

INPH

Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers



CONFEDERATION DES PRATICIENS
DES HÔPITAUX

OUI LE SECTEUR PUBLIC
EST PLUS QUE JAMAIS
D'ACTUALITÉ : DÉFENDONS-
LE ENSEMBLE !

La période électorale pour le renouvellement de nos instances professionnelles statutaires s'ouvre du 28 novembre au 19 décembre 2011 et il est important que chaque praticien saisisse toute l'importance de cette consultation et se mobilise pour cette échéance. Au delà de la désignation de vos représentants dans les Commission Nationale Statutaire et Conseil de Discipline, c'est à cette occasion que se mesurent l'audience et la représentativité des organisations syndicales.

L'INPH et la CPH ont décidé et réussi à présenter à vos suffrages des listes d'Union, afin de marquer encore l'importance de l'enjeu pour les cinq années qui viennent. Rappelez-vous ! C'est ensemble que nous avons lutté ces dernières années contre les orientations des Pouvoirs Publics si défavorables à l'hôpital. C'est ensemble que nous essayons aujourd'hui de remédier aux effets les plus délétères de la loi HPST et de ses décrets d'application. C'est bien évidemment ensemble que nous devons nous présenter à vos suffrages.

Au sommaire de cette LETTRE N° 2, quatre "focus" sur retraite, permanence des soins, statut des PH, et chirurgie. Entre les lignes, on voit bien que sont en cause aujourd'hui ce qui a fait notre excellence hier : accessibilité, efficacité et qualité des soins, management équilibré entre gestionnaires et CME à la recherche des meilleures pratiques soignantes dans le respect de l'indépendance professionnelle du praticien. La maîtrise des dépenses de santé ne doit pas conduire à des soins au rabais mais à la recherche du meilleur soin au juste coût.

Il est indispensable demain que les PH des hôpitaux publics soient représentés par des organisations suffisamment fortes pour proposer, non pas un retour au passé, mais l'évolution des missions d'un service public moderne à même de prendre en compte les besoins des patients de ce siècle.



Pierre FARAGGI - Rachel BOCHER

Les conséquences que nous ressentons chaque jour dans nos pratiques, de la mise en place de pôles trop souvent de taille excessive, structures de gestion purement financières, lourdes et stérilisantes, ne vont pas dans cette direction.

Les droits des patients et de leurs familles sont malmenés, le dialogue social est insuffisant, les praticiens sont démotivés et nous sentons bien tous qu'au delà de l'application d'un simple texte technocratique, la loi HPST dans sa brutalité aveugle mobilise **le désenchantement en lieu et place de l'engagement et vise à substituer au service public hospitalier une mosaïque de partenariats public/privé** dont on commence juste à percevoir les contours et les effets.

Que la lecture de notre lettre N°2 puisse vous permettre de mesurer non seulement la colère qui monte devant la déconstruction de notre outil de soins, mais aussi de prendre connaissance du message que nous porterons demain, si vous nous accordez votre confiance.

Dès 2012, les jeux professionnels seront faits.

Nous devons maintenant faire entendre nos voix, toutes spécialités et pratiques confondues pour rappeler que le service public doit être défendu, pour garantir une offre de soins de qualité au service de tous les patients

**VOTEZ POUR LES LISTES DE
L'UNION CPH-INPH**

Rachel BOCHER

• Présidente de l'INPH

Pierre FARAGGI

• Président de la CPH

POURQUOI VOTER POUR LES CANDIDATS DES LISTES CPH-INPH PLUTÔT QUE LES CANDIDATS DES AUTRES LISTES ?



Jean-Michel BADET

- Président CNPH - CHU
- Vice Président INPH



Jean-Marie LELEU

- Président FNAP - SP - HP
- Vice Président CPH

Depuis de nombreuses années, nos intersyndicales respectives ont accordé une place importante à la défense de la chirurgie du service public.

- Les candidats (hommes et femmes) qui se présentent à vos suffrages ont déjà une expérience des commissions dans lesquelles ils siègent pour vous défendre.
- Ils représentent l'ensemble de la chirurgie au niveau des différentes spécialités, des différents hôpitaux (CHU, CH), des modes d'exercices (temps plein, temps partiel) et de toutes les régions, métropole et outremer.

