Ensemble avec aph

Nos propositions pour l'Avenir de l'hôpital

Mai 2024

Actions Praticiens Hôpital, qui réunit Avenir Hospitalier et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux, vous présente sa plate-forme commune de revendications. Il s'agit de la synthèse des revendications de l'ensemble des composantes syndicales, issues de nos réflexions en conseils d'administration et séminaires, et de l'ensemble des résultats de nos diverses enquêtes. Au total, plus de 100 demandes pour l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens hospitaliers de tous statuts, du praticien contractuel, assistant, CCA à l'hospitalo-universitaire, en passant par le praticien hospitalier titulaire.

APH a porté de nombreux sujets de vos préoccupations depuis 5 ans. Le temps syndical est un temps long, mais APH reste force de propositions et ne lâche jamais. C'est ainsi que nous avons enfin pu faire rouvrir le chantier de la permanence des soins : les gardes oubliées pendant le Ségur sont ainsi revalorisées, et pour les astreintes les travaux sont en cours de négociation à l'heure où nous écrivons ces lignes.

Si vous pensez que les 4 ans d'ancienneté non repris pour tous ou bien perdus pour les PH nommés avant 2020 sont une injustice qu'il faut résoudre,
si vous pensez que le Ségur n'a pas répondu à vos attentes,
si vous pensez que votre engagement quotidien n'est pas correctement pris en compte,
si vous pensez qu'une nouvelle gouvernance de l'hôpital est nécessaire,
si vous pensez qu'il est nécessaire de garantir la qualité et la sécurité des soins comme le juste équilibre entre vies professionnelle et personnelle,
si vous voulez soutenir un renouveau de l'hôpital public, car oui, c'est encore possible…

Lisez ce document,

Votez pour les listes « Ensemble avec APH » avec la CPH, AH et d'autres partenaires

Les élections professionnelles ont lieu du 11 au 18 juin 2024

Sommaire dynamique

Cliquez sur le titre d'un sujet pour lire nos propositions

STATUTS

CE QUI EST COMMUN À TOUT LE MONDE

- Temps de travail
- Permanence des soins
- Parentalité : grossesse et allaitement
- Parentalité : enfants
- Rémunérations : indemnités et primes
- Formation continue - DPC - Certification
- Santé au travail
- Compte épargne temps
- Congés maladie

SPÉCIFICITÉS STATUT DE CONTRACTUEL

- Statut unique de contractuel
- Concours de PH et nomination

SPÉCIFICITÉS DU STATUT DE PH

- Rémunérations : grille d'émoluments des PH
- Environnement du PH
- Carrière du PH
- Entretiens professionnels
- Valences non cliniques
- Activités d'intérêt général
- Exercice libéral extra-hospitalier
- Reconversion professionnelle
- Aménagement des fins de carrière
- Retraites

SPÉCIFICITÉS DU STATUT HU

- Quadruple mission, retraites

SPÉCIFICITÉS OUTRE MER

- Outre-mer

GOUVERNANCE

- La gouvernance administrative et médicale, équipe médicale exercice multisite
- Pôles et service
- CME et sous-commissions
- Services supports
- Directoire
- Groupement Hospitalier de Territoire

GESTION DES CONFLITS, REPRÉSENTATION SYNDICALE

- Dialogue social : représentation syndicale
- Dialogue social : moyens syndicaux
- Gestion des conflits
- Suspension à titre conservatoire

RESTRUCTURATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Pratique avancée
- Santé et territoires

GLOSSAIRE

Nos propositions pour l'Avenir de l'Hôpital

Mai 2024

Site APH

Direction de la publication : APH
Conception et édition : Createek
Crédits photos : Canva Pro - Adobe Stock

Copyright - tous droits réservés

Cliquez sur les logos pour revenir ici

Etat des lieux

- Le temps de travail – « temps où le praticien est à disposition de l'employeur » - comprend le temps de travail clinique et non clinique, gardes sur places et déplacements en astreinte compris.

- Le temps non déplacé en astreinte et l'activité de télémédecine ne sont pas décomptés en « temps de travail » (cf. chapitre Permanence des soins).
- Obligations de service :
  - → Assistants, PH :
    - ☛ 10 DJ par semaine, maximum 48 heures, moyenné au quadrimestre
    - ☛ Dérogation temps continu
      - Médecine d'urgence 39 heures cliniques + forfait non posté
      - Volume horaire non défini : anesthésie-réanimation, médecine intensive réanimation, réanimation pédiatrique et néonatale, gynéco-obstétrique dans le cadre de l'obstétrique, si maternité > à 2000 accouchements par an
  - → Praticiens contractuels : selon contrat, maximum 48 heures moyenné au quadrimestre
  - → HU (CCA, MCU-PH, PU-PH), PH :
    - ☛ 11 DJ par semaine, maximum 48 heures, moyenné au quadrimestre
    - ☛ Dérogation temps continu idem PH
- Décompte horaire obligatoire, mais rarement réalisé en dehors du temps continu : dépassement du volume horaire dans les obligations de service, 5ème DJ de garde non valorisée.
- Temps de travail additionnel
  - → Au-delà des obligations de service, pas de borne supérieure
  - → Sur la base du volontariat (principe et nombre de plages de TTA)
  - → Récupéré ou rémunéré ou versé au CET, au choix du praticien
  - → Contractualisation
  - → Rémunération sur décompte au quadrimestre

- Absence de définition nationale de la durée de la demi-journée, sauf dans certains cas :
  - → 3ème DJ de jour sur les plateaux techniques : 1 DJ = 5 heures cumulées ou 3 heures d'affilée
  - → Déplacement en astreinte : 1 DJ = 5 heures cumulées ou 3 heures d'affilée
  - → TTA : 1 DJ = 5 heures
- Autorisation dérogatoire de travailler 24 heures d'affilée.
- Repos de sécurité obligatoire après une période de permanence des soins (11 heures après le dernier déplacement en astreinte, 24 heures après une garde de 24 heures) – cf. chapitre Permanence des soins.
- Nombreux arrangements locaux plus ou moins légaux sur le décompte du temps de travail et/ou sa rémunération.

Temps de travail

Propositions

1. Le décompte horaire du temps de travail (cf. rappel dans l'arrêt du Conseil d'Etat 22 juin 2022) doit être appliqué.
2. Application de l'arrêté du 30 avril 2003 pour le seuil de déclenchement du TTA
   - → Au-delà des obligations de service
   - → Au-delà de 48 heures, lorsque le volume des 10 DJ hebdomadaires dépassent 48 heures
3. Contractualisation du TTA
4. Accès des HU (CCA, MCU-PH et PU-PH) au TTA
5. Les obligations de service doivent être réduites à 39 heures (déclenchement du décompte du TTA à partir de la 40ème heure de travail)
6. Jour de repos hebdomadaire obligatoire (ne pas travailler 15 jours consécutifs)

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Etat des lieux

- La permanence des soins (hors WE JF) ne peut dépasser 14 heures par jour.

- Continuité des soins, permanence des soins. Cette distinction purement administrative (et financière) ne reflète pas la réalité du travail réalisé la nuit, le week-end et les jours fériés.

Gardes

- La garde sur place est décomptée 2 DJ (soit 4 DJ pour 24 h) ce qui est contraire à la règle de 10 DJ = 48 h max. Ce paradoxe est connu depuis 20 ans par les tutelles. APH demande qu'une garde soit décomptée 3 DJ (soit 5 DJ pour 24 heures. Les signataires du Ségur (INPH, SNAM-HP, CMH) ont refusé d'inscrire la 5ème demi-journée dans les accords du Ségur, au profit de la majoration des rémunérations de fin de carrière.

- Dans de nombreux établissements, cette règle est officieusement appliquée, via des manipulations frauduleuses du tableau de service, avec la bénédiction de la gouvernance administrative et/ou médicale.

- Le repos quotidien après une garde de 24 heures est dû à tous les praticiens hospitaliers.

- La durée de travail d'un praticien de garde est classiquement de 24 heures d'affilée. Les enquêtes récentes d'APH montrent qu'une évolution sociétale est en cours à ce sujet, et la demande de réduction des gardes « lourdes » à 12 ou 18 heures émerge nettement.

- Ces mêmes enquêtes montrent que l'activité du samedi matin est une activité de permanence des soins dans les plateaux techniques.

Astreinte

- Le temps à disposition de l'employeur concerne toute l'astreinte. Il n'est pourtant pas décompté comme tel, contrairement à la garde. Ce temps de travail est très mal compté, d'autant que plusieurs méthodes de décompte de ce temps de travail et de rémunération sont proposées actuellement, laissant dans le flous les praticiens et les directions. Au pire (et c'est fréquent), le temps en astreinte (qui génère potentiellement du TTA) n'est pas décompté !

- Le temps décompté comprend le temps de déplacement, trajet inclus (dans la limite de 2 allers-retours par astreinte). Il exclut toute l'activité de télémédecine (avis téléphonique, téléprescription, téléconsultation, télédiagnostic, téléradiologie…).

