

**ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL**



POUR REDONNER SON SENS ET SES VALEURS A L'HOPITAL PUBLIC

Mesures d'attractivité des carrières médicales, pharmaceutiques et odontologiques à l'hôpital public

L'Hôpital est une institution très importante pour les Français, et des années d'incurie ont conduit les médecins à se détourner de l'exercice hospitalier. Il est urgent de mettre en place des mesures fortes destinées à redonner aux carrières hospitalières une attractivité et une lisibilité qu'elles ont perdues, à redonner du sens au travail et à l'engagement dans la carrière, pour toutes les générations. C'est l'avenir du Service Public Hospitalier qui en dépend.

Mesures statutaires

L'exercice de la médecine est un travail d'équipe, particulièrement à l'hôpital. Il est important que les équipes médicales soient solidaires entre elles et pour cela, un statut commun est un atout et une nécessité. La multiplication des situations statutaires différentes entre praticiens contribue à disloquer le travail en équipe ; cette dislocation est renforcée par l'intérim, conséquence de la perte d'attractivité des carrières hospitalières. Il est urgent de reconstruire un statut commun pour tous les médecins, pharmaciens et dentistes hospitaliers, qui permette d'attirer les jeunes praticiens et d'y garder les moins jeunes. Les équipes doivent être stabilisées, pour cela il faut redonner de l'équité entre praticiens, tout en permettant des évolutions de carrières individuelles selon les appétences de chacun.

Il faut donc deux types de statut, un pour les titulaires, et un pour les contractuels :

- **Statut unique de praticien hospitalier titulaire**, fusionnant les statuts temps plein et temps partiel, hospitalier ou hospitalo-universitaire, avec suppression de la période probatoire si le praticien a un an d'ancienneté dans la structure, et facilitation du passage entre temps plein et temps partiel (après accord du praticien et de l'hôpital). Un système de **valences, contractualisées, s'inscrivant au sein de ce statut unique de PH** permettra d'assurer les fonctions d'enseignement, de recherche et de management local ou territorial, pour une quotité de temps de travail et une durée déterminée par contrat avec l'université et/ou l'hôpital. Ce système de valences permet d'intégrer les **statuts hospitalo-universitaires** qui resteraient sous la double tutelle du Ministère de l'Enseignement et de la Recherche et du Ministère de la santé selon les valences attribuées. La retraite des HU doit être élargie à l'ensemble de leurs rémunérations.
- **Statut unique de praticien contractuel**, englobant les statuts actuels de praticien attaché et assistants et tous les statuts intermédiaires.
- Une même rémunération pour la permanence des soins, quel que soit le statut, au niveau des HU, incluses dans l'assiette des cotisations Ircantec.

- Suppression des 5 premiers échelons de la carrière de PH avec début de carrière à 5000 € brut mensuels et création de deux échelons supplémentaires à la fin de la carrière de PH. Ainsi la nouvelle grille des échelons pourrait être la suivante :

Ancien échelon	Nouvel échelon	Durée	Montant brut mensuel actuel	Nouveau montant
1		1 an	4 130,68 €	
2		1 an	4 200,78 €	
3		2 ans	4 298,95 €	
4		2 ans	4 411,11 €	
5		2 ans	4 607,41 €	
6	1	2 ans	4 929,92 €	5000 €
7	2	2 ans	5 280,46 €	5500 €
8	3	2 ans	5 448,72 €	6000 €
9	4	2 ans	5 645,02 €	6500 €
10	5	2 ans	6 065,68 €	7000 €
11	6	2 ans	6 318,07 €	7500 €
12	7	4 ans	7 182,85 €	8000 €
13	8	4 ans	7 500,82 €	8500 €
	9	4 ans		9000 €
	10			9500 €

- Afin de lutter contre l'intérim, possibilité de valoriser un type d'emploi de contractuel remplaçant, en contrat court, avec gestion régionale (ARS) et nationale (CNG) des postes offerts pour une transparence totale, avec ancienneté d'échelons doublés une fois titularisés, et rémunération à l'échelon 10 actuel (échelon 5 nouvelle grille).
- Clarification de la durée du temps de travail :
 - o Pour les praticiens en décompte en demi-journées : 5 plages par 24 heures (et non 4) pour une juste valorisation horaire des périodes de travail nocturne.
 - o Extension de la possibilité du temps continu à l'initiative du responsable médical de la structure après avis des praticiens concernés et proposition de la commission médicale d'établissement à l'ensemble des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques.
 - o Le temps de travail additionnel ne devrait plus être une variable d'ajustement salarial comme actuellement, grâce à la nouvelle grille, et devrait être limité aux imprévus, grâce à des effectifs médicaux adaptés aux charges de travail de l'équipe.
- Introduction du concept de pénibilité dans la carrière, notamment celle du travail de nuit avec prise en compte pour la date de possibilité de retraite ou une activité allégée en fin de carrière.
- Activité libérale des praticiens hospitaliers :
 - o Soit autorisation pour 2 demi-journées par semaine maximum si l'activité est intra-hospitalière, le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale étant inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique ;
 - o Soit autorisation pour 6 demi-journées par semaine maximum si l'activité est extra-hospitalière.
 - o Impossibilité de cumuler activité libérale intra et extra hospitalière