En votant pour ces listes communes, vous accompagnez la lutte contre les effets néfastes de la Loi HPST qui frappe de plein fouet la chirurgie :

- Restructurations hospitalières conduites sans concertation avec les praticiens de terrain aboutissant à des mises en recherche d'affectation de PH, que ces derniers vivent comme une sanction ;
- Réductions budgétaires aboutissant à un exercice où la productivité prend le pas sur la sérénité, alors que la chirurgie est reconnue comme un élément moteur de la tarification à l'activité. Coupes sombres dans les enveloppes MIGAC alors que le secteur chirurgical se voit confier de plus en plus de missions et de contraintes (qualité, accréditation, plan cancer, sécurité des blocs, etc. ...);
- Fracture managériale : La perte d'influence de la CME en est l'exemple emblématique laissant aux mains de non-médecins les rouages et les décisions.

L'exercice chirurgical reste un exercice solitaire, **un véritable artisanat chirurgical** qui ne peut se concevoir sans un environnement technique adapté, et en collaboration avec des équipes médicales de nombreuses spécialités. **Métier individuel par essence, collectif par nécessité**, il faut replacer le chirurgien au cœur de la communication du bloc opératoire, activité chronophage alors que le temps chirurgical est incompressible.

Si la gradation des soins devient une nécessité, si des recompositions hospitalières doivent se faire, si le regroupement de plateaux techniques s'avère incontournable, ils ne peuvent

se faire sans l'expertise des chirurgiens de terrain.

Le chirurgien est au cœur du dispositif de permanence des soins. Au moment où le gouvernement cherche tous les lieux d'économies possibles, la permanence des soins est en danger par une réaffectation d'une partie de l'enveloppe en direction du monde libéral, alors qu'elle est supportée essentiellement par le public. Il est bien difficile dans ces conditions de prôner une collaboration public/privé dans ce domaine d'autant que la rémunération de l'astreinte ou du déplacement n'ont jamais été revalorisés avec un différentiel public/privé inacceptable. **Beaucoup d'entre vous exercent en temps partiel.** Nous serons vigilants à la mise en œuvre promise de l'élargissement à 100% du salaire de l'assiette de cotisation retraite. Le fiasco de la part variable voulue par certains confirme bien l'indispensable maintien d'un statut unique des PH, en particulier en chirurgie (incluant la possibilité d'un exercice libéral).

Enfin, enseigner la chirurgie, ce ne sont pas uniquement des cours magistraux mais surtout un compagnonnage au quotidien, au plus près du geste chirurgical, activité bénévole dans la majorité des hôpitaux. **Enseigner la chirurgie c'est transmettre cette alchimie de compétence, de reconnaissance et de confiance.**

VOTEZ POUR LES LISTES CHIRURGIE D'UNION SOUTENUES PAR LA CPH ET L'INPH

PERMANENCE DES SOINS : QUI PEUT VALABLEMENT EN FIXER LA VALEUR ?



Alain JACOB

- Président SNHG
- Secrétaire Général Adjoint INPH



Jamil AMHIS

- Président FPS
- Secrétaire Général INPH

La continuité et la permanence des soins à l'hôpital public permettent d'assurer la sécurité et l'accueil des patients 24 heures sur 24, 365 jours par an.

La continuité des soins concerne les patients hospitalisés et est une obligation statutaire pour tous les praticiens prenant en charge des patients à l'hôpital.

La permanence des soins concerne l'accueil et le traitement des patients arrivant à l'hôpital. Il s'agit là d'une mission de service public qui peut être déléguée au secteur privé lucratif en cas de carence de l'hôpital public.

Cette activité est une mission humaniste et valorisante.

Cependant elle est une charge importante pour nos hôpitaux sur les plans financier et organisationnel Comment rémunérer une activité non programmée à sa juste valeur. Qui peut valablement fixer la valeur d'un acte médical?

Sur le plan humain comment prévenir et reconnaître la fatigue physique et morale liées au travail de nuit ?

Ces missions incombent historiquement et de façon non dissociées aux hôpitaux publics. Depuis la loi HPST l'évolution se fait vers une séparation artificielle de la continuité et de la permanence :

- La continuité s'impose à tout établissement d'hospitalisation et ne justifie pas de rémunération particulière en dehors des secteurs de soins critiques (réanimation, soins intensifs,USIC, USINV...).
- La permanence des soins est devenue une mission de service public confiée à un nombre restreint d'établissements publics et privés dans le secteur sanitaires. Les ARS doivent en définir la répartition à la fin de 2011 avec des obligations contractuelles.