- Le repos quotidien est dû : 11 heures après le dernier déplacement, mais cette règle est régulièrement violée.

- Ce dossier fait l'objet d'une négociation en cours, qui devrait être achevée au moment des élections professionnelles.

Permanence des soins

Propositions

7. Fusion des termes « permanence des soins » et « continuité des soins » pour la description du travail réalisé hors heures ouvrables (nuits, week-ends et jours fériés).

8. Intégration du samedi matin à la permanence des soins.

9. Dans les services à décompte en demi-journée : 1 nuit de garde = 3 DJ.

10. Dans les services à forte contrainte de permanence des soins en nuit profonde (22 h – 8 h), limitation de la durée du travail en garde à 14 heures maximum en semaine.

11. Intégration de l'intégralité du temps d'astreinte aux obligations de service.

12. Au minimum, décompte de l'intégralité du temps de travail (déplacement et téléexpertise)
    → Soit au réel
    → Soit forfaitisée : définition d'un temps moyen, ajusté à l'activité annuelle en astreinte, et révisé annuellement

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Parentalité : grossesse et allaitement

Etat des lieux

- Absence d'aménagement réglementaire des conditions de travail des femmes enceintes.
  Congés maladies fréquents avant le congé maternité (MAP…).
  Mise en évidence d'un suivi de grossesse inférieur au suivi médical recommandé, surtout lorsque la femme a un haut volume horaire hebdomadaire (2024, étude française).
- Perte de revenus liés à la dispense de garde : cette perte de revenus est compensée par certains organismes de prévoyance, mais pas tous
- Absence de remplacement d'une femme enceinte pendant son congé maternité (souvent).
- Absence d'aménagement réglementaire des conditions de travail des femmes au retour du congé maternité, y compris celles allaitant leur(s) enfant(s).

Propositions

Grossesse

13. ASA de droit pour toutes consultations médicales de la grossesse.

14. Aménagement des conditions de travail si besoin, incluant "l'heure de grossesse" déjà attribuée aux personnels paramédicaux.

15. Limitation stricte des obligations de service à 48 heures max (arrêt du TTA, avec suspension du contrat de TTA)

16. Arrêt des gardes et astreintes de droit dès le diagnostic de grossesse posé.

Si allaitement maternel

17. Allongement du congé maternité

18. Dispense de garde et astreinte

19. Complément de salaire indexé sur le TTA et les gardes réalisés dans les mois précédant la grossesse

20. Organisation d'un espace (et sanctuarisation du temps) pour tirer son lait dans la journée.

Congés maternité

21. Ouverture systématique d'un poste de contractuel (type 1) lors d'un congé maternité, y compris s'il est précédé d'un congé maladie, et recherche active de recrutement.

Parentalité : enfants

Etat des lieux

- Volume horaire lourd et peu compatible avec la parentalité.
- Difficultés de modes de gardes liées aux horaires atypiques des praticiens hospitaliers. Sujet du mercredi.
- Familles monoparentales : ces problèmes sont amplifiés +++

Propositions

22. Crèche H24 pour les enfants des professionnels de santé, y compris les praticiens hospitaliers, dans le lieu d'exercice du praticien.

23. Pour les pères et les mères : diminution de *droit* de la quotité de travail de la naissance à la fin de la scolarisation des enfants (retour à l'ancien « temps réduit ») avec possibilité de retrouver sa quotité antérieure à l'issue.

24. Priorisation sur les congés scolaires et sur la libération des mercredis pour les parents d'enfants en âge scolaire.

25. Harmonisation des droits à congés liés à la parentalité avec ceux des paramédicaux, notamment 14 jours de congés après le deuil d'un enfant et non 3 jours.

Etat des lieux

- Le Président de la République a indiqué lors de ses vœux aux professionnels de santé le 6 janvier 2023 une convergence de l'indemnisation de la permanence médicale des soins entre secteur public et secteur privé.

- La rémunération du travail en permanence des soins est, pour les praticiens publics, la résultante « indemnité de sujétion + émoluments de base », tandis que pour les praticiens du privé, il s'agit de « indemnité de sujétion + tarification à l'acte ». Certaines indemnités de sujétion atteignent 150 euros par heure !

- Les gardes ont été revalorisées à + 50 % au 1er janvier 2023 (soit un tarif de 346 euros pour les praticiens associés, 422 euros pour les PH, 755 euros pour les HU (en euros bruts), pour une journée ou une nuit de garde). La demande était un doublement de la garde de PH et une harmonisation de la rémunération des gardes quel que soit le statut.

- Les astreintes ont un mode de rémunération multiple et très complexe, tant et si bien que nombreux praticiens et administratifs se perdent. La réécriture de l'arrêté du 30 avril 2003 est impérative à ce sujet.

- Le temps de travail additionnel ne se conçoit qu'en journée, puisqu'il s'agit de volontariat, la permanence des soins étant une activité statutaire obligatoire. Le TTA de nuit ne doit plus exister depuis 2017, or, certains praticiens sont encore rémunérés la nuit sur un différentiel (TTA de nuit – indemnité de sujétion). A la différence des médecins libéraux, ces heures supplémentaires ne sont pas défiscalisées intégralement, mais uniquement en-deçà de 7500 euros par an.

- L'IESPE est octroyée aux praticiens qui n'ont pas d'activité privée et qui ont signé un engagement de trois ans dans ce sens. Elle est censée compenser la rémunération liée à l'activité libérale. Or, de nombreux praticiens ne se sont pas vu proposer un contrat pendant des années alors qu'ils n'avaient pas fait de demande d'activité libérale, et se sont vu refuser le versement a posteriori de l'IESPE. En outre, l'IESPE (1010 euros bruts depuis le Ségur) n'arrive pas à hauteur de la moyenne de l'activité libérale déclarée par les praticiens.

- Alors que l'exercice partagé devient de plus en plus fréquent, le sujet de la prime d'exercice territorial a été évacué lors des négociations sur le statut de PH (au profit de la création de la prime de solidarité territoriale). Les tarifs actuels de la PET sont très nettement sous-évalués : 250 à 1000 euros bruts par mois pour une activité d'une à 4 demi-journées par semaine, évolution non linéaire. Par ailleurs, lorsque les différents sites appartiennent au même établissement (ou lorsque des établissements fusionnent), cette prime n'est plus attribuée, pour une raison de logique administrative alors que la contrainte est la même pour le praticien.

- Enfin, plusieurs primes et indemnités ne sont pas indexées sur le point d'indice ou sur l'inflation.

Rémunérations : indemnités et primes

Propositions

26. Harmonisation de l'indemnisation des gardes pour l'ensemble des statuts, soit garde au tarif actuel des HU pour tous (755 euros bruts par garde)

27. Forfaitisation systématique des astreintes, ajustée à l'activité moyenne annuelle, révisée annuellement, dans une fourchette allant de 180 euros (base) au tarif de la garde (astreinte lourde)

28. Suppression des astreintes de sécurité

29. Suppression du TTA de nuit

30. Revalorisation du TTA
→ Soit sur un tarif unique de 650 euros bruts
→ Soit sur la base des émoluments du praticiens, majorée de 25 % de la 40ème à la 48ème heure et de 50 % au-delà

31. Défiscalisation de l'intégralité du TTA

32. Obligation lors de l'arrivée d'un PH de lui proposer un contrat d'IESPE (tracer cette proposition)

33. IESPE à 3000 euros bruts

34. Revalorisation de la PET à définir : doublement des tarifs planchers et plafonds, progression linéaire.
Attribution de la PET dès que le praticien exerce sur deux sites géographiquement distincts, que ces sites aient ou non une direction commune

35. Indexation de l'ensemble des indemnités et primes sur l'évolution du point d'indice

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

DPC et Certification Périodique des Praticiens Hospitaliers : un casse-tête à simplifier pour arrêter d'empiler des couches de mille feuilles qui ne débouchent jamais sur rien et découragent les Praticiens.

Etat des lieux

- La formation continue est une obligation déontologique et statutaire.
- Les praticiens hospitaliers ont des jours de formation dans leur statut (15 jours pour les PH et les praticiens contractuels ; intégration aux ASA pour les HU). Ces jours de formation ne sont que rarement utilisés en totalité.
- La formation des praticiens est très mal financée.
- Le DPC (développement professionnel continu) ne fonctionne pas pour les praticiens hospitaliers.
- La certification périodique est en vigueur depuis le 1er janvier 2023, mais les dispositifs de mise en œuvre sont encore en chantier… elle s'articule autour de 4 piliers :

  Actualiser les connaissances et les compétences
  Renforcer la qualité des pratiques professionnelles
  Améliorer la relation praticien – patient
  Prendre en compte sa santé personnelle

Formation continue - DPC - Certification

La mise en place de ces actions doivent toutes être prises en comptes afin de permettre aux Praticiens Hospitaliers de valider les critères de leur certification périodique.

