Mai 2024

Alliance Hôpital (SNAM-HP & CMH)
Ensemble pour l'hôpital de demain

Édito

L'union syndicale comprenant notamment le SNAM-HP et la CMH est représentative, présente et assure la défense de toutes les spécialités médicales et de tous les statuts de l'hôpital public : Universitaires, Praticiens Hospitaliers et Praticiens Contractuels.

Mesures « Buzyn » et le « Ségur »
(4 ans... et 4 ans)
(Mise au net)

Attention, tous les syndicats demandent une abréviation de carrière pour les PH en milieu de carrière de 4 ans, soit 2 échelons de gain d'ancienneté pour tous.

Le Ségur de la Santé de 2020 n'a rien à voir avec un éventuel préjudice d'inégalité dans l'évolution des carrières. Il s'agit de la suppression des 3 premiers échelons pour l'entrée dans la carrière créant un légitime sentiment d'injustice chez les collègues à ancienneté moyenne (6, 8 ou 10 ans d'ancienneté par exemple), voyant arriver des nouveaux promus dans la carrière, pratiquement à la même hauteur qu'eux.

Mais cette suppression des 3 premiers échelons créant ce sentiment de malaise n'est pas liée au Ségur. Il est inclus dans les mesures Buzyn de « Ma Santé 2022 » de fin 2019, acceptée alors par la totalité des syndicats de médecins.

Nous réclamons depuis un avancement de carrière de 4 ans pour tous dû à cette réforme « Buzyn » il est inutile, sans intérêt et contre-productif d'en faire un argument de campagne électorale.

De plus, les 3 échelons exceptionnels créés par le Ségur de la Santé sont beaucoup trop longs en termes de délai et nous demandons donc là aussi un raccourcissement de 4 ans de carrière.

Soit 4 ans pour compenser les mesures Buzyn en faveur du milieu de carrière et 4 ans pour que tous puissent, en fin de carrière atteindre le nouveau 13ème échelon.

Soit 8 ans en tout.

Il faut donc abréger de 8 ans au moins la carrière de tous les praticiens, telle est la solution.

Ceci est à la base de notre plateforme revendicative concernant la grille salariale des Praticiens Hospitaliers.

Pourquoi une augmentation immédiate et importante des rémunérations des praticiens hospitaliers est indispensable à la sauvegarde de l'hôpital public

La fuite des médecins de l'hôpital public vers le secteur privé ou vers d'autres pays peut s'expliquer par plusieurs facteurs combinés :

- **La détérioration des conditions de travail** dans les hôpitaux publics, caractérisée par une augmentation de la charge de travail, un manque de personnel, et une pression administrative croissante.
- **La plus faible rémunération** comparée à celle offerte par le secteur privé.
- **La détérioration de la qualité de vie** et en particulier la difficulté à équilibrer vie professionnelle et vie privée.
- **Les faibles possibilités de formation**, la prise en compte de la formation continue restant trop limitée dans le secteur public.
- **Le sous-investissement** chronique dans les hôpitaux publics qui entraîne un vieillissement des infrastructures et un manque d'équipements modernes.
- **Le manque d'autonomie professionnelle** induite par les contraintes budgétaires et administratives sans cesse croissantes qui affectent l'autonomie des praticiens et leur satisfaction au travail.
- **Le manque de reconnaissance et la dégradation du statut social** jouent également un rôle dans la décision de quitter le secteur public.
- **Les réformes du système de santé et les politiques gouvernementales** qui affectent le fonctionnement des hôpitaux publics peuvent également influencer le choix des médecins .

Concernant les rémunérations des PH, c'est une forte revalorisation qui est indispensable. En effet, la perte de pouvoir d'achat des praticiens hospitaliers depuis une vingtaine d'années est très importante, due en partie à l'absence de revalorisation du point d'indice dans la fonction publique en France, la perte atteignant environ 20% entre 2002 et 2023 (figure 1).