Cinq questions se posent :

- ① L'accessibilité financière aux soins d'urgence s'impose quel que soit le secteur. La qualité doit d'être homogène.
- ② Le poids de la permanence des soins va porter sur un petit nombre d'établissements et par voie de conséquence sur un nombre limité de praticiens. On sait que la permanence des soins est un facteur de choix du secteur d'activité pour les jeunes praticiens.
- ③ La surveillance des praticiens par les services de santé au travail est primordiale pour prévenir et dépister les conséquences physiques et psychologiques de l'activité de permanence.
- ④ La reconnaissance financière ainsi que du temps passé à cette activité doit être clarifiée.
- ⑤ Enfin une réflexion doit être entamée sur la participation de l'ensemble des praticiens à la permanence quel que soit leur secteur d'activité.

L'INPH comme la CPH ont toujours été et restent vigilants sur ces questions. Leur action vis à vis des ARS (commissions paritaires régionales) et de la DGOS est permanente.

La pénibilité de l'exercice hospitalier en particulier en lien avec la permanence des soins sera un point de vigilance particulier de l'INPH pour les négociations statutaires à venir.

**Du 28 novembre
au 19 décembre
VOTEZ et faites VOTER
pour les listes d'union
INPH-CPH**

LE STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER, UN ACQUIS MAJEUR



Alain JACOB

- Président SNHG
- Secrétaire Général Adjoint INPH



Jacques TREVIDIC

- Secrétaire Général SPHP
- Vice Président CPH

Vos représentants élus auprès des pouvoirs Publics, au premier rang desquels ceux de l'INPH et la CPH ont participé en 1984 et 1985 aux négociations pour les statuts de praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel. Imaginaient-ils que celui-ci serait encore 27 ans après la colonne vertébrale de l'exercice médical, odontologique et pharmaceutique à l'hôpital

Les grands principes définis dans ces textes sont toujours d'actualité :

- Un seul corps de praticien hospitalier, quelle que soit la discipline c'est ce à quoi nous avons travaillé pour rapprocher les statuts de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel. Les derniers écarts (cotisations IRCANTEC, prime d'exercice exclusif) devraient être corrigés au cours des négociations statutaires des prochaines semaines pour aboutir à un vrai statut unique ;
- Une nomination au niveau national, après admission sur une liste d'aptitude ;
- Une rémunération principale forfaitaire, respectant l'indépendance professionnelle ;
- Une progression de la rémunération à l'ancienneté ;
- Une couverture sociale améliorée par rapport au régime de base de la sécurité sociale.

De ces grands principes découlent les principaux avantages de ce statut :

- Pas de discipline plus « égale » que les autres ;
- Visibilité à long terme de la carrière ;
- Indépendance professionnelle.

Depuis leur création, les statuts de praticien hospitalier ont fait l'objet d'aménagements qui n'ont pas modifiés fondamentalement ces principes :

L'intégration des gardes dans le temps de travail et l'instauration d'un repos de « sécurité » pris immédiatement après la période d'activité ont participé à la prise en compte, encore insuffisante, de la pénibilité liée à la permanence des soins. Ces mesures en avance sur la réglementation européenne doivent être régulièrement défendues. Nos organisations s'y emploient.

La permanence des soins repose soit sur la garde soit sur l'astreinte. L'évolution statutaire de l'astreinte bien que programmée est insuffisante et surtout trop lente. Elle est à l'origine de tensions entre les spécialités assurant la

permanence en garde ou en astreinte. **Seule l'amélioration réelle de l'astreinte préservera l'unité du corps** heureusement conservée jusqu'ici.

Un statut pérenne apporte une sécurisation de la carrière des praticiens hospitaliers. C'est également un des principaux facteurs d'attractivité pour les jeunes praticiens. Si la mode est à la contractualisation généralisée et à l'individualisation des rémunérations, il ne faut pas que les pouvoirs publics, soutenus par ceux qui se considèrent comme notre employeur (la Fédération Hospitalière de France), confondent efficacité et rentabilité. La création d'une part variable de rémunération qui serait liée, uniquement, à des objectifs quantitatifs d'activité remettrait en question l'indépendance professionnelle des praticiens et pourrait avoir des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge des patients. Les effets inflationnistes de la T2A seraient largement accentués.

