



**Syndicat National des
Praticiens Hospitaliers
Anesthésistes Réanimateurs**

www.snphar.com

Adhérent à l'Inter-syndicat National des Praticiens Hospitaliers INPH

Membre de la Fédération Européenne des Médecins Salariés FEMS

Membre fondateur de la Fédération de la Permanence des Soins Hospitalière FPSH

PLATEFORME REVENDICATIVE DU SNPHAR

Le Conseil d'administration du SNPHAR a décidé de formaliser et de rendre publique pour 2009 sa plate-forme revendicative.

Celle-ci, la deuxième, est rédigée après une période caractérisée par une rupture complète du dialogue social, et le vote de la Loi HPST qui a vu s'aggraver beaucoup d'inquiétudes et d'oppositions d'horizons très divers. La situation s'est dégradée dans les hôpitaux depuis 2007, nous sommes plus que jamais inquiets des perspectives démographiques et de la perte d'attractivité des carrières hospitalières. Cette plate forme est un appel à la reprise du dialogue avec la Ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports et la DHOS, sur des bases solides offertes à la négociation, seule porte possible à l'apaisement à l'hôpital. Cette période est aussi caractérisée par l'élargissement du SNPHAR aux autres spécialités que l'anesthésie réanimation, bouleversement potentiel notable dans le paysage syndical médical hospitalier.

La trame qui sous-tend l'ensemble de cette plate-forme, tient en quelques mots :

- maintien du service public,
- attractivité des carrières pour les médecins hospitaliers,
- reconnaissance du travail et de l'investissement des PH dans l'institution hospitalière,
- revalorisation de la permanence des soins,
- maintien et développement de la performance grâce à la formation continue et au concept des valences,
- garantie des retraites pour les hommes et les femmes qui se sont engagés dans la carrière hospitalière publique.

Ces différents points méritent d'être discutés par tous les acteurs de santé, et le SNPHAR propose la tenue très rapide d'Etats Généraux de la Santé.

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

1. Garanties de maintien du service public et de ses missions.

La Loi HPST a introduit des réformes majeures de l'organisation du système de santé, et le SNPHAR sera très attentif partout au maintien du service public et de ses caractéristiques : **libre accès et égalité d'accès à un soin de qualité pour tous les patients, sans discrimination aucune.**

2. Modification du système de financement des hôpitaux :

- Nous réclamions en 2007 un moratoire sur la T2A à 100%, tant que l'évaluation précise des effets de ce mode de financement sur les missions de service public et la garantie d'indépendance des médecins n'avaient pas été évalués correctement. En 2009, ce système de tarification a montré ses effets pervers, et nous exigeons **une refonte totale du mode de financement, qui n'ait pas pour conséquence une marchandisation de la santé et des exigences de rentabilité nocives pour l'offre de soins sur le territoire.**
- **Suppression des notions de convergence tarifaire.** La convergence intersectorielle public/privé repoussée en 2018 doit être annulée, et la convergence intrasectorielle entre les établissements ne peut qu'avoir des effets pervers sans la prise en compte des particularités de chaque établissement.
- **Valorisation des missions de service public**, enseignement, recherche, permanence des soins en fonction des besoins de santé de la population.

3. Organisation régionale du système de santé, via les agences régionales de santé et de l'autonomie (ARSA), notamment pour les plateaux techniques selon une logique de besoins en santé régionaux et non une logique comptable, avec de véritables mesures incitatives pour les zones médicalement défavorisées. Au niveau régional, la concentration des plateaux techniques et une réelle réflexion sur la répartition des sites de la permanence des soins, selon un logique médicale, permettront la redistribution intra régionale des postes vacants de PH, en tenant compte de certains particularismes géographiques.

Les élus de la région (Conseil de région), véritables représentants directs de la population, doivent participer aux décisions de l'organisation des soins de leur région, de façon paritaire, avec le directeur de l'ARSA.