Propositions

DPC et accréditation

36. **Faire disparaitre le DPC** qui doit être inclus dans les 2 premiers blocs de la certification périodique des Praticiens Hospitaliers.
37. **Supprimer l'ANDPC trop rigide** et stérilisante et donner les financements du DPC directement aux organismes collecteurs (ANFH)
38. **Intégrer l'accréditation**, individuelle ou au sein d'une équipe, des Praticiens Hospitaliers dans les spécialités à risques dans le dispositif de certification périodique.

Certification

39. **Prévoir un financement spécifique** ET SUFFISANT et pas seulement une valorisation d'actions déjà existantes qui sont loin d'absorber les coûts nécessaires.
40. **Articuler la certification périodique** des Praticiens Hospitaliers avec la certification des établissements dans lesquels ils exercent.
    Tenir compte des besoins locaux définis par les CME dans leur commission formation.
41. **Reconnaitre l'importance des formations** en augmentant le nombre de journées de formation et notamment pour formation syndicale entrant dans le bloc 4.
42. **Favoriser les actions de formations** transversales multidisciplinaires et pluriprofessionnelles.
43. **Respecter l'indépendance professionnelle**, les choix personnels et les différents modes d'exercices parfois partagés dans l'espace et le temps.
44. **Accompagner les formations longues** (DU, DIU…) et les évolutions professionnelles avec éventuels changement de spécialité.

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Propositions

45. Valoriser les activités d'enseignement (universitaires et non universitaires) et d'encadrement des étudiants (médicaux mais également paramédicaux et sociaux).

Souligner l'importance de participer à des travaux de recherche : intégration à une équipe de recherche, participation aux comités scientifiques des sociétés savantes, participation aux travaux des CNP, participation aux travaux de l'HAS, présentation de Communications Orales ou Affichées aux Journées des Sociétés Savantes, Modérations de sessions dans des congrès ou journées scientifiques, rédactions d'articles dans des revues professionnelles…

46. Donner du poids à la prise de responsabilités professionnelles : responsabilité de structures internes, chefferie de service et de pôle, participation à la CME et/ou à son bureau, Directoire, Conseil de Surveillance en valorisant les formations au management etc.
Participation et prise de responsabilité au sein des instances internes CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, …), territoriales (participation aux CRP, CRSA…) et nationales (participation aux commissions de qualification de sa spécialité).

Être membre du Conseil d'Administration +/- bureau de Sociétés Savantes, participation à des groupes de travail nationaux par exemple ministériels sur les évolutions des métiers, participation aux travaux du CNG : participation aux CSN, CD, CSPM, CA…).

47. Mettre à disposition des Praticiens Hospitaliers une plateforme d'utilisation simple indépendante et intuitive par l'organisme en place (Agence Numérique en Santé).

Un compte individuel facilement accessible, consultable et simple à renseigner et en mettant en place des passerelles pour éviter les re-saisies entre le service formation de l'établissement du Praticien Hospitalier et la plateforme de l'Agence Numérique en Santé.

48. Outremers : au moins un billet d'avion par an pour se rendre à un congrès

Etat des lieux

- Absence de suivi des praticiens hospitaliers dans les services de santé au travail, alors qu'ils sont exposés à des pathologies professionnelles (la plupart du temps, ils ne sont même pas intégrés au DUERPI) et exercent des métiers « à risque ».
- Pénurie de médecin de santé au travail.
- Problème de l'indépendance professionnelle du médecin du travail lorsqu'il est recruté par le directeur d'établissement (asservissement).
- Contexte sociétal de sédentarité.
- Volumes de travail difficilement compatible avec une activité sportive régulière (30 minutes par jour = recommandation 2024).

Propositions

49. Suivi des praticiens par SST

50. Nomination des médecins de santé au travail sur des postes de PH

51. Représentation syndicale locale, quand elle existe - et à susciter lorsqu'elle n'existe pas - pour travailler avec les DAM et SST sur les RPS, les arrêts maladie…

52. Disposer d'un équipement de sport mais aussi de détente, d'un lieu de repos à l'intérieur et à l'extérieur

Compte Epargne Temps

Le CET est ouvert pour les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels, les assistants.

Etat des lieux

- Le CET est abondé
  - → Par les CA non pris (max 5 CA par an, à condition que 20 CA aient déjà été pris)
  - → Par les RTT non pris
  - → Par le TTA non récupéré non rémunéré
- Actuellement, compte tenu de la pénurie médicale dans les établissements dans certaines spécialités, le nombre de RTT non pris et le volume de TTA réalisé pourraient faire exploser le CET.
- Le nombre de jours épargnés que l'on peut verser au CET est de 20 jours par an (sauf mention contraire).
- Le nombre maximum de jours sur le CET est de 208 (dépassement possible sous réserve d'accord de l'ARS via la CRP).
- Les jours inscrits sur le CET peuvent être posés ou indemnisés.
- L'indemnisation du CET est de 300 euros bruts (donc moins que le TTA, dont la rémunération est déjà inférieure aux émoluments), et ne donne pas lieu à versement à l'IRCANTEC.

Propositions

53. Ouverture d'un CET à l'ensemble des praticiens.

54. Indemnisation des jours de CET à hauteur d'un jour de TTA.

55. Abondement à l'IRCANTEC.

Congés maladie

Etat des lieux

- La compensation de rémunération lors d'un arrêt maladie (indemnités journalières SS + complément par l'établissement) se limite à la seule grille d'émoluments, sans les indemnités et primes : ni indemnités de sujétion garde et astreinte, ni IESPE, PECH, PET, prime de chefferie de service ou de pôle.
- Les reprises à temps partiel thérapeutique nécessitent l'avis d'un comité médical, dont la réunion est souvent compliquée à organiser (perte de temps). Une réforme du comité médical était en cours au printemps 2023, mais semble s'être interrompue.

Propositions

56. Compensation de l'intégralité des revenus du praticien : émoluments de la grille salariale, indemnités de sujétion (gardes/astreintes - sur les données de l'année N-1), IESPE, PECH, PET, prime de chefs de service / chef de pôle / PCME.

57. Reprise des travaux de la réforme du comité médical.

58. Simplification des démarches pour reprise à temps partiel thérapeutique et prolongation d'un temps partiel thérapeutique.

Statut unique de contractuel

Etat des lieux

- Recrutement par le directeur d'établissement
- Durée limitée
- 4 types de statut
  - → Type 1 : remplacement, accroissement temporaire d'activité
  - → Type 2 : difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins de territoire (amélioration de l'ancien « statut de praticien clinicien »)
  - → Type 3 : dans l'attente d'inscription sur liste d'aptitude
  - → Type 4 : coopérations ville-hôpital (anciennes « vacations »)
- Disparition des grilles d'échelon : rémunération négociée entre le praticien et le directeur

Propositions

59. Homogénéisation des rémunérations des PH et des types 2 pour que ces statuts ne soient pas concurrentiels.

Ainsi que les propositions de 1 à 59.

Concours de PH et nomination 1/2

Les statuts de PH, contractuels et HU ont été réformés en février 2022.
La possibilité d'être recruté comme PH titulaire a été accélérée : possibilité de devenir PH dès la sortie de l'internat.

Etat des lieux

Concours de PH

- Sans condition d'ancienneté
- Docteurs juniors peuvent se porter candidat
- Concours national, format unique, entretien présentiel sauf circonstances exceptionnelles (à signaler au plus tard en décembre pour un concours en mars)

Lauréats au concours

- Inscription sur liste d'aptitude nationale
- Validité du concours = 4 ans
- La première année de PH est une année probatoire

Nomination

- Nomination nationale par le Centre National de Gestion
- 2 tours de recrutement (printemps, automne) et possibilité de nomination « entre deux tours »
- Profil de poste, avec mention d'une quotité de temps de travail (50 à 100 %), de l'activité médicale, d'une activité partagée le cas échéant, de mise à disposition de la possibilité d'activité libérale
- Pouvoir d'affectation du directeur

Période probatoire

- Durée 1 an
- Entretiens professionnels à 6 mois et 1 an

Concours de PH et nomination 2/2

Propositions

Concours de PH

60. Maintien d'un concours national.

61. Possibilité de modifier le mode de présentation au concours (présentiel, distanciel particulièrement pour les candidats résidant en outre-mer ou dans le cadre de la grossesse) jusqu'à la date de l'épreuve en cas de force majeure.

Nomination

62. Maintien d'une nomination nationale sur un poste clairement choisi, pas de pouvoir d'affectation du directeur.

63. Transparence de la parution des postes vacants, avec obligation de fournir une fiche de poste.
Actualisation en temps réel de la liste des postes vacants.
Republication systématique des postes non-pourvus.

Les lauréats au concours doivent être nommés immédiatement sur un poste de PH titulaire si un recrutement est prévu dans l'établissement où ils exercent déjà :

64. Suppression de l'attente sur un poste de contractuel s'il existe un poste de PH vacant, et sinon, attribution de l'IESPE en sus de la rémunération de contractuel.

