



## **Ordre du jour rencontre Cabinet / DGOS / APH (AH-CPH) du 23 août 2017**

La délégation d'APH est composée de :

### **AVENIR HOSPITALIER :**

**Max-André DOPPIA**, président,  
**Renaud PEQUIGNOT**, secrétaire général,  
**Michel DRU**, président du SNPHAR-Elargi

### **CONFEDERATION des PRATICIENS des HÔPITAUX :**

**Jacques TREVIDIC**, président,  
**Carole POUPON**, vice-présidente,  
**Isabelle MONTET**, secrétaire générale du SPH

Action Praticiens Hôpital souhaite que les points suivants soient abordés :

### **La publication du décret sur le Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitaliers (CSPMH) prévu par la loi de modernisation du système de santé**

L'article 194 de la [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#) prévoit la création du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé, dont les modalités doivent être fixées par un décret en Conseil d'Etat. A ce jour, ce décret n'a pas été publié ni même transmis au Conseil d'Etat. La création de cette instance répond à une demande récurrente du Conseil d'Etat et à celle de nos organisations syndicales.

Un projet de décret nous avait été présenté au début de l'année 2017 qui, bien qu'il ne répondait pas à nos attentes, permettait d'engager le dispositif. Or 3 autres organisations syndicales de praticiens hospitaliers se sont opposées à sa publication car elles ne souhaitent pas être confrontées au suffrage universel de l'ensemble des praticiens, et ont par conséquent boycotté la concertation.

APH demande que ce décret soit publié le plus rapidement possible, avec pour modification la suppression des sous-collèges par discipline qui rendent illisible et inapplicable ce décret. Cette publication est d'autant plus urgente que des élections professionnelles sont programmées au premier semestre 2018 d'après le CNG.

A ce sujet, le Président de la République s'est exprimé lors de sa campagne électorale en faveur de la suppression des avis des commissions paritaires dans la gestion des carrières des agents publics. Quel serait l'avenir des Commissions statutaires nationales (CSN) et des Conseils de discipline si cette intention est confirmée ?

### **La mesure de la représentativité syndicale et l'allocation de moyens humains et matériels qui en découlent**

La représentativité des syndicats repose sur les élections professionnelles qui doivent être démocratiques. Il n'y a pas lieu de morceler cette représentativité en fonction des disciplines exercées par les médecins, odontologistes et pharmaciens des établissements publics de santé sinon les disciplines à faible effectif auront plus de représentants pour un même nombre d'électeurs que les disciplines à fort effectif. Si ce morcellement peut se comprendre pour les CSN où la connaissance de l'exercice pratiqué a du sens, il n'en a aucun pour le Conseil supérieur. Les moyens mis à disposition des syndicats doivent être proportionnels à la représentativité en voix obtenue à l'occasion des élections au Conseil supérieur. Ces moyens doivent être équivalents à ceux des autres agents publics. Ils doivent être de plusieurs ordres : mises à disposition au niveau national, autorisations spéciales d'absence, décharges d'activité (crédit de temps syndical) et moyens matériels, notamment le remboursement des frais engagés pour répondre aux convocations adressés par les pouvoirs publics aux représentants des organisations syndicales.

**La relance du dialogue social au sein de toutes les ARS par la convocation des CRP dont le rôle doit être renforcé au moment où les mesures d'attractivité décidées par le précédent gouvernement ne sont toujours pas mises en œuvre**

Les Commissions régionales paritaires fonctionnent de manière très inégale sur l'ensemble du territoire. Des [missions importantes](#) leur ont pourtant été attribuées et certaines mesures du plan d'attractivité nécessitent leur avis, mais les moyens pour les exercer sont totalement insuffisants. Il faut renforcer ces moyens, repenser le périmètre géographique trop étendu des CRP et étoffer leurs missions pour en faire un instrument de dialogue social efficace au service de la communauté médicale hospitalière et des établissements.