ATTRACTIVITE DES CARRIERES HOSPITALIERES

La Loi HPST n'a envisagé les problèmes d'attractivité des carrières que via la création du statut de médecin clinicien, soit disant destiné aux zones et spécialités déficitaires. En réalité, c'est le moyen réglementaire pour les Directeurs d'hôpitaux d'embaucher des médecins sur des objectifs très locaux, sans garantie aucune pour ces médecins notamment en terme d'indépendance professionnelle, mais aussi de visibilité sur une carrière. Pour le SNPHAR, c'est une réponse inadaptée à un vrai problème : celui de la perte d'attractivité des carrières, qui va aggraver une crise démographique annoncée. **Il est désormais urgent de faire des propositions pour garder à l'hôpital les médecins.**

Les propositions et négociations doivent porter sur des avancées statutaires réglementaires qui permettent notamment de concurrencer l'installation en milieu libéral, mais aussi des propositions visant à garantir pour le praticien hospitalier une reconnaissance de son investissement en temps, une autonomie décisionnelle nécessaire à l'épanouissement dans sa structure.

1. AVANCEES STATUTAIRES

1. Abrogation du décret statutaire du 5 octobre 2006

- . Reprise des négociations sur la modernisation du statut des praticiens hospitaliers.
- . Abrogation du décret statutaire du 5 octobre 2006 et de l'arrêté sur la part variable du 28 mars 2007.

2. Refonte de la grille salariale avec amélioration des émoluments en début de carrière, via un raccourcissement et une « horizontalisation » de la carrière de praticien hospitalier avec un premier échelon correspondant à l'actuel échelon 8, un deuxième échelon à l'actuel échelon 10, un troisième échelon correspondant à l'actuel échelon 12 et un quatrième échelon correspondant à l'actuel échelon 13. La durée de chaque échelon est de 2 ans, le 4^e échelon se prolongeant jusqu'à la retraite.

3. Augmentation de la prime de service public exclusif à hauteur de 700 € financée par la suppression du consultanat.

4. Amélioration du statut de PH contractuel (PHC) :

- couverture sociale équivalente à celle du PH ;
- contrat limité dans le temps à 3 ans maximum ;
- contractualisation limitée dans l'espace : création d'un quota maximum de PHC par rapport à l'effectif du personnel médical.

5. Mise en place d'un contrat de médecin remplaçant attractif à la

fois sur les rémunérations et le statut, destiné aux jeunes médecins titulaires d'une licence de remplacement, utilisant le contrat de médecin clinicien hospitalier créé par la loi HPST. Ce cadre permettrait les remplacements pour les congés prolongés (CET), et de régler le problème inacceptable des médecins mercenaires. Ce pool de médecins remplaçants devra être géré au niveau régional (ARSA) voire du CNG.

6. Normalisation du statut de praticien à temps partiel :

- couverture sociale équivalente à celle du PH ;
- normalisation des droits à la retraite au prorata temporis par rapport à ceux des PH temps plein (Ircantec) ;
- prime d'exercice public exclusif au prorata temporis par rapport à celle des PH temps plein.

2. LA PERFORMANCE HOSPITALIERE

- **Valences individuelles.** Il est obligatoire de reconnaître et de permettre les investissements de chacun en sus de la clinique, cœur de notre métier. Le statut unique de PH reposant sur la mission de soins, doit permettre la **reconnaissance des investissements individuels extra-cliniques** (enseignement, recherche, gestion, vigilances, chefferie de service, de pôle, etc.) par des **contrats prévisionnels avec évaluation rétrospective du service rendu.**
- Reconnaissance de la **performance hospitalière collective** par un intéressement collectif.
- Optimisation des blocs opératoires dans le but de préserver le temps médical
- Suppression pour les EPS du recours au mercenariat médical.
- Transparence organisationnelle dans les EPS, qu'il s'agisse de CHU ou CH non U.
- Uniformisation, par les ARSA, des critères de recrutement au sein des EPS.

3. PLACE DU PH AU SEIN DE L'INSTITUTION HOSPITALIERE

- **Suppression des Ordonnances de 1958**, avec une vraie réflexion sur les CHU et leur place dans le paysage hospitalier. L'organisation qui doit en découler, doit reposer sur une évaluation régulière des rôles et fonctions de chaque médecin, en dehors de tout esprit de caste.
- **Gouvernance hospitalière et pôles d'activité médicaux :** des règles de démocratie intra hospitalière doivent être instaurées pour favoriser le dialogue social et le principe de la participation des PH au fonctionnement des structures hospitalières. Il s'agit bien sûr de pouvoir avoir accès à tous les niveaux de responsabilité, mais il est surtout primordial que

les PH puissent participer démocratiquement et en toute transparence aux décisions, notamment celles qui concernent leur exercice, notamment en CHU.