65. Suppression de la période probatoire en tant que senior.

Rémunérations : grille d'émoluments des PH

Etat des lieux

- Les émoluments des praticiens hospitaliers suivent une grille d'échelons, calculée sur l'ancienneté du praticien.
- Injustice des années de PH provisoire qui n'ont pas été intégrées à l'ancienneté pour les praticiens hospitaliers nommés avant 2006.
- Injustice des 4 ans d'ancienneté qui n'ont pas été donnés aux praticiens hospitaliers nommés avant le 1er octobre 2020. Cette demande avait été faite au Ségur de la Santé par APH, mais refusée par les signataires du Ségur – INPH, SNAM-HP et CMH, au profit de la création de 3 échelons de fin de carrière.
- Outre la perte financière « au fil de l'eau » (des dizaines de milliers d'euros sur une carrière), la plupart des PH nommés avant 2020 n'arriveront pas au bout de la grille d'échelon adoptée suite au Ségur.
- Incitation à prendre des contrats de type 2 plutôt que des postes de PH, compte tenu de leur rémunération nettement supérieure. L'existence de ces contrats a un deuxième effet, l'impossibilité de recruter ensuite un jeune sur un poste de PH, moins rémunéré, pour le même travail. Il faut donc rééquilibrer la grille d'émoluments des PH pour qu'elle soit de nouveau concurrentielle avec les contrats de type 2.

Propositions

66. APH fait une proposition de triple grille qui résout l'ensemble de ces injustices :
→ Correction de l'injustice des années d'anciennetés perdues ou spoliées
→ Valorisation de l'investissement durable dans l'hôpital public (accélération de carrière)
→ Objectif de rémunération en fin de grille au moins à hauteur du plafond des types 2.

Etat des lieux

- Rien n'est prévu réglementairement pour l'accueil et l'intégration d'un praticien hospitalier dans un établissement.
- De même, rien n'est prévu réglementairement pour les besoins matériels des praticiens, en journée comme en garde.

Propositions

67. « un PH = un bureau », dès le jour de son arrivée.

68. Une blouse neuve nominative et un badge (des tenues spécifiques en fonction du lieu de travail (bloc, urgences…) dont des sabots).

69. Un poste de travail personnel et non partagé pour les PH et non-titulaires à plus de 50%. Pas de bureau en d'open-space.

70. Un accès règlementé à un local de consultation.

71. Un ordinateur, une connexion au réseau et à distance, des identifiants et formation aux logiciels métiers.

72. Accès simplifié, fluide et ergonomique au système d'information de l'établissement (badge / RFID, biométrie).

73. Un accès à un logiciel de visioconférence (sans limitation de durée de réunion) avec caméra et son, accès aux logiciels de bureautique (Pack Office).

74. Un filtrage raisonné d'internet (pas de filtrage sur messagerie perso, ni sur sites médicaux), accès aux sites d'information médicale sans restriction (y compris les sites comportant des vidéos d'enseignement médical).

75. Accès à "mon espace Santé" (dossier médical partagé, dossier pharmaceutique).

76. Une imprimante (couleur) A4.

Propositions

77. Un accès libre à : stylos, marqueurs, feuilles A4 pour imprimer et tout ce qui est de la papèterie.

78. Une adresse mail professionnelle.

79. Un secrétariat (partagé).

80. Une information précise sur les réunions de services, staffs et autres (dates, missions personnes conviées).

81. Un accès immédiat au trombinoscope médical et administratif et syndical minimal nécessaire (cf. organigramme).

82. Un DECT, accessible de l'extérieur de l'hôpital.

83. Un téléphone d'astreinte le cas échéant.

84. Un accès aux ordinateurs via la carte CPS.

85. Une place de parking nominative **ou** parking réservé pour les professionnels PH et HU correctement dimensionnée OU une place sécurisée pour garer une moto / scooter / vélo. Borne de recharge électriques accessibles.

Intégration du PH : procédure d'accueil

86. Existence d'un référent « accueil » dans l'hôpital, qui a pour mission

- ☛ De simplifier l'arrivée du PH,
- ☛ De présenter le nouveau PH à l'hôpital dès son arrivée (par exemple, mail avec présentation succincte du PH, de son parcours et de ce qu'il va développer dans l'établissement, activité multisite, libérale etc.),
- ☛ De présenter le nouveau PH à l'équipe soignante, aux médecins de ville etc. pour favoriser le lien ville-hôpital et le recrutement : diffusion régulière des mouvements du personnel médical aux médecins et structures libérales du territoire.

Propositions

87. Livret d'accueil (papier ou dématérialisé) et les documents suivants, s'ils existent :
- Organigrammes direction, notamment DAM, et des instances (CLAN CLIN CLUD COPS hémovigilance etc.) + des services,
- RI de l'hôpital,
- RI de la CME, de la COPS,
- RI du temps de travail des praticiens,
- Conditions d'exercice de la télémédecine, téléconsultation,
- Représentation syndicale médicale – délégués locaux s'il y en a, composition de la CRP, OS représentatives au plan national (lien vers les différents sites).

88. Visite obligatoire à la médecine du travail, information sur les risques professionnels.

89. Information sur le statut de PH, notamment : obligations de service, services qui ont des contrats de TTA, modes de rémunération des astreintes, modalités des exercices multi-sites (tableau de service, rémunération etc.).

90. Invitation à la CME pour se présenter en « présentiel ».

91. Pas d'activité les deux premiers jours, pas de garde avant 15 jours
- → Formalités administratives, badges etc.
- → Formation aux logiciels
- → Visite des locaux, chambres de gardes etc.

Une préservation de l'équilibre vie professionnelle vie personnelle

92. Facilitation de recrutement du conjoint si professionnel de santé.

93. Crèche de droit pour les enfants en bas âge + garderie et transport dans école à proximité de l'hôpital pour enfants d'âge scolaire.

94. Facilitation d'accès à activités sportives et culturelles via un comité d'entreprise type CGOS ou AGOSPAP.

95. Pause méridienne
En cas d'absence de pause méridienne possible (plateaux techniques, services d'urgence) : repas fourni ou compensation par ticket-restaurant systématique.

Propositions

Permanence des soins : garde sur place

96. Chambre de garde : doit être obligatoirement prévue
- Ménage fait, lit fait, couverture, oreiller etc.
- Télévision
- Accès internet
- Accès aux logiciels patients pour bilans et prescriptions
- Salle de bain avec douche et serviettes de toilette
- A distance raisonnable du service / du bloc / de la maternité / des urgences pour être rapidement présent en cas d'urgence vitale.

97. Repas fournis (y compris petit déjeuner), qualité et quantité (+/- en-cas milieu de nuit).

Permanence des soins – astreinte de nuit

98. Lieu de repos : idéalement chambre de garde ; au minimum, un canapé ou lit pliant fourni dans le bureau + un accès à une douche.

99. Accès à des collations.

100. Qualité de vie au travail hors travail médical
- → Salle de sport / fitness / yoga… dans l'hôpital, accessible y compris en garde,
- → Salle de musique dans l'hôpital, accessible y compris en garde,
- → Sanctuarisation de 30 minutes « sans téléphone » en pré-garde (si 24 heures) pour pouvoir se reposer, faire du sport, de la musique etc.

Carrière du Praticien Hospitalier

Etat des lieux

- La carrière de PH est gérée par le Centre National de Gestion.
- Titularisation au bout d'un an, sauf dans les situations complexes.
- Entretiens professionnels en cours de carrière.
- Changement de quotité de temps de travail
  - → De droit : congé parental, pathologie d'un enfant ou d'un ascendant, étude ou recherche, congé de formation,
  - → Sinon, soumis à avis gouvernance.
- 2 instances au sein du CNG
  - → Commission Statutaire Nationale (CSN) : en cas de non-titularisation à l'issue de la période probatoire, en cas d'insuffisance professionnelle,
  - → Conseil de Discipline : en cas de situation pouvant donner lieu à sanction.

Propositions

101. Pas de changement de fiche de poste sans l'accord du praticien.

102. Suppression du pouvoir de sanction du directeur, qui doit être redonné au Conseil de Discipline.

103. Si les sanctions de 1er degré restent au niveau de l'établissement, composition d'une CME restreinte, composée uniquement de praticiens élus et du PCME (en excluant les praticiens ayant un conflit d'intérêt dans le dossier), pour encadrer la procédure.

104. Convocation dans un délai suffisant pour que le praticien puisse se faire assister (représentant syndical, avocat) soit au moins 1 mois.

105. Visa de la conformité de la décision par la Commission Régionale Paritaire (CRP) dans un délai raisonnable. En cas de désaccord de la CRP, transfert du dossier en CSN (ou CD), comme c'est déjà le cas pour les HU.

106. Information des praticiens sur la protection fonctionnelle qui est un droit opposable.

107. Application stricte de la réglementation sur la protection fonctionnelle « de droit » dès la demande du praticien – avec sanction de l'établissement en cas de refus.