**Le suivi de la mise en œuvre de ce plan d'attractivité et de ses insuffisances**

Le plan d'attractivité des carrières médicales hospitalières voulu par le précédent gouvernement a conduit à l'élaboration de diverses mesures réglementaires, pour certaines publiées au Journal officiel, pour d'autres jamais publiées.

Ces mesures sont issues d'une longue et laborieuse concertation, après plusieurs missions et rapports qui ont duré plusieurs années.

A ce jour, peu de ces mesures sont opérationnelles. Elles présentent surtout un caractère peu lisible pour les acteurs concernés et leur application dépend beaucoup des volontés locales.

Il est nécessaire qu'un comité de suivi national soit activé pour suivre l'application de ces mesures et que leur efficacité soit évaluée. Des mesures plus compréhensibles et moins sujettes à interprétations contradictoires, par exemple la suppression des 4 premiers échelons de la carrière de praticien hospitalier, doivent être envisagées.

**L'introduction au sein des établissements publics de santé et des GHT d'une représentation syndicale des personnels médicaux hospitaliers dans les instances de dialogue social existantes telle le CHSCT et la Conférence territoriale de dialogue social des GHT**

Les personnels médicaux hospitaliers ne disposent d'aucune représentation syndicale dans les établissements qui les emploient. Cet état de fait, qui trouve son explication dans l'histoire de l'exercice médical à l'hôpital, n'a plus de sens aujourd'hui. Plusieurs rapports ont pointé cette carence mais aucune volonté politique n'a remis en cause cette situation par crainte de se fâcher avec les intérêts de ceux, très nombreux, qui ne souhaitent pas que cette représentation existe. Encore aujourd'hui, les syndicalistes sentent le souffre.

Pourtant, les difficultés rencontrées par les praticiens au quotidien dans leur travail à l'hôpital ne manquent pas (risques psychosociaux, temps de travail, pression économique...) mais ils ne disposent pas de référent syndical identifié au sein de leur établissement qui pourrait les soutenir, les conseiller sur leurs droits et défendre leur intérêt personnel quand l'intérêt collectif les met en difficulté.

Action Praticiens Hôpital demande que des représentants élus des personnels médicaux hospitaliers siègent au CHSCT des établissements publics de santé et à la Conférence territoriale de dialogue social des GHT sur la base d'un mandat syndical.

### **Les impacts de la réforme par ordonnance du Code du travail sur les statuts et instances représentatives des agents publics, notamment pour les praticiens hospitaliers**

Le gouvernement a entamé une série de concertations visant à réformer le Code du travail qui s'applique au secteur privé et partiellement au secteur public.

Les éléments de cette réforme qui ont été publiés laissent clairement penser que certaines de ces dispositions auront, dans un second temps, un impact sur le secteur public, notamment hospitalier.

Les questions que nous nous posons sont nombreuses :

- Quelle place le gouvernement souhaite-t-il donner aux commissions nationales qui gèrent les carrières des agents publics (pour les PH : Commission statutaire nationale, Conseil de discipline) ?
- Quelle place le gouvernement souhaite-t-il donner au dialogue social dans les établissements publics de santé, dans les régions et au niveau national ? Avec quelles instances (avenir des CHSCT, CTE, CME, CRP, création du CSPM) ? Sur la base de quelle représentativité ?
- Quels seront les sujets qui relèveront de la négociation au niveau national ou local ?

Action Praticiens Hôpital souhaite que des discussions sur ces éléments soient entamées au plus tôt, afin de ne pas être mis devant le fait accompli une fois que des mesures seront adoptées. Nous savons que certaines institutions hospitalières souhaitent pouvoir expérimenter de nouvelles formes de rémunération variable en dehors des cadres statutaires actuels. Nous ne pouvons accepter que les organisations syndicales de praticiens hospitaliers ne soient pas pleinement associées à ces projets, afin que nous puissions défendre les intérêts des personnels médicaux concernés.