- **Découplage des attributs de la fonction de chef de service.** En 2009, il semble illusoire de demander à un même PH de posséder conjointement un véritable exercice clinique, une expertise en gestion de structure, en enseignement, en recherche.
- **Suppression du principe du consultanat.**

4. FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES MEDECINS

- La FMC est un droit, mais aussi un devoir pour tout PH. Une FMC de qualité sur toute une carrière est un fort atout de l'exercice hospitalier. Des moyens financiers décents doivent être attribué, sur la base d'un crédit-formation prospectif intégré dans le contrat de pôle d'affectation (1 500 € par an et par PH). **La FMC ne doit pas se résumer à l'évaluation des pratiques professionnelles, et le praticien doit pouvoir en toute transparence établir un projet personnel épanouissant de FMC.**
- Une réforme de la formation médicale initiale doit être instaurée, afin de prendre en compte la standardisation LMD (licence-master-doctorat) des études universitaires au sein de l'Union européenne.

PERMANENCE DES SOINS

Nous exigeons une véritable réflexion sur l'organisation régionale de la permanence des soins, portant notamment sur la pertinence et l'utilité des permanences sur place et astreintes.

La permanence des soins est une **forte contrainte** de l'exercice hospitalier pour un certain nombre de spécialités, qui se déroule sur l'ensemble de la carrière. **C'est une pénibilité qui doit être reconnue et valorisée, et non vécue comme un sous-métier.**

1. PERMANENCE SUR PLACE

1. **Valorisation financière** conséquente, témoin du mérite qu'ont ces praticiens à exercer toute leur vie une activité nocturne non physiologique, et à organiser leur temps autour de la continuité des soins : doublement de la prime de sujétion, à concurrence des rémunérations des libéraux qui participent à la PDS ou à la régulation au SAMU, ou des rémunérations des mercenaires, ou des demandes d'indemnisation des responsables élus au conseil de l'Ordre pour leur activité (500 euros/jour), ou de la rémunération des personnels hospitalo-universitaires qui, de fait, observent un repos quotidien post garde.
2. **La permanence sur place est intégrée aux 10 demi-journées hebdomadaires** des obligations statutaires. Elle peut être réalisée sous la forme de plages additionnelles, sur la base du volontariat, après une contractualisation avec les PH intéressés, au-delà de la 6^e garde mensuelle.

2. ASTREINTE

1. Instauration d'un seul niveau d'astreinte.
2. L'astreinte se décompose en trois temps :
 - un temps d'attente au cours duquel des avis médicaux peuvent être effectués à distance (téléphone, Internet, télé médecine...);
 - un temps d'intervention et de soins à l'hôpital;
 - un temps de trajet.

L'astreinte est une contrainte pénible, même en dehors des déplacements. Elle doit être reconnue comme du temps de travail effectif, et doit être intégrée aux obligations de service statutaires hebdomadaires. Ainsi, pour les services qui sont organisés en temps médical non continu, l'astreinte est incluse dans les obligations de service hebdomadaires au prorata temporis. De façon cumulative sur un quadrimestre :

- 3 heures de temps déplacé = une demi-journée de temps de travail,
- 28 heures de temps non déplacé = une demi-journée de temps de travail.

Les périodes d'astreinte peuvent être réalisées sous la forme de plages additionnelles, sur la base du volontariat, après une contractualisation avec les PH intéressés, au-delà de la 8^e astreinte mensuelle. Le temps de déplacement et le temps de trajet constituent du temps de travail effectif, intégré dans les obligations de service réalisées, comme prévu, dans la réglementation nationale et la législation européenne, et les hôpitaux doivent appliquer ces textes.

3. L'organisation de la permanence des soins sous forme d'astreinte doit permettre le respect du **repos quotidien après un déplacement** (conformément à l'art. 1 de l'arrêté du 28 juin 2005). Cependant, pour les établissements à effectifs limités ne permettant pas l'application du repos quotidien sans baisse d'activité, le SNPHAR propose une solution transitoire : le temps déplacé peut être récupéré dans le mois suivant l'astreinte, ou peut abonder le CET.
4. Retraites : **participation entière** de l'astreinte **dans l'assiette des cotisations sociales et retraites** (au premier euro).