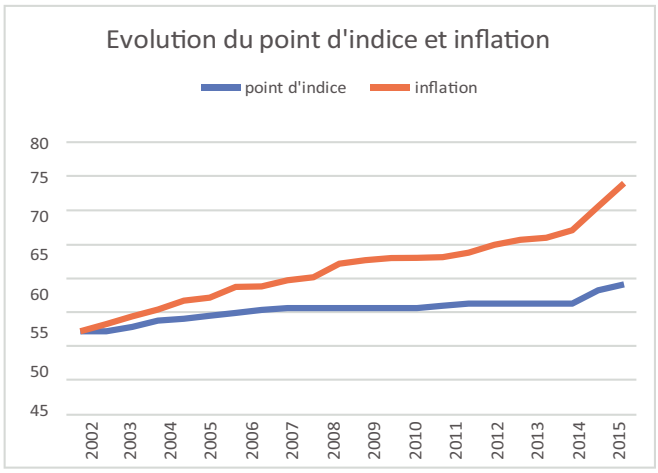

Figure 1 : différentiel entre l'évolution du point d'indice de la fonction publique et l'inflation

Par ailleurs, les modifications de la grille des carrières des PH se sont traduites par un allongement de la revalorisations de rémunérations obtenues lors du « Ségur de la santé ». De plus si l'on compare les rémunérations des PH en 2010 corrigées de l'inflation, on constate qu'à ancienneté équivalente, les rémunérations actuelles sont globalement plus faibles qu'en 2010, et en particulier après 20 et 24 ans d'ancienneté où la différence atteint 10% environ (figure 2).

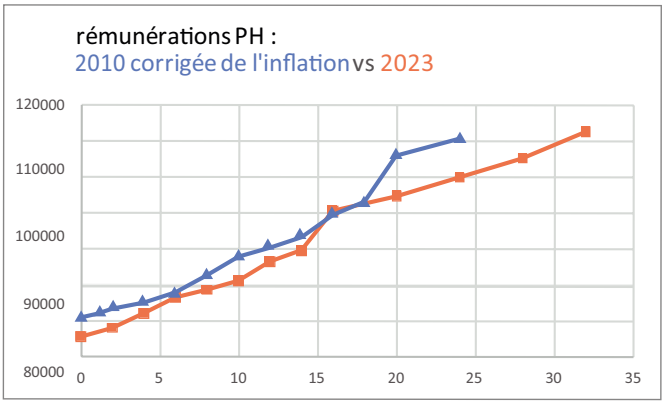

Figure 2 : comparaison des rémunérations brutes des PH (Euros en ordonnées) en 2010, corrigées de l'inflation, et de celles en 2023, tout au long de la carrière (années en abscisses)

Pour lutter contre la fuite des médecins hospitaliers du secteur public, il faut donc, sans délai :

- augmenter considérablement la rémunération des praticiens hospitaliers,
- raccourcir la durée de la carrière (fig 3),
- améliorer les conditions de travail,
- réformer la gestion des hôpitaux,
- investir dans l'amélioration des infrastructures et des équipements médicaux,
- réorganiser l'offre de soins territoriale

L'ensemble des mesures à mettre en œuvre pourront être définies dans un plan d'urgence de sauvegarde de l'hôpital public auquel devront être largement associés les syndicats de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires.

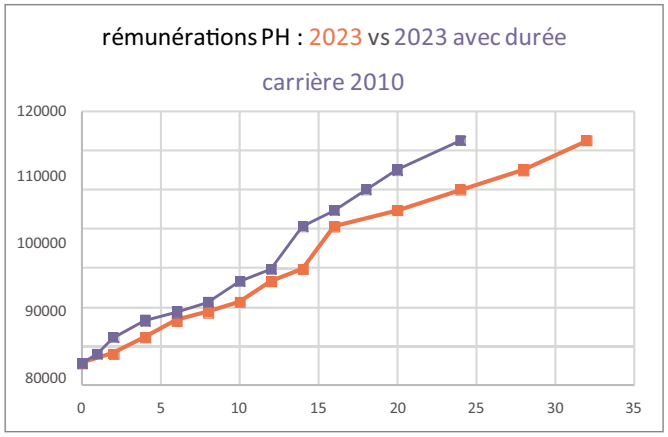

Figure 3 : effet du raccourcissement de la carrière (années en abscisses) sur les rémunérations brutes des PH (Euros en ordonnées).

La pénibilité due à la machinerie bureaucratique

Il faut laisser les médecins hospitaliers travailler

« Laissez-nous bosser »

Ce cri du cœur, résonnant au sein des hôpitaux et des structures de soins, illustre la frustration croissante des personnels de santé. Ces dernières décennies ont vu une réduction drastique du temps dédié aux patients, grignoté par une avalanche de tâches administratives, de réunions et de reporting. Une situation alarmante, où médecins et soignants s'accordent à dire qu'ils ne disposent plus de suffisamment de temps pour leurs tâches cliniques essentielles.

La surcharge administrative est devenue le principal voleur de temps, une aberration dans un domaine où chaque minute devrait être consacrée à soigner et à écouter. Les logiciels métiers, loin d'apporter une solution, exacerbent le problème avec leurs défauts d'interopérabilité et la lourdeur du codage des actes.