108. Droit de regard du CNG (CSN) sur les réaffectations en cours de carrière, pour affectation ou réaffectation non conforme.

109. Ratio de professionnels titulaires (> 80 % quotité de temps de travail) dans les équipes pour assurer la stabilité des équipes.

110. Retour de droit à une quotité de travail à temps plein (ou antérieure, ou supérieure) après une réduction de quotité de travail motivée par l'éducation des enfants.

Entretiens professionnels

Etat des lieux

- Nouveau dans le statut de PH.
- Réglementaire, annuel.
- Avec le n+1.
- Permet de discuter des projets du praticien et de la convergence entre son projet et les attentes du service.
- N'est pas un entretien d'évaluation.
- Confidentialité, traçabilité : archivage uniquement après signature des interlocuteurs.

Propositions

111. Intégration du temps de l'entretien professionnel dans le temps de travail.

112. Pour le n+1 : moyens supplémentaires (temps) spécifique pour les entretiens de service et à la rédaction du compte-rendu.

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Valences non cliniques

Etat des lieux

- Les praticiens hospitaliers et contractuels > 80 % : 1 DJ de droit + 1 DJ par semaine sur avis de la CME.
- Praticiens hospitaliers temps partiels.

Propositions

113. Les praticiens hospitaliers travaillant plus de 80 % : deux demi-journées de droit par semaine.

Activité d'intérêt général

Etat des lieux

- Les praticiens hospitaliers travaillant plus de 80 % : une demi-journée de droit et une demi-journée sur avis de la CME.
- Les PH doivent pouvoir réaliser des AIG auprès de différents établissements du secteur médicosocial et éducatif sur leur secteur, pour des soins spécifiques, parfois de l'enseignement, des actions de conseil et de travail en réseau, du travail institutionnel et parfois de la supervision des équipes multidisciplinaires.
- L'établissement de santé, s'il offre du temps médical, bénéficie en retour de cet investissement : ce travail favorise la fluidité des parcours, participe à la qualité des soins.
- Une convention entre l'hôpital et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité, et prévoit le cas échéant, le remboursement total ou partiel de l'hôpital.
- De nombreuses directions ont revu toutes les conventions, et exigé un remboursement à leur profit. De nombreux praticiens ont choisi de ne plus intervenir dans le cadre d'AIG, regrettant à la fois des effets délétères sur les patients comme sur travail de réseau et de partenariat, et une perte de sens et d'attractivité dans leur activité professionnelle pour eux.

Propositions

114. Les praticiens hospitaliers travaillant plus de 80 % : deux demi-journées de droit.

115. APH demande un cadre juridique clair et sécurisant aux AIG, reconnaissant et favorisant le travail du praticien.

Exercice libéral extra-hospitalier

Etat des lieux

- Exercice mixte
  - → Activité libérale extra-hospitalière possible si la quotité de travail est supérieure à 50 % dans le cadre du statut de PH,
  - → Quelle que soit la quotité : possible dans le statut de contractuel.

- Clause de non-concurrence
  - → en cas d'exercice mixte : 10 km,
  - → en cas de départ (disponibilité / démission) : 10 km, max 2 ans,
  - → pas de compensation financière (contrairement à la clause de concurrence dans le secteur privé),
  - → Application non systématique.

Propositions

116. Clause de concurrence : si la clause de concurrence est appliquée, une compensation financière similaire à celle qui est prévue dans le secteur privé doit être appliquée au praticien.

Reconversion professionnelle

Etat des lieux

- Peu de dispositifs actuellement. 2ème DES (+ FST) depuis 2023, accompagnements du CNG pour changer d'orientation professionnelle.
- Tentatives de reconversions dans certaines régions, restées confidentielles.

Propositions

117. Accompagnement du CNG en cas de reconversion professionnelle pour cause de handicap Information sur ce dispositif auprès des praticiens.

118. Organiser au niveau régional un dispositif de reconversion professionnelle financé par les ARS.

Aménagement des fins de carrière

Etat des lieux

- Des dispositifs existants sont déjà utilisés par les praticiens hospitaliers avec parfois quelques difficultés de mise en œuvre.
- La retraite progressive se heurte au délicat problème de la quotité de temps de travail puisqu'elle se base sur la durée hebdomadaire légale de travail qui ne correspond que rarement à celle d'un praticien hospitalier. De même, l'absence d'indication de la durée de temps de travail sur la fiche de paie complexifie parfois l'accès à ce dispositif.
- Cumul emploi retraite. Il est rarement favorable aux praticiens puisque très souvent la rémunération des contrats proposés est très inférieure à celle du dernier échelon de la grille salariale. On observe le même phénomène pour la prolongation d'activité.
- A 60 ans et même avant, un praticien hospitalier n'a ni l'envie, ni souvent la capacité d'avoir la même activité clinique, en termes de nature, durée, contrainte qu'un de ses collègues âgé de 30 ans. C'est pourtant ce qui est actuellement imposé…

Propositions

119. La participation à la permanence des soins devrait pouvoir être réduite à partir de 55 ans et devenir facultative à partir de 60 ans sans impact majeur sur la rémunération du praticien. Le fractionnement des périodes de travail de 24 heures devrait être accepté sur simple demande de ces praticiens.

120. Conserver les talents et utiliser à bon escient les compétences acquises et l'expérience professionnelle en favorisant :
→ L'accès aux postes managériaux sur l'ensemble du territoire de santé du praticien,
→ La participation ou la construction de projets sanitaires territoriaux structurant sur l'accès aux soins ou les parcours de soins spécialisés ou non,
→ L'intégration dans les équipes des ARS par détachement ou mise à disposition pour une durée déterminée ou non,
→ L'accès à de nouvelles activités transversales ; par exemple, l'étude de la pertinence des soins est une activité qui demande une expérience professionnelle médicale conséquente et qui est moins usante que l'activité clinique…

121. Tuilage et accompagnement. Utiliser les compétences de ces praticiens pour réinvestir des établissements délaissés par les praticiens hospitaliers afin de favoriser la venue de nouveaux praticiens et lutter contre l'intérim médical et la désertification.

122. Favoriser l'accès à d'autres emplois dans le monde sanitaire (ARS, IGAS, DGOS, ministère, autres agences sanitaires) comme cela existe pour les autres corps professionnels hospitaliers.

Retraites

Etat des lieux

- Le sujet des retraites des praticiens hospitaliers, qui ne sont pas fonctionnaires, est renvoyé entre les ministères chargés de la santé et du travail. Le gouvernement en place depuis janvier 2023 a associé ces deux ministères.
- Le volume horaire hebdomadaire et la contrainte de permanence des soins (avec activité de plus de 24 heures d'affilée en moyenne une fois par semaine, pendant toute une carrière) sont une pénibilité qui n'a jamais été reconnue.
- Ces heures travaillées ne figurent pas sur les bulletins de salaire… car non comptées.
- La rémunération à la retraite résulte des rémunérations précédentes : or, l'ancienneté des praticiens est sous-évaluée – et donc sous-rémunérée – par modifications réglementaires successives (non prise en compte des années de PH provisoire avant 2006, perte des 4 ans d'ancienneté pour les PH nommés avant le 1er octobre 2020 par rapport aux PH nommés après cette date).

IRCANTEC

- Depuis la création de l'IRCANTEC en 1970, les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers y cotisent et bénéficient des prestations de cet organisme, sans représentation réelle au sein de son conseil d'administration.
- La recommandation n°11 du rapport de l'IGAS n°2021-014R/CEGEFI n° 20 11 20 publié en novembre 2021 suggère « d'engager une réflexion sur un représentation plus appropriée des praticiens hospitaliers ».

Retraites

Propositions

123. Reprise immédiate dans les carrières des praticiens de la totalité de leur parcours professionnel (y compris les périodes de PH provisoire cf. Triple grille APH, proposition 66).

124. Attribution des 4 ans d'ancienneté à tous les PH nommés avant le 1er octobre 2020 (proposition de la triple grille APH, proposition 66).

125. Intégration de la totalité des heures travaillées par les praticiens.

126. Intégration du salaire hospitalier, des gardes et astreintes dans les cotisations retraite pour les HU.

127. Création d'un compte pénibilité pour les praticiens hospitaliers, intégrant les spécificités de leur exercice.

128. IRCANTEC
Représentation à hauteur de l'abondement qu'ils représentent dans l'assiette des cotisations du fond de l'Ircantec soit 15% des sièges dans le conseil d'administration.

Statut HU

Les enjeux de l'attractivité des carrières HU pour les plus jeunes sont majeurs et comprennent, entre autres, une révision du volet social et du système de retraite.

Si l'on veut retrouver un élan d'attractivité des jeunes générations pour les fonctions Hospitalo-Universitaires, il est impératif de revaloriser et clarifier les missions et de moderniser ce statut.