5. Indemnisation

- **Refus d'une quelconque forfaitisation des astreintes à domicile.**
- **Les modalités d'indemnisation** doivent valoriser les actes de soins, sans négliger la pénibilité des consultations à distance (téléphone, Internet, télémédecine) qui peuvent être nécessaires. Ainsi, le SNPHAR propose :
 - **un forfait équivalent à celui de la médecine libérale** (150€)
 - **une rémunération horaire du déplacement**, débutant à l'heure d'appel. Les déplacements en astreinte donnent lieu à une indemnisation maximum équivalente à celle d'une permanence sur place, d'une permanence et demie pour les samedis et de deux permanences pour les dimanches et jours fériés ;
 - la mise en place d'une **transparence totale** pour les déplacements en astreinte, avec l'aide de l'informatique, incluant la possibilité de **sanctions financières en cas de fausses déclarations.**

TEMPS DE TRAVAIL

Respect de la directive européenne DE 2004/88/CE et des arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes :

- suppression du principe de l'*opt-out* (temps de travail hebdomadaire moyenné supérieur à 48 heures) ;
- refus de toute dissociation de la garde en périodes dites actives et inactives ;
- normalisation de la DE à l'ensemble du secteur hospitalier européen ;
- maintien du quadrimestre comme période référentielle pour le calcul des plages additionnelles ;
- le temps de travail consacré à l'activité privée exercée au sein d'un établissement public de santé doit être dissocié des obligations statutaires hebdomadaires. Les PH exerçant une telle activité privée devraient être considérés comme des PH à temps réduit (80 %).

TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL

- **Suppression à terme de l'*opt-out***, par une meilleure gestion des plateaux techniques et une meilleure organisation régionale de la permanence des soins.
- **De façon transitoire** et conformément à la loi, le SNPHAR accepte l'existence de plages additionnelles effectuées au titre de la permanence des soins, à condition qu'une contractualisation claire et préalable ait été signée entre le PH intéressé et son administration, et ceci après avis de la commission d'organisation de la permanence des soins de l'établissement.
- Dans l'attente, suppression des notions de temps additionnel de jour et de nuit au profit d'un **temps additionnel unique** correspondant donc à des « heures ou des demi-journées supplémentaires », afin de résoudre les disparités constatées dans la rémunération actuelle du temps additionnel.
- La rémunération de la plage additionnelle doit être portée à un niveau dissuasif, afin de favoriser plutôt le recrutement de médecins hospitaliers (600 €) plutôt que l'embauche de médecins mercenaires.

HEURES SUPPLEMENTAIRES

Suite aux propositions du Président de la République, il est temps d'engager une réflexion sur la rémunération des heures supplémentaires effectuées par tout PH qui travaille au-delà de 39 heures hebdomadaires.

Les médecins qui participent à la permanence des soins effectuent tous un nombre d'heures hebdomadaires important, et leurs carrières souffrent d'un manque d'attractivité inquiétant auquel il faut trouver des solutions.

Pour aborder le problème des heures supplémentaires, il est nécessaire de différencier deux tranches : le delta 39-48 heures, et le temps au delà qui est encadré par l'arrêté sur le temps additionnel.

- Pour les médecins fonctionnant en temps médical continu, donc à l'heure, ces heures doivent être rémunérées comme le préconise la loi TEPA à 125% de la rémunération horaire de base.
- Pour les médecins dont le décompte du temps de travail se fait à la demi-journée, le delta 39H-48H ne peut être calculé, les heures supplémentaires seront donc valorisées de manière forfaitaire, par une indemnité « heures supplémentaires forfaitaires » défiscalisée.
- Au-delà de 48 heures et/ou de 10 demi-journées de travail hebdomadaire, l'indemnisation de la période de Temps Additionnel doit être augmentée pour atteindre 150 % du salaire quotidien d'un PH échelon 8 ce qui reste inférieur à la rétribution d'une journée de « mercenaire ».