Sept points majeurs sont à améliorer dans le statut de praticien hospitalier :

- ① **La rémunération des praticiens en début de carrière** est insuffisante par comparaison avec le secteur libéral. La solution la plus simple serait la suppression des 6 premiers échelons.
- ② **Les indemnités des astreintes** notoirement sous évaluées.
- ③ **Le CET** réellement financé et disponible au choix du PH.
- ④ **La FMC, attractive et indispensable au praticien**, est très incomplètement remplacée par un DPC sans cesse repoussé. Elle est insuffisamment financée pour assurer l'indépendance du praticien vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Les fonctions d'enseignement et de recherche des praticiens hospitaliers non universitaires doivent être reconnues quand les praticiens s'y investissent.
- ⑤ **La pénibilité de l'exercice médical** (permanence des soins, isolement professionnel, exercice multi site...) est très incomplètement prise en compte dans l'évolution de la carrière. Ces contraintes pourraient être, dans certains cas, compensées par l'attribution de points IRCANTEC gratuits et de trimestres validés. Le recours des praticiens hospitaliers aux services de santé au travail est notoirement insuffisant pour la prévention et le dépistage des risques professionnels physiques et psychologiques avant la survenue de pathologies liées.
- ⑥ **L'investissement dans la vie institutionnelle** pourrait être mieux reconnu, et faire l'objet de rémunérations encadrées par un barème national.
- ⑦ **Le niveau de la retraite est insuffisant.** Il faut améliorer le taux de remplacement en permettant l'accès à une retraite complémentaire (facultative) abondée conjointement par le praticien et l'employeur.

C'est sur ces bases que la CPH et l'INPH, en présentant des listes communes, défendront les droits de tous les praticiens hospitaliers.

ACTUALITÉ RETRAITE



Denis Desanges

• Secrétaire Général CPH

L'ETAT DES LIEUX : la réforme entamée en 1993, par E. Balladur, poursuivie en 2003 dans le cadre de la loi Fillon, a transformé considérablement le paysage des retraites.

La durée de cotisation – régime général et IRCANTEC – est passée de 150 trimestres à 160 trimestres en 1993, et augmente d'un trimestre par an à partir de 2009 pour atteindre 164 trimestres en 2012, 165 trimestres en 2013, 166 trimestres en 2015, inaugurant une ère de minoration des retraites.

En septembre 2008, la réforme de l'IRCANTEC, prévoyait une modification des paramètres du régime, diminuant notamment le rendement réel (valeur du point /prix d'achat du point) de 12,09% en 2008 à 7,75% en 2017 par relèvement annuel du prix d'achat du point. A cette date, le nombre de points acquis par échelon et par an aura diminué de 35% environ, réduisant d'autant le montant de la retraite IRCANTEC. Parallèlement, les cotisations augmentent à partir de 2011 et jusqu'en 2017 avec détérioration du ratio de répartition salarié/employeur.

De plus, les effets de la loi portant réforme des régimes de retraite de base du 9 novembre 2010 – report de l'âge légal de la retraite et de l'âge d'obtention du taux plein de 2 ans par ajout de 4 mois par an entre 2011 et 2016, allongement de la durée de cotisation, reconnaissance de la pénibilité limitée à une incapacité médicalement constatée – vont amplifier la réduction du montant de la retraite des P.H.

Quant à l'élargissement de l'assiette des cotisations IRCANTEC aux diverses indemnités et aux astreintes, il ne compensera que partiellement (15% dans la plupart des cas) une réduction de la retraite complémentaire de 35 % environ.

LES PROPOSITIONS CPH-INPH :

- ① **La reconnaissance de la pénibilité** des conditions d'exercice professionnel des P.H., par des mesures spécifiques sous forme d'attribution de trimestres d'activité supplémentaires majorant la durée de cotisation comptant pour la retraite,
- ② **L'élargissement de l'assiette des cotisations IRCANTEC** à la totalité des rémunérations et primes pour l'ensemble des praticiens à temps plein et à temps partiel,
- ③ **La création d'un plan d'épargne retraite** abondé par l'employeur, s'ajoutant au régime de base et à la retraite complémentaire IRCANTEC.

**Du 28 novembre au 19 décembre
VOTEZ et faites VOTER
pour les listes d'union
INPH-CPH**