### **Les modalités de décompte du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers**

La mission des praticiens hospitaliers est définie dans leur statut particulier qui énonce des limites à leur durée de travail. Aujourd'hui, les PH ne peuvent plus supporter que les règles de décompte du temps soient à ce point floues. Dans certaines disciplines, au prétexte d'une nécessité de service permanente, des durées de travail peuvent dépasser 48 heures hebdomadaires sans que le praticien ne puisse l'éviter ou se le voir reconnaître comme le prévoit pourtant théoriquement la loi. Il doit revenir pourtant aux praticiens de décider s'ils souhaitent ou non un décompte plus précis de leur temps de mise à disposition de l'établissement. L'organisation des activités au service des patients se définit en plages de jour : 5 heures le matin, 5 heures l'après-midi puis, 14 heures de permanence des soins. Par défaut, le temps de travail des personnels médicaux hospitaliers est décompté en demi-journées calquées sur ces périodes d'accès aux soins. Ce n'est qu'en cas d'exceptions encadrées par des textes stricts limitant leur application à certaines

spécialités, et avec l'accord des instances locales et du directeur, qu'un décompte en heures peut être accordé.

Cette situation archaïque ne correspond plus aux nécessités de l'exercice médical hospitalier et nuit à son attractivité. Le décompte en demi-journées sans décompte horaire empêche par ailleurs de vérifier que la borne maximale de 48 heures hebdomadaires est franchie alors que cette possibilité devrait être une règle comme l'a rappelé la [décision du Conseil d'Etat du 22 octobre 2014](#)).

Action Praticiens Hôpital demande une inversion de la règle concernant le décompte du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers afin que le décompte horaire devienne la règle et le décompte en demi-journées l'exception. Même dans ce cas, le décompte en demi-journées ne peut s'exonérer d'un décompte global du temps de travail en heures, sans pour autant nécessiter des horaires fixes qui pourraient être préjudiciables à la souplesse d'organisation nécessaire à l'exercice de certaines spécialités. A défaut de décompte horaire, les cinq intersyndicales de praticiens hospitaliers ont émis la proposition que 24 heures de temps de travail soit équivalentes à 5 demi-journées et non pas 4. Il convient d'ouvrir ce chantier du temps de travail et de le faire aboutir.

### **Les suites de la mission Couty concernant la médiation des situations conflictuelles à l'hôpital**

Action Praticiens Hôpital a suivi avec intérêt les travaux de la mission d'Edouard Couty concernant la mise en place d'une médiation dans les cas de situations conflictuelles à l'hôpital et souhaite être informé des suites que le gouvernement compte y donner. Notre organisation souhaite pouvoir collaborer avec un tel dispositif et demande à participer à sa mise en place.

### **La mise en place d'un plan de gestion des carrières médicales hospitalières, décliné en 3 phases : début, milieu et fin de carrière**

Action Praticiens Hôpital demande qu'une réflexion soit engagée avec les pouvoirs publics afin qu'une véritable gestion des carrières médicales sur le temps soient organisée et proposée à tous les praticiens, avec trois moments forts :

- les débuts de carrière (attractivité, rémunération, accompagnement social, valences).
  - les milieux de carrière (qualité de vie au travail, motivation, reconversion éventuelle, valences, engagement dans la vie institutionnelle).
  - les fins de carrière (transmission du savoir, valences, retraite progressive, tuilage sur les postes).
- Les fins de carrières doivent être repensées en termes d'obligations de service au choix du PH et en accord avec le projet d'établissement ou de PMP du GHT, pour s'orienter vers des activités de soutien ou « tertiaires » (gestion des équipes, du DPC, qualité, prévention, médiation, etc).

### **Les blocages dans le fonctionnement du DPC**

La formation continue des professionnels de santé rebaptisée DPC est un problème récurrent dont les pouvoirs publics se saisissent périodiquement depuis 20 ans, conduisant à des réformes ambitieuses qui ne tardent pas à s'écrouler sous leur propre poids.

Une fois de plus, le dispositif actuel semble à l'arrêt. La CSI des médecins ne fonctionne plus. Les règles de validation des programmes proposés sont tellement drastiques que plus de la moitié sont recalés, parfois après qu'ils aient été effectués.