Au cœur de cette tempête, le temps d'échange entre professionnels de santé, si crucial à la prise en charge du patient, se retrouve sacrifié et est jugé insuffisant par la très grande majorité des médecins.

La nécessité d'une simplification du quotidien, notamment via la réduction des tâches administratives, est plus pressante que jamais. Les conditions de travail se dégradent, impactant directement la qualité des soins et la satisfaction des patients. Le manque de temps consacré aux échanges et aux soins conduit à une perte de sens et à une démotivation profonde parmi les soignants.

Ce déséquilibre entre les tâches administratives et le temps de soins nourrit une démotivation généralisée, exacerbée par un sentiment d'abandon face à une direction administrative qui manque d'écoute et ne propose pas d'action concrète pour résoudre ces problématiques cruciales.

Face à ce constat, un changement radical s'impose pour redonner aux soignants la possibilité de faire ce pour quoi ils se sont engagés : prendre soin de leurs patients.

Communiqué de presse
CMH - INPH - SNAM

Le maintien d'un hôpital public de qualité et ouvert à tous doit devenir une urgence nationale et prioritaire
Il faut prévenir la très grave crise sanitaire qui se constitue

L'hôpital public souffre d'une crise chronique organisationnelle, financière et aujourd'hui existentielle. La valse des ministres de la santé ces derniers mois montre à quel point les plus hautes instances de notre pays tiennent en peu de considération ce service public et ceux qui y travaillent au quotidien. Un sous-financement chronique du service public de santé a progressivement dégradé l'attractivité de l'hôpital public pour les jeunes diplômés et a entraîné aussi une fuite des anciens vers les établissements privés où ils sont mieux rémunérés, ce qui accentue chaque jour le déficit démographique en médecins du à une politique irresponsable, à moins qu'elle n'ait été volontaire, de la gestion du numerus clausus des études de médecine, selon l'adage ubuesque que plus il y a de médecins, plus les français sont malades !

Par ailleurs, depuis plusieurs années le dialogue social s'est particulièrement dégradé entre les syndicats représentatifs des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers et les tutelles, ces dernières n'ayant qu'une très faible marge de manœuvre, du fait des contraintes budgétaires imposées par les gouvernements successifs, pour proposer les réformes pourtant indispensables pour continuer à assurer une offre de soins digne d'un pays comme la France.

Or depuis le 12 mai 2023, il n'y a plus de négociation avec le Ministère, il y a de facto une rupture complète dans tous les contacts avec l'administration centrale. La DGOS sur demande du cabinet du Ministre a stoppé toutes les discussions concernant l'amélioration de l'attractivité de la médecine hospitalière.

Ont défilé depuis, pas moins de quatre Ministres de la Santé, sans qu'aucun signe, aucun indice d'une préoccupation sur l'hôpital de la part du gouvernement ne s'est manifesté.

L'Intersyndicale Nationale de Praticiens Hospitaliers (INPH) et l'union Alliance Hôpital (CMH et SNAM-HP) lancent un cri d'alarme sur ce quasi abandon, c'est de la santé des français et de l'excellence des hôpitaux français dont il est question.

Des mesures immédiates et substantielles s'imposent sans délai.

La procrastination doit cesser.

Les syndicats soussignés et l'ensemble de la profession ne sauraient rester sans réaction face à ce grave dysfonctionnement de l'État.

Ils lancent un appel à tous les collègues pour se mobiliser sur ces mots d'ordre.

Aucune modalité d'action ne saurait être exclue.

Nous tiendrons la profession au courant.

Pour l'INPH	Pour la CMH	Pour le SNAM
Dr Rachel BOCHER	Dr Norbert SKURNIK	Pr Sadek BELOUCIF

Il y a 15 ans, l'Hôpital se transformait HPST, bilan, conséquences à ce jour

LOI HPST objectifs, bilan

HPST est La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires, plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire », abrégée en HPST et dite aussi loi Bachelot. HPST prolonge quatre décennies de textes visant à réguler la performance du système de santé. C'est dans un contexte économique très sévère que sont prises, entre 2003 et 2009, des mesures impactant l'avenir du service public hospitalier : la réforme du financement (T2A) et son application libérale, le partenariat public-privé et la suppression du service public hospitalier.