Etat des lieux

- La fusion des trois filières (Médecine, Odontologie, Pharmacie) au sein d'un statut Hospitalo-Universitaire unique en décembre 2021 est loin d'avoir créé un choc d'attractivité pour l'Hôpital et les carrières Hospitalo-Universitaires. Reprenant dans ses grandes lignes l'ancien statut H-U Médical , il est, dès sa parution, déjà obsolète au regard de l'organisation moderne du travail dans notre société.

Propositions

129. Les fonctions hospitalières devant être un socle commun statutaire, il est impératif de garantir le temps nécessaire aux enseignants-chercheurs pour mener à bien leurs tâches d'enseignement et leurs projets de recherche. C'est le préalable de base pour maintenir la spécificité des fonctions HU, faciliter les évolutions dans la carrière et le respect de l'égalité femmes-hommes.

La modernisation du statut passe en premier lieu par un alignement des fonctions hospitalières sur la base du statut de praticien hospitalier. Cela permettrait :
→ Un alignement du temps de travail des HU sur celui des PH : 10 demi-journées et non plus 11
→ Une harmonisation des droits à congé et RTT des HU et des PH
→ La mise en œuvre de cotisations retraites et maladies sur l'ensemble des salaires et émoluments universitaires et hospitaliers.

130. Le volet universitaire de la carrière doit toujours dépendre du Ministère de l'Enseignement supérieur, seul moyen de garantir l'autonomie professionnelle et intellectuelle nécessaire à un exercice serein et de qualité.

Propositions

131. Les différentes missions des HU doivent pouvoir être priorisées et sécurisées, sous forme d'engagement contractuel avec le ministère de l'enseignement supérieur, en accord avec l'établissement public de santé, à différents moments de la carrière. Ainsi, pourront être déclinées à géométrie variable tout le long de la carrière HU, les fonctions d'enseignement, de recherche, et les fonctions hospitalières.

132. **La pédagogie** doit être revalorisée tant dans la formation des enseignants que dans les moyens qui y sont alloués. Les nouvelles techniques pédagogiques et docimologiques, liées notamment au développement des ECOS, nécessitent des moyens humains et financiers pour être développées à leur juste place. L'engagement pédagogique doit être reconnu à tous les niveaux aussi bien en temps médical que dans les prérequis des CNU ou dans l'évolution des carrières.

Enfin cet enseignement, actuellement en plein remaniement, doit garantir aux étudiants des modalités d'accès équitables et républicaines, financièrement abordables, aux filières souhaitées.

La Recherche

133. Encourager, faciliter et assouplir les mobilités universitaires (aides familiales) comme cela se fait depuis longtemps dans d'autres pays ou institutions.

134. Assurer aux équipes labellisées des fonds de recherche pérennes et sortir de la course permanente aux appels à projets qui fait perdre énormément de temps aux chercheurs, démotive les équipes et aboutit à une recherche parcellaire et fragmentée.

135. Donner les moyens suffisants pour le développement de nouveaux projets qui jusqu'ici se font toujours sur les moyens des projets en cours : avoir une ligne spécifique Recherche et Développement.

136. Sécuriser les financements publics de la recherche (PHRC ; ANR…) tout en fluidifiant les modalités de gestion courante pour aider les équipes à poursuivre leurs thématiques respectives. Arrêter l'évaluation à court terme et la course aux points SIGAPS – équivalents de la T2A – et privilégier une évaluation scientifique et visionnaire des projets et de leurs résultats sur des durées quadriennales ou quinquennales voire décennales.

137. Pour les fonctions d'enseignement et de recherche, la sanctuarisation de ces activités au cours de l'ensemble de la carrière en fonction des trajectoires des générations de HU à venir.

Statut HU

Propositions

138. Revalorisation des grilles et de la retraite

La création d'échelons supplémentaires en 2021, sans reclassement des praticiens déjà nommés, a été très mal perçue. D'une manière générale les rémunérations H-U sont peu attractives et une ré-évaluation des grilles (Universitaire notamment) doit lever l'accès limité à un pourcentage des effectifs, aux Classe Exceptionnelle (PU-PH) et Hors Classe (MCU-PH).

La retraite des H-U reste le souci social majeur du statut H-U. Loin d'avoir été améliorées après les travaux des partenaires sociaux et la remise du rapport Uzan en 2023, les pensions de retraites perçues à l'issue d'une carrière entièrement dévouée à l'hôpital et à l'université ne dépassent pas 35% des derniers revenus d'exercice quelles que soient les générations de H-U. La retraite de Fonctionnaire Universitaire s'est très dégradée depuis la suppression de la validation des services accessoires en 2015. La création d'une cotisation Ircantec sur les émoluments HU à partir de septembre 2024 compensera à peine cette perte de retraite de la fonction publique. Au final les jeunes générations peuvent à ce jour espérer les mêmes taux de remplacement que leurs aînés (autour de 35% des derniers revenus). Une telle constance dans l'impossibilité de se voir reconnaitre une retraite décente participe fortement à détourner les jeunes de la carrière H-U.

Valoriser l'activité universitaire au CHU et au-delà :

139. Donner une place reconnue à l'enseignement au « lit du malade » en sécurité et en compagnonnage dans une valorisation du tryptique, savoir, savoir-faire, savoir être.

140. Renforcer et développer dans les établissements recevant des étudiants de deuxième et troisième cycle la Recherche clinique indispensable à la médecine de demain, facteur de qualité des soins et d'intérêt pour les futures générations de médecins.

141. Discuter l'universitarisation des hôpitaux publics non-CHU qui dispensent la formation et participent à la recherche

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Etat des lieux

- L'Outre-Mer souffre de son isolement et est victime de la crise de l'hôpital dans une intensité encore plus importante qu'en métropole :
  - → Retards structurels
  - → Démographie médicale pénurique
- Faculté de Médecine de plein exercice, pour les Antilles-Guyane.
- Rémunération des PH dans l'ensemble des DOM/COM : indemnité spéciale de 40% dans toutes les régions, pour tous les statuts, appliquée sur l'ensemble des rémunérations et intégrée dans l'assiette des cotisations retraite.

Propositions

142. Les territoires ultramarins présentent des caractéristiques nécessitant une attention particulière : **toute réflexion, toute négociation à l'échelon de la nation impose donc un volet outremer. Le temps syndical qui doit y être consacré doit être reconnu et financé à hauteur de 3 ETP.**

143. **Les retards structurels,** les surcoûts subis et le contexte de risques majeurs ne peuvent être pris en compte que dans le cadre d'une remise à niveau de l'ensemble des établissements de santé :
→ **Plan de financement exceptionnel** avec annulation de la dette et prise en compte des surcoûts réels dans la tarification
→ Une refonte des modes de financements, et notamment : **révision du coefficient géographique** (35%), et application sur l'ensemble des tarifs y compris les actes externes.
→ Financement par MIG des activités sanitaires incontournables, parfois coûteuses, impossibles à équilibrer par la T2A en raison de l'exiguïté des territoires.
→ **Dotation des moyens matériels et effectifs humains** pour faire face aux exigences de la qualité et la sécurité des soins, la nécessité d'entretenir des stocks stratégiques prépositionnés en situation d'insalubrité mais aussi aux situations sanitaires exceptionnelles (risques naturels, épidémies notamment)
→ Rénovations, **reconstructions, mises aux normes**, amélioration des conditions de travail
→ **Plan pluri annuel d'investissement hospitalier** dans le cadre du plan de relance national

144. La mise en oeuvre de l'ensemble de ces dispositions passe par **une nouvelle gouvernance MEDICALISEE, avec une approche inter-régionale** dans les plans et projets régionaux, et un pilotage par une instance de coordination formalisée et médicalisée.

Outre-mer

Propositions

145. La démographie médicale très pénurique et le contexte d'isolement des territoires ultramarins exige des mesures d'ATTRACTIVITE, CONCRETES, URGENTES, EFFECTIVES. Elles doivent se décliner selon **trois niveaux d'action** :
→ **local** (établissements de soins),
→ **régional (ARS, instance de coordination inter-régionale de l'offre de soins)**,
→ **national** (statut des praticiens, réduction des inégalités)
Selon quatre dimensions : des **projets** attractifs, des **moyens** adéquats pour les réaliser, une **responsabilité** reconnue, de **la qualité de vie au travail**, des mesures statutaires et une **rémunération attractive.**

146. **Des projets et une activité intéressante**
→ Une **OFFRE de soins, de QUALITE, assurant la SECURITE des usagers.**
→ **DES PROJETS DE TERRITOIRE** novateurs (PRS, SROS, PTSM), élaborés par les praticiens connaissant le terrain, avec une vision prospective ambitieuse.
→ Des **GHT** fondés sur un Projet Médical Partagé (PMP) innovant, conçu et décliné grâce à une gouvernance médicalisée.
→ **Une véritable politique de coopération**, entre établissements français, et avec leur voisinage international : la Caraïbe pour les DFA, l'océan Indien pour la Réunion. Une clarification politique de l'interlocuteur à même d'engager la France dans les projets de coopération.
→ **Une mise à niveau des CHU**, comme cela a été abordé dans le chapitre précédent.
→ Développer les **structures médico-sociales** pour personnes en situation de handicap et âgées.