Pour l'hôpital, l'articulation entre ANFH et ANDPC est complexe et source de difficultés supplémentaires. Le double financement (cotisation des établissements et ANDPC) des programmes conduit à ce que nombre de praticiens et d'organismes de formation boycottent

désormais les règles trop lourdes de l'ANDPC. Les demandes se concentrent de plus en plus sur les formations non prioritaires car le financement est plus simple, même lorsque ces formations pourraient être éligibles aux crédits de l'ANDPC ! On est pratiquement revenu à la situation d'avant la réforme de 2009. Action Praticiens Hôpital considère qu'il faudrait relire le [rapport Igas d'avril 2014 relatif au DPC](#) et s'interroger à nouveau sur les scénarii d'évolution proposés, en particulier le quatrième.

La place des CNP doit être mieux définie, et les moyens de leur fonctionnement clarifiés. Le décret CNP doit faire l'objet d'une nouvelle concertation pour donner aux CNP la latitude de « penser » les objectifs et les moyens à mettre en oeuvre au sein de chaque spécialité pour assurer la FMC et l'EPP effective pour les PH. Des dérives sont en effet observées dans la pratique des EPP au sein des établissements qui se contentent de feuilles de présence signées. Enfin, concernant les spécialités « à risques », il faut donner des instructions aux établissements pour une réelle incitation des PH à entrer dans une démarche d'accréditation, individuelle ou en équipe. La réalité aujourd'hui est que seuls les praticiens exerçant en secteur libéral entrent dans l'accréditation, ce qui crée une inégalité incompréhensible pour la réalisation de ses obligations DPC (3 ans pour le DPC, et 4 ans pour l'accréditation qui, elle-même vaut DPC : pourquoi ?).

### **La mise en place des GHT et les conséquences sur l'offre de soins et les personnels hospitaliers**

Action Praticiens Hôpital a soutenu la réforme des GHT mais s'interroge désormais sur sa mise en oeuvre. Les Projets médicaux partagés ne sont pas toujours aussi partagés qu'ils devraient l'être et reflètent bien souvent les préoccupations des ARS et des seuls établissements supports. Souvent, les personnels médicaux n'y sont associés qu'à la marge. Des insécurités juridiques majeures persistent dans l'exercice des responsabilités et la gouvernance des GHT est insuffisamment démocratique faute de Commission médicale de groupement. Enfin, les conséquences sociales des restructurations engagées ne sont pas suffisamment prises en compte, faute d'espace juridiquement défini pour en débattre. Les organisations syndicales de praticiens hospitaliers sont dans leur rôle en revendiquant une place dans ce domaine pour leurs mandants et un niveau de recours doit pouvoir être fixé.

### **Les difficultés de la psychiatrie publique**

Alors qu'elle était à l'avant-garde de l'exercice territorial de la médecine hospitalière, la psychiatrie publique souffre depuis des années de la paupérisation de ses moyens. Son financement s'étirole avec une DAF qui ne suit pas l'Ondam quand elle ne régresse pas, les modalités de répartition des enveloppes budgétaires sont variables selon les régions alors que les demandes de soins ne cessent de croître, spécialement en pédopsychiatrie.

La gouvernance des secteurs de psychiatrie publique se dilue progressivement au sein des GHT, fragilisant encore un peu plus l'ensemble du dispositif de soins.

Action Praticiens Hôpital demande à ce que les pouvoirs publics clarifient les moyens de la psychiatrie publique afin qu'ils soient parfaitement lisibles, favorisent le développement des Communautés psychiatriques de territoire en leur confiant la gouvernance des projets médicaux de psychiatrie et restaurent l'attractivité des carrières médicales en pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. Les organisations syndicales de psychiatres hospitaliers sont dans leur rôle historique en intervenant dans cette démarche de construction.