- Activité d'intérêt général : permettre à tout PH qui n'exerce pas une activité libérale d'effectuer une activité d'intérêt général pour 2 demi-journées par semaine après avis de la CME et du responsable de structure.
- Couverture sociale et retraite : alignement sur le statut de PH temps plein, cotisation Ircantec à taux plein sur l'ensemble des rémunérations et primes pour tous, extension du dispositif de retraite progressive à tous les personnels médicaux, quelles que soient les modalités de décompte du temps de travail.

Mesures institutionnelles

- Gestion des carrières individuelles :

Une véritable gestion des carrières dans le temps doit être proposée à tous les praticiens, avec trois moments forts :

- les débuts de carrière (projet de carrière avec entretien individuel et contractualisation des valences diverses, accompagnement social type place en crèche).
- les milieux de carrière (évaluation de la satisfaction au travail, de la qualité de vie au travail, des valences réalisées et de celles envisagées, de l'engagement dans la vie institutionnelle par entretien individuel, du DPC réalisé, projet de reconversion éventuelle).
- les fins de carrière (évaluation de la satisfaction au travail et de la qualité de vie au travail, projet éventuel de transmission du savoir, nouvelles valences, projet éventuel de retraite progressive). 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 et du PMP du GHT, pour s'orienter vers des activités de soutien ou « tertiaires » (gestion des équipes, du DPC, qualité, prévention, médiation, etc).

Organisation du travail

Il faut libérer du temps médical, en déchargeant les médecins de tout le travail administratif qui n'est pas strictement médical, grâce à un secrétariat médical, adapter le numérique à l'exercice médical ce qui permettrait le développement de la télémédecine. Les moyens du « bon travail » doivent être financés (bureau, secrétariat, informatique, codes, etc).

La coopération interprofessionnelle doit être guidée par une amélioration du service rendu au patient et aux acteurs, en dehors de tous autres enjeux. La pertinence des soins doit être construite et évaluée par les acteurs eux-mêmes, et restituée en CME si besoin.

Des moyens doivent être donnés au dialogue social de proximité et à la médecine du travail, afin de permettre un recours en cas de souffrance au travail ou de conflit local. En particulier, il est indispensable d'évaluer les conditions de travail sur des lieux partagés au sein des GHT : qualité de vie, adhésion au projet professionnel.

La pertinence des soins doit être construite et évaluée par les acteurs eux-mêmes, et restituées en CME si besoin.

Le lien fonctionnel entre praticiens hospitaliers et personnel non médical doit être retrouvé, non pour recréer une forme de mandarinat mais pour permettre un travail en équipe efficace sans clivage entre professions.

La coopération interprofessionnelle doit être guidée par une amélioration du service rendu au patient et aux acteurs, en dehors de tous autres enjeux.

Place des praticiens à l'hôpital

La perte d'attractivité des carrières hospitalières est liée aussi à la place insuffisante des praticiens dans l'organisation hospitalière. Il faut redonner un nouveau souffle à la démocratie interne et à la parole médicale au sein de l'institution, et à l'**autonomie professionnelle**. Le projet médical et territorial doit être construit et appliqué avec les acteurs, et pas une construction administrative top down. Cela passe par un management participatif, axé sur l'**information, la concertation et l'évaluation**. Il faut cesser ce management par les normes, les indicateurs, le benchmarking et leur corollaire, les humiliations permanentes, afin de promouvoir une **gestion bienveillante**. Les postes à responsabilité institutionnelles doivent être soumis à évaluation avant d'être renouvelés. La composition de la CME doit être revue pour permettre une vraie représentation des médecins, et leur redonner confiance aux institutions.

Les objectifs d'ordre financier ne doivent plus être les principaux motifs des décisions hiérarchiques, ce qui sera permis par une **obligatoire réforme du financement des hôpitaux**, la T2A n'étant applicable qu'aux actes et non aux parcours médicaux complexes.

La Qualité de vie au Travail doit devenir un objectif essentiel du management pour permettre d'obtenir tous les autres objectifs en terme de sécurité des soins et d'efficacité financière.

Contacts :

[Jacques Trévidic](#), Président CPH, Président APH

[Renaud Péquignot](#), Président AH, Vice-président APH

[Marc Bétremieux](#), Secrétaire général APH

[Raphaël Briot](#), Trésorier APH

[Nicole Smolski](#), Présidente d'honneur APH