147. **Des moyens adéquats**
Les projets innovants imposent des moyens à la hauteur des enjeux et notamment :
→ **Améliorer la capacité d'autofinancement des EPS pour permettre l'innovation technologique,**
→ **Financer des postes de personnels médicaux** et non médicaux en nombre et en qualité,
→ Abonder les enveloppes ARS pour un **investissement** à hauteur des réalités ultramarines,
→ Exercer une **responsabilité médicale effective** dans la mise en œuvre des projets,
→ **Concertation** pour élaborer, suivre, évaluer les projets (**gouvernance médicalisée**),
→ Mise en place de **Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT),**
→ Développement de la **télé médecine, Moyens aériens pour les EVASAN.**

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Propositions

148. Des mesures universitaires

→ Augmenter le nombre **d'internes en médecine et de spécialités** et de services agréés,
→ Créer des **postes de PU PH** ou Associés, des **valences universitaires** pour les PH des EPS,
→ Développer les partenariats recherche entre équipes outremers et équipes hexagonales comme internationales (environnement Caraïbes ou de l'océan Indien),
→ Augmenter le nombre de **Diplômes d'Université,**
→ Augmenter le nombre de **postes d'assistants** (post internat). Développer l'assistanat partagé,
→ Renforcer la coopération régionale et internationale,
→ Développer la formation des personnels paramédicaux, dans des instituts de formation inter-régionaux à créer ou renforcer.

149. Décloisonnement, mobilité

→ Faciliter la **coopération et la formation** pour :
- **Encourager la mobilité outremer,**
- Faciliter l'installation des étudiants issus des facultés locales,
- Développer le recrutement en **temps partagé** avec des services de l'hexagone,
- **Favoriser les recrutements** avec possibilité de « Package » pour conjoint(e).

150. Incitations à l'engagement durable dans la carrière hospitalière publique en établissement ultra-marin.

→ Développement et financement de **Primes d'Engagement dans la Carrière Hospitalière** pour **toutes les spécialités de tous les établissements ultramarins,**
→ Développement et financement des **primes d'exercice territorial,**
→ **Mesures statutaires nationales** :
- Favoriser un haut niveau de technicité, grâce à un Développement Professionnel Continu (DPC) et des **formations de qualité** : le financement de **deux voyages de formation annuels inscrits dans le statut et financés, Crédits de la formation** alignés sur celui des personnels non médicaux (2,1 % AU MOINS de la masse salariale des effectifs médicaux),
- **Maintien des congés bonifiés** sur la base de 30 jours ouvrables tous les 36 mois d'exercice, **sans réduction des droits à RTT**, maintien de l'indemnité spéciale pendant les congés bonifiés (mesure légale),
- **Majoration de retraite** pour les PH exerçant en outremers en raison de la pénibilité en situation de grande pénurie.

Gouvernance administrative et médicale, équipe médicale exercice multisite

Etat des lieux global

- La gouvernance et l'organisation des hôpitaux sont de plus en plus cités parmi les causes de la perte d'attractivité par les praticiens hospitaliers.
  Le choix de l'exercice hospitalier ne signifie pas le renoncement à toute liberté d'organisation, ou maitrise de l'outil de travail.
- L'échec du Ségur qui sur cette problématique n'a abouti qu'à quelques mesures cosmétiques renforce l'amertume des praticiens et donc la nécessité de changement.
- La loi HPST et tarification à l'acte ont produit une concurrence entre les établissements et entre les pôles au sein des établissements.

Propositions

151. Renforcer le pilotage médical.

152. Décloisonnement de la hiérarchie actuelle, organisée de manière pyramidale en silos. Etablir le principe de subsidiarité comme règle de gouvernance hospitalière.

153. Davantage de démocratie dans la gouvernance médicale.

154. Plus de démocratie dans la hiérarchie médicale et de représentativité dans les instances pour plus de légitimité face à la direction.

Pôles et service

Etat des lieux

- L'apport de ce niveau hiérarchique supplémentaire se traduit bien souvent par plus de complexité administrative.
- L'organisation en pôle à part dans quelques cas particulier n'a pas amélioré la collaboration entre les équipes médicales.
- L'unité d'organisation médicale reste le service.
- Le fonctionnement en silo entre médical et paramédical nuit à la collaboration et à l'organisation efficace des équipes soignantes et favorise même les oppositions.

Propositions

155. Désignation des chefs de services (et pôles) pour plus de légitimité par les membres du service / du pôle.

156. Approbation des projets de services par l'ensemble de l'équipe.

157. Le cumul des missions doit être raisonné et compatible avec leur charge afférente.

158. Simplifier la hiérarchie para-médicale, donner plus d'autonomie aux cadres de proximité et sous la responsabilité des chefs de services.

CME et sous-commissions

Etat des lieux

- Manque de pouvoir de la CME, la CME est trop souvent perçu comme une chambre d'enregistrement avec trop d'informations et d'avis consultatifs, pas assez de pouvoir décisionnel.
- Manque de représentativité et donc de légitimité du PCME, élection souvent complexe avec de multiples collèges électoraux. Seuls les membres élus doivent avoir le droit de vote.

Propositions

159. Simplifier les modalités d'élections, arrêter la séparation entre responsable de structure interne et non responsable. Ne garder que des collèges disciplinaires.

160. Election du PCME et des représentants de la CME dans les différentes instances au vote.

161. Augmenter les pouvoirs de la CME et du PCME face au DG. La CME doit redevenir une instance décisionnelle. Renforcer et élargir les compétences de la CME avec des votes conformes, possibilité d'exiger la révision des projets médicaux et établissements.

162. Seuls les membres élus doivent avoir le droit de vote.

163. Davantage de moyens pour la CME.

Services supports

Etat des lieux

- De plus en plus on assiste à une inversion du rapport avec les services supports notamment avec leur mise en commun au niveau des GHT. Les services cliniques doivent s'adapter aux stratégies de rationalisation dictées par la pression économique. Il est important de remettre la priorité sur les objectifs d'accompagnement des projets médicaux.
- On voit même apparaître des projets purement économiques sans aucune évaluation de l'impact.
- L'amélioration des équipements et matériels est un levier pour améliorer les conditions de travail.

Propositions

164. Co-Pilotage médical des services supports stratégiques (informatiques, équipements...).

165. Obligation d'une comptabilité analytique pour éviter le découplage avec les projets médicaux.

166. Evaluation annuelle par la CME ou ses sous-commissions des services supports.

167. Système informatique hospitalier :
Création d'une sous-commission comprenant des représentants de la CME +/- des utilisateurs paramédicaux pour le pilotage du système informatique hospitalier (SIH).

Directoire

Etat des lieux

- Fonctionnement méconnu des médecins de base.

Propositions

168. Renforcer le contrôle de la CME sur le directoire.

169. Diffusion des PV du directoire au corps médical.

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels

Site APH

La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Groupement Hospitalier de Territoire

Etat des lieux

- Sur-couche administrative supplémentaire.
- N'a pas fait la preuve de sa pertinence.
- Outil de rationalisation économique des services supports et des services médico-techniques.

Propositions

170. Pour les activités médicales et médico-techniques mutualisables, vote du projet d'organisation par les équipes médicales.

171. Vote des projets d'organisation territoriales des filières.

172. Evolution vers des groupements sanitaires de territoire, rassemblant l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

173. APH s'opposera toujours à la fusion des établissements composant un GHT. La nomination des PH doit rester nationale, sur un site géographique unique.

Dialogue social : représentation syndicale

Etat des lieux

- Faible culture du dialogue social en France, entraînant une faible culture syndicale des praticiens hospitaliers.
- Absence d'ancrage syndical local.
- Absence de convocation aux débats nationaux engageant les représentations syndicales (exemple : retraites).

Propositions

174. Election de représentants syndicaux du personnel médical au CSE.

175. Avoir un représentant syndical du personnel médical au conseil de surveillance.

176. Développement d'une culture du syndicalisme médical.

177. Instauration progressive d'une représentation syndicale locale superposable à celle des PNM (locaux, affichages, participation aux instances traitant les conditions de travail et la santé au travail).

178. L'absence d'ancrage syndical local est un argument supplémentaire pour refuser le pouvoir de sanction du directeur : l'aide syndicale du praticien est souvent absente, ou tout du moins peu opérationnelle.

179. Analyse des départs de praticiens, des arrêts maladies, des risques psycho-sociaux en articulation avec les DAM et SST.

180. Lorsque les moyens syndicaux permettront du temps dédié pour les praticiens dans chaque établissement, ouverture de locaux permettant une permanence syndicale dans les établissements.

181. Identification des relais syndicaux locaux et régionaux lors de l'arrivée d'un praticien (livret d'accueil). Cette information doit être absolument donnée, par exemple en complément du document « droits du salarié praticien » lors de son arrivée.