COMPTE EPARGNE TEMPS (CET)

- Modification du décret sur le CET :
 - Suppression du plafond limitant à 10 ans le délai d'utilisation du CET.
 - Droit à indemnisation des praticiens en cas d'invalidité.
 - Possibilité d'exercice à temps partiel à tout moment pour solder le CET.
- Pour le flux des CET à partir du 1^{er} janvier 2008, sur la demande de chaque PH, conversion des jours épargnés :
 - **Monétaire**, défiscalisée, avec un maximum de 15 jours par an, sur la base de 300 euros jusqu'au 8^{ème} échelon, et de 1/207^{ème} du salaire annuel à partir du 8^{ème} échelon, revalorisé à + 125% comme le préconise la loi TEPA.
 - **En retraite** :
 - soit versement annuel sur un plan d'épargne salarial, avec participation financière des hôpitaux sur le même mode que les PU-PH.
 - soit en points IRCANTEC.
 - soit en trimestres de SS pour une cessation anticipée de l'activité.
- Afin que les médecins puissent profiter de leur temps épargné, création d'un **contrat de médecin remplaçant**, pour les médecins titulaires d'une licence de remplacement, géré par les ARSA et le CNG. Contrat calqué sur le statut d'assistant spécialiste des hôpitaux, avec ancienneté, et rémunération sur la base du 8^{ème} échelon minimum.

RETRAITE

Le protocole d'accord sur les mesures d'accompagnement de la réforme IRCANTEC, proposé par les pouvoirs publics, n'a pas été conclu car jugé insuffisant par le SNPHAR, qui ne peut accepter une baisse des pensions de retraite de 30% à terme pour les praticiens hospitaliers, véritable rupture du contrat social lié à leur statut. Il est primordial de maintenir **un taux de remplacement similaire au taux l'actuel, de l'ordre de 60 % du dernier revenu d'activité.**

Néanmoins, les mesures d'accompagnement figurant sur le document du Ministère de la santé représentent une base de discussion, que le SNPHAR veut compléter :

1. Mesures pour l'équité entre praticiens hospitaliers:

- L'extension de l'**assiette de cotisation IRCANTEC de 66% à 100% pour les praticiens hospitaliers à temps partiel.**
- La **proratisation des tranches A et B pour les PH à temps partiel** et à temps réduit, du fait du droit commun de l'IRCANTEC (art. L. 242-8 du Code de la sécurité sociale).

2. Mesures pour la limitation de l'impact de la réforme :

Majoration de la pension totale IRCANTEC par une **surcote de 5 % pour chaque année réalisée après 60 ans, sans condition de trimestres de cotisation**, portant sur l'ensemble de la pension IRCANTEC. (*amélioration de 15 % de la retraite totale*).

3. La participation du compte épargne temps valorisé à la retraite :

- **sous forme de sur-complémentaire**, à la demande du praticien, par répartition et garantie par l'Etat au sein de l'IRCANTEC, abondée par le stock et par le flux de jours épargnés sur le compte épargne temps, avec abondement de l'employeur sur le même mode que les PUPH.
- Possibilité de rachat de points IRCANTEC.
- Possibilité de racheter des trimestres de Sécurité sociale pour une cessation anticipée de l'activité.

4. la reconnaissance de la pénibilité de l'exercice médical en permanence des soins :

- **limitation à 160 trimestres de la durée de cotisation pour l'obtention d'une retraite à taux plein**, en fonction du nombre de gardes et d'astreintes déplacées notamment avant 1996, date de l'intégration de la garde dans le calcul de la retraite IRCANTEC.
- **L'élargissement de l'assiette de cotisation IRCANTEC par l'intégration de toutes les astreintes** (forfait + appels courts) dès le 1^{er} euro et de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (*amélioration de 8 % de la retraite totale*).
- **L'instauration d'une sur-cotisation sur la permanence des soins** (double cotisation salarié et employeur pour chaque permanence sur place et astreinte déplacée).

- La possibilité, à partir de 55 ans, après formation, d'un changement d'exercice (médecine du travail...) via le CNG.
- 5. **L'aménagement des fins de carrière** afin de faciliter le maintien dans l'emploi pour les seniors en autorisant, s'ils le désirent, un exercice à temps partiel, dès l'âge de 60 ans, sous la forme d'une retraite progressive dont les modalités sont à discuter.

EQUILIBRE DEMOGRAPHIQUE

- Augmentation du nombre de DESAR pour couvrir les départs à la retraite.
- Gestion régionale des postes médicaux.
- Révision des modalités d'allocation de la prime pour postes à recrutement prioritaire.
- Révision de l'exercice multi-établissement.