### **L'exercice de la biologie médicale à l'hôpital**

Action Praticiens Hôpital demande le maintien de l'article L.6222--6 de la loi du 30 mai 2013 : « Au moins un biologiste médical exerce sur chacun des sites du laboratoire de biologie médicale aux heures d'ouverture de ce site. Les conditions dans lesquelles un biologiste médical est regardé comme exerçant sur un site pour l'application du présent alinéa sont fixées par voie réglementaire. »

Par ailleurs, d'autres questions restent en suspens :

- Le DES de biologie médicale : parution de l'arrêté modificatif, stages avec un encadrant non universitaire, FST et nombre d'internes, maintien de l'unicité du diplôme
- L'accréditation des LBM et l'objectif du 100% en 2020 : la pénibilité, les moyens ; le Rihh accrédité ; l'innovation
- La filière doit permettre de répondre à la Loi de n biologistes = n sites, la répartition dans les CH et CHU : le risque d'être remplacé par des techniciens ; les astreintes dans les LBM publics
- L'engagement dans la prévention et le dépistage : présence dans les commissions ; partager les décisions dans le secteur public
- La territorialisation : décret Zone, GHT, PRS ; décisions des ARS : homogènes
- Trods et autotests en pharmacie : garantie pour la santé publique
- La financiarisation : respect de la loi

### **La réforme du financement des établissements de santé**

De nombreuses critiques ont été formulées sur les modalités de financement des établissements de santé, en particulier sur la T2A et ses limites, notamment dans les pathologies chroniques. Action Praticiens Hôpital demande qu'une grande concertation associant tous les acteurs hospitaliers, y compris les syndicats, soit lancée afin de réformer en profondeur ce système. Les difficultés de mise en place des nouvelles modalités de financement des SSR et des EHPAD plaident pour une remise à plat avec le plus large tour de table et non de s'en remettre à quelques experts.

### **Le statut des établissements publics de santé et de leurs agents**

Certains acteurs hospitaliers ont plaidé pour une remise en cause des statuts des établissements publics de santé et leurs agents, demandant une autonomie accrue dans leurs recrutements et leurs rémunérations.

Action Praticiens Hôpital considère que ces propositions ne visent qu'à isoler les agents face à leur employeur qui cherche à s'affranchir des règles communes définies au niveau national dans un unique souci de rentabilité immédiate, et demande une clarification des objectifs gouvernementaux en la matière. Nous exigeons que les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers soient parties prenantes de toute réflexion locale ou nationale sur ces sujets sensibles. Ainsi, les praticiens choisiront-ils le cadre hospitalier public en toute connaissance de cause.

### **L'extension du dispositif de retraite progressive aux personnels médicaux hospitaliers dont le temps de travail n'est pas décompté en heures**

Le seul dispositif juridique de cessation progressive d'activité avant la retraite applicable aux praticiens hospitaliers est la retraite progressive. Ce choix est opposable si le PH le retient comme une manière de terminer sa carrière. Toutefois, à entendre les plaintes de plusieurs praticiens, cette disposition semble nécessiter que le temps de travail soit décompté en heures, ce qui n'est pas le cas de la majorité d'entre eux.

Action Praticiens Hôpital demande que ce dispositif soit étendu à tous les personnels médicaux hospitaliers dont le temps de travail est décompté en demi-journées.

### **La réforme du troisième cycle des études médicales**

De nombreuses questions restent en suspens dans cette réforme d'ampleur. Par exemple, quelle répartition des responsabilités entre internes en phase d'autonomie et praticiens qui les encadrent ? Nous nous inquiétons aussi de la nouvelle répartition des internes entre établissements qui en résultera, certaines phases du cursus devant être obligatoirement effectuées en CHU.

Action Praticiens Hôpital demande à être associé à l'élaboration des textes en cours et considère qu'il faut reporter la réforme d'une année afin que des réponses satisfaisantes soient apportées aux légitimes interrogations des organisations concernées.

### **Relations entre les Pouvoirs Publics et APH**

Les missions dévolues en interne au Ministère de la santé ont évolué avec l'arrivée de la nouvelle équipe. Nous demandons que nous soit communiqué l'organigramme du Ministère ainsi que les noms et coordonnées des responsables auxquels nous devons nous adresser, au Cabinet et à la DGOS.

Jacques Trévidic, Président APH et CPH

Max-André Doppia, Président Avenir Hospitalier