182. Renforcement des commissions régionales paritaires (davantage de réunions, de sujets à traiter, de pouvoir décisionnaire etc.).

183. Convocation systématique au même titre que les grandes centrales syndicales de salariés et de patrons pour les réformes concernant le travail (retraite etc.).

Dialogue social : moyens syndicaux

Etat des lieux

- 18 ETP pour l'ensemble des praticiens hospitaliers de tous statuts / contrats sur l'ensemble du territoire !
- Subvention de 1500 euros / poste au CSPM / mandature de 4 ans (au total 15 postes), ce qui ne permet pas un budget de fonctionnement !
- Absence de locaux : au niveau local / régional / national.
- Absence de moyens de communication notamment absence de liste des praticiens.

Propositions

184. Par analogie avec d'autres professions comparables (directeurs d'hôpitaux, magistrats...), 390 ETP sont nécessaires.

185. Moyens financiers à hauteur des moyens octroyés aux sections santé des grandes centrales syndicales.

186. Locaux ou subvention pour location de locaux, affichage, parution sur intranet.

187. Coordonnées mails des praticiens (CNG, chaque année).

Gestion des conflits

Etat des lieux

- Solutions locales de règlement des conflits entre professionnels absentes, ou, lorsqu'elles existent, mal connues, conduisant à l'enkystement des conflits pendant des années, et à des issues souvent judiciaires ou des départs de praticiens.
- Développement des dispositifs de conciliation locale, de médiation régionale et nationale.
- Lenteur de l'instruction des conflits aboutissant au CD (ou en CSN).
- Non application du délai légal de prescription après juridiction disciplinaire pour les praticiens hospitaliers.

Propositions

188. Information par les tutelles des dispositifs de prévention et de gestion précoce des conflits.

189. Limitation du temps d'instruction des dossiers pour la CSN et la CD :
→ CSN : un mois
→ CD : 4 mois

190. Obligation d'un délai d'aboutissement de la commission.

191. Transparence de la décision de la commission et de celle de la directrice du CNG, qui devra être argumentée si elle est différente.

192. Transposition au statut de PH de l'article 36 de la loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires : prescription au bout de 3 ans si aucune procédure disciplinaire n'a été engagée.

193. Lors de la réintégration d'un PH, accompagnement du PH et suivi par des scrutateurs extérieurs à l'établissement :
→ Rôle de la CRP et ou de la médiation régionale, dans une mission d'accompagnement (et non de médiation).
→ Implication des structures d'accompagnement du CNG.

194. Transposition dans le droit français de la loi européenne sur les lanceurs d'alerte.

Suspension à titre conservatoire

Etat des lieux

- Conséquence du rôle de police du directeur d'établissement.
- Constat de nombreuses suspensions abusives et resuspensions abusives malgré décisions judiciaires.

Propositions

195. Les membres de la CRP doivent être informés de toute suspension d'un praticien, dans un délai d'un mois après la suspension.

196. Information dans un délai d'un mois de la CSN ou du CD par le directeur d'établissement (ou DG ARS si c'est lui qui a prononcé la suspension) : rapport circonstancié motivant la suspension.

197. Limitation de la durée de suspension à 4 mois en l'absence de procédure au CNG.

Pratique avancée

Etat des lieux

- La pratique avancée est un transfert de compétence du médecin vers un professionnel non médical, et impose au double objectif de :
  - → Permettre une évolution de carrière aux PNM,
  - → Pallier la pénurie de médecins en leur déchargeant du temps « non médical ».
- Ce transfert de tâche est un transfert de responsabilité. Il répond à une formation universitaire de niveau Master 2.
- Ce nouveau dispositif existe dans de nombreux pays, avec des modalités de formation et de redéfinitions des périmètres des métiers de la santé, notamment sur le primo-recours, le primo-diagnostic et la primo-prescription.
- Aucun travail scientifique de qualité n'a montré le bénéfice de la pratique avancée pour la qualité – sécurité des soins dans les pays à niveau sanitaire équivalent à la France.

Propositions

La PA ne peut se substituer au métier de médecin. Il ne s'agit pas de corporatisme mais de connaissances, de compétence, et de responsabilité d'un réseau de soin.

198. La PA ne peut retirer le soin du métier de médecin, sauf à lui faire perdre toute attractivité. Elle ne doit pas éloigner le patient du médecin. Elle doit permettre au médecin de se recentrer sur la prise en charge médicale du patient, tant dans la prise en charge de la maladie ou de la prévention que dans la relation médecin-patient.

199. APH estime que le primo-recours, le primo-diagnostic et la primo-prescription relèvent de la compétence médicale. Une entorse à ce principe ne peut se concevoir que dans des cadres précis, définis de manière réglementaires, issus de l'accord des représentants légitimes des spécialités et des professions concernées.

Etat des lieux

- L'accès aux soins dans les établissements publics de santé, notamment dans le cadre des soins non programmés, est devenu de plus en plus problématique, en raison notamment d'une pénurie médicale majeure, et de manière générale, d'erreurs majeures de politiques de santé depuis plus de vingt ans.
- Le fonctionnement en silos « public / privé » conduit à l'absence de répartition de la charge en soin entre les établissements sur un même territoire.
- Les ARS ont montré leur incapacité à gérer l'offre de soins public / privé au sein des « grandes régions » lors de la crise COVID puis ces derniers mois lors des crises hospitalières liées à la pénurie de soignants et de médecins.
- Le GHT, qui réunit des établissements exclusivement publics, est une réponse sans doute nécessaire mais pas suffisante à l'échelle d'un territoire.

Santé et territoire

Propositions

200. L'architecture de l'organisation de la santé doit rester nationale : structuration de la médecine de ville (maisons pluriprofessionnelles, CPTS, ...) et en établissements de soins (hôpitaux publics, ESPIC et CLCC, cliniques), réglementation des statuts hospitaliers, gestion des carrières des praticiens hospitaliers (CNG), rémunérations (émoluments hospitaliers, négociations conventionnelles pour les libéraux).
Cette gestion doit revenir à une échelle à taille humaine, sous l'égide d'une instance territoriale de santé.

201. La notion de territoire doit être définie : les territoires où s'organisent les professionnels entre eux doivent être à taille humaine, comparables à l'échelle des « secteurs » définis depuis longtemps en psychiatrie pour conserver la proximité de ce maillage sanitaire.

Les médecines libérale et publique ne doivent plus exercer en silo mais en complémentarité :

202. Les groupements hospitaliers sur chaque territoire doivent évoluer vers des **groupements sanitaires de territoires**, qui associeront, pour le bassin de population du territoire, la médecine « de ville », les hôpitaux et les établissements de santé privés, ainsi que les professionnels paramédicaux libéraux et les acteurs du médico-social.

203. Sur chaque territoire doit être défini les parcours coordonnés de soin des patients : « qui fait quoi », comment se font les transferts de patients et d'information (du coup de téléphone au transfert numérique des données) ainsi que des filières vers des établissements de recours hors-territoire pour des pathologies spécifiques (ex : recours au CHU).

204. Un document électronique doit pour chaque patient permettre de conserver et tracer ses antécédents, les éléments de son parcours de soin avec les différents recours comme les professionnels qui ont été consultés. Ce document est partagé avec l'accord du patient ou a minima consultable lors d'une consultation.

205. Développement de maisons de santé de premier recours avec un financement public, en exercice salarié.

206. Déclinaison des CRSA par territoire de soins.

Praticiens Hospitaliers
Hospitalo-Universitaires
Assistants, contractuels
Site APH
La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024

Glossaire

ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ASA	Autorisation Spéciale d'Absence
CA	Conseil d'Administration
CCA	Chef de Clinique Assistant
CD	Conseil de Discipline
CET	Compte Epargne-Temps
CLAN	Comité de Liaison Alimentation - Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNG	Centre National de Gestion (des PH, des HU, des directeurs)
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CRP	Commission Régionale Paritaire
CRSA	Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSE	Comité Social et Economique
CSN	Commission Statutaire Nationale
CSPM	Conseil Supérieur des Professions Médicales, pharmaceutiques et odontologiques
DAM	Direction des Affaires Médicales
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DJ	Demi-journée
DU	Diplôme Universitaire
HU	Hospitalo-Universitaire
IESPE	Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif
MCU	Maître de Conférence des Universités
PECH	Prime d'Engagement de Carrière Hospitalière
PET	Prime d'Exercice Territorial
PH	Praticien Hospitalier
PNM	Personnels Non Médicaux (paramédicaux)
PU	Professeur des Universités
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SST	Service de Santé au Travail ("médecine du travail")
TTA	Temps de Travail Additionnel
WEJF	Week-end et Jours Fériés

Praticiens Hospitaliers

Hospitalo-Universitaires

Assistants, contractuels

Site APH

La plateforme de l'Avenir Pour l'Hôpital
Mai 2024