des comptes-épargne temps (CET) Le bilan dressé au terme de 10 années de mise en œuvre des CET des personnels médicaux montre la nécessité d'adapter le cadre réglementaire existant en ouvrant les conditions d'un droit d'option volontaire permettant l'utilisation des jours épargnés :

- soit par prise de congés,
- soit par indemnisation,
- soit encore par prise en compte au titre d'un régime de retraite de sur-complémentaire.

Ce nouveau dispositif apportera des réponses adéquates au traitement du « stock » et du « flux » de jours CET. L'objectif est bien une maîtrise du volume des jours capitalisés sur un CET et très rapidement leur décroissance.

- ◆ **Action** : Publication du nouveau dispositif réglementaire apportant les modifications nécessaires au code de la santé publique et organisation de son dispositif d'évaluation. (voir annexes)

- ◆ **Echéance** : Au plus tard fin du premier trimestre 2012.

d) Promouvoir la mise en place de procédures et d'outils qui ga-

rantissent la cohérence d'ensemble de la gestion du temps médical, sera assurée.

◆ **Actions :**

- Réalisation de tableaux annuels prévisionnels des activités (TAPA) et du temps médical correspondant (Hôpital : équipe, pôle ; ARS : commissions paritaires régionales - CPR).
- Organisation de temps de concertation sur la gestion du temps de travail au sein des pôles et des établissements et sur la base d'un recueil d'informations, au niveau régional dans le cadre des commissions régionales paritaires placées auprès des agences régionales de santé chargées d'une réflexion en vue d'une harmonisation régionale
- Réalisation d'un bilan des modes d'organisation du temps de travail introduits depuis la mise en place de l'ARTT et de l'intégration des gardes dans le temps de travail.
- Un bilan annuel de synthèse de l'évolution du temps médical et des CET sera réalisé et présenté à la commission nationale paritaire des praticiens hospitaliers placée auprès du CNG.

◆ **Echéance :** 2012

4) Un accompagnement plus personnalisé des carrières médicales.

a) Au niveau local et territorial

- La qualité de l'accueil et la définition claire de la place du jeune praticien au sein de l'équipe seront prioritaires.
 - La recherche d'une adaptation des conditions de vie au travail sera privilégiée (accès aux crèches, garderies, restauration, information, prise en compte de la pénibilité ...)
 - Le développement professionnel continu (DPC) devra être mis en place et intensifié pour permettre l'enrichissement et l'actualisation des connaissances et l'évolution des pratiques professionnelles.
 - La promotion de la recherche clinique et des publications scientifiques sera encouragée et développée.
- ◆ **Action :** Groupe de travail national chargé de produire des recommandations et éventuellement des propositions d'évolution réglementaire.

◆ **Echéance :** 2012.

b) Au niveau national

- Un accompagnement individualisé de la carrière sera développé par le CNG qui aura également à charge de constituer un vivier national de praticiens désireux de s'inscrire dans des parcours professionnels diversifiés.
 - Pour rapprocher l'offre de la demande, sur la base de profils de poste précis, une CV-thèque sera organisée par le CNG, dans le cadre de la bourse à l'emploi qu'il a mise en place.
 - Des passerelles professionnelles hospitalières permettant un parcours adapté aux attentes individuelles des praticiens en cours de leur carrière, seront facilitées par la DGOS/CNG en lien avec les ordres professionnels et les universités.
- ◆ **Action :** Un travail sera engagé sur ces deux dernières préconisations par le ministère chargé de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- ◆ **Echéance :** 2012

III- CREATION D'UN COMITE DE SUIVI

Il est créé un comité de suivi du présent accord-cadre, composé de la directrice générale de l'offre des soins ou ses représentants, de la directrice générale du Centre national de gestion ou ses représentants ainsi que des représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens, signataires de l'accord-cadre.

Les parties signataires participeront à l'ensemble des groupes de travail qui seront constitués pour accompagner la mise en œuvre des préconisations du présent accord-cadre.

Le comité de suivi se réunit en tant de que de besoin à la demande des parties signataires et au moins une fois par an. Il sera destinataire de la synthèse des travaux conduits au sein de chacune des commissions régionales paritaires.

Fait à Paris, le

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé du travail,
Xavier BERTRAND

Le Président de la Coordination
Médicale Hospitalière
Docteur François AUBART

Le Président du Syndicat National des
médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics
Professeur Roland RYMER

Le Président de l'Inter Syndicat National des
Chefs de cliniques assistants des hôpitaux Nationale
Docteur Julien ADAM

La Présidente de l'Inter Syndicale
Autonome représentative des Internes de Médecine Générale
Charline BOISSY

Le Président de l'Inter Syndicat National
des Internes des Hôpitaux
François PETITPIERRE

La Présidente de l'Inter syndicat
National des Praticiens Hospitaliers
Docteur Rachel BOCHER

Le Président de la Confédération
des Praticiens des Hôpitaux
Docteur Pierre FARAGGI

ANNEXES

- 1 – Projet de Décret en Conseil d'Etat relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers : attribution de l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif (IESPE) aux praticiens des hôpitaux à temps partiel et projet d'arrêté d'application.
- 2 – Projet de Décret relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers : Attribution de l'IESPE aux praticiens attachés temps plein et projet d'arrêté d'application.
- 3 – Projet de Décret 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.
- 4 – Projet de Décret modifiant le décret n°2007-527 du 5 avril 2007 relatif à la participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation.
- 5 – Projet de Décret modifiant le code de la santé publique et relatif au compte épargne-temps des personnels médicaux hospitaliers et projet d'arrêté d'application. ■



Bulletin d'adhésion pour l'année civile 2012

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 2012, 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