HPST a été promulguée le 21 juillet 2009. L'attention est portée ici sur trois modifications centrales dans la gouvernance sanitaire avec la création d'une structure territoriale transversale, l'**Agence Régionale de Santé** (ARS), la refonte, à l'échelon de l'hôpital, des instances de **gouvernance** et enfin, à tous les niveaux du territoire, l'affirmation du principe de la **contractualisation**. L'objectif de cette nouvelle réforme hospitalière est encore de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012.

Ce rapport préconise plusieurs mesures dont : le regroupement des hôpitaux dans des communautés hospitalières de territoire (CHT) une gouvernance renforcée exercée par un directeur d'hôpital aux pouvoirs étendus, une évolution du statut des 40 000 praticiens hospitaliers. Une incitation pour les cliniques privées à participer aux missions de service public (permanence des soins, accueil des démunis).

Vers un « hôpital entreprise »

Un premier axe de critique concerne le mode de direction de l'hôpital. Selon la loi, le directeur d'hôpital définit la politique médicale (sur avis consultatif de la commission médicale d'établissement), nomme et licencie y compris les médecins, chefs de pôle et de service. Le directeur est contrôlé par le directoire, le conseil de surveillance et l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est l'injonction présidentielle « un seul patron à l'hôpital ».

Une première critique est l'application verticale de directives à dominante financière ayant eu comme premier effet de créer une perte de sens et une démotivation, voire une fuite, des médecins spécialistes les plus investis. Nous avions pourtant hissé la médecine hospitalière à un haut niveau de performance et montré notre capacité de solidarité lors des crises sanitaires.

C'est la logique d'«hôpital entreprise » qui s'impose.

En 2017, face aux restructurations autoritaires et aux guerres de pouvoir au sein des hôpitaux, la loi est de nouveau dénoncée par rapport à l'accroissement du nombre de suicides au sein du personnel hospitalier qu'elle aurait engendré et la fuite vers le privé.

La critique est également **financière** alors que des suppressions d'emplois sont prévues parallèlement « restrictions budgétaires sans objectifs médicaux ni de santé publique clairement identifiés « et les « économies à très court terme et à tout prix », on met dans une **même enveloppe l'hôpital public et les structures privées** et de l'autre côté,

on demande à l'hôpital de remplir ses missions en réduisant ses budgets. L'établissement hospitalier devrait s'organiser sur le modèle de la libre entreprise, celle du monde réel où la concurrence règne et où la productivité, synonyme d'effort, est la valeur première. Concentration, gain de performances et efficience doivent se traduire par des fusions, des rapprochements, des complémentarités entre établissements … en modifiant **les missions de l'hôpital public, HPST menace les valeurs** qui le sous-tendent (la solidarité, l'égalité devant les soins, la continuité de l'offre) en supprimant le service public hospitalier et en ouvrant la possibilité de confier des missions de service public à tout « offreur de soin » valeurs qui fondent depuis très longtemps les missions de l'hôpital public et qui donnent sens à l'action des soignants.

HPST ou la genèse d'« un Patron et un seul » à l'hôpital

La loi dite HPST portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires devait être adoptée par le parlement le 24 juin 2009.

La loi affiche alors l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Plus directement à l'hôpital la loi complète « le plan hôpital 2007 » source de la « nouvelle gouvernance » marquée par la T2A et la création des pôles d'activités.

Les « pôles d'activité » ont alors pour objectif d'instaurer une transversalité dans l'organisation hospitalière et de décloisonner les différentes logiques médicales, soignantes et administratives.

La loi HPST crée les communautés hospitalières de territoire qui sur un mode volontaire dans une logique de gradation des soins permettent la aussi la mise en commun de moyens. Les hôpitaux sont dotés d'un conseil de surveillance et sont dirigés par un directeur, assisté d'un directoire.

Le directeur est le représentant légal de l'établissement et en assure la gestion et la conduite générale. Il a autorité sur le personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement des services

Le directoire, présidé par le directeur, a pour vice-président le président de la CME. Cet organe collégial approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la conduite de l'établissement.

Très concrètement, le directeur après diverses propositions non plus de la CME mais du seul Président de CME acquiert le pouvoir total d'arbitrer et donc de nommer les chefs de pôles et les membres du directoire. Les chefs de pôles sont membres de droit de la CME, et par voie de conséquences, à terme, le directeur voit la potentialité, après le contrôle de facto du conseil de surveillance et du directoire, d'influencer de plus en plus la CME et même à terme, l'élection du Président de la CME.

Depuis, malgré de nombreux aménagements et réformes, le directeur garde un pouvoir quasi sans partage dans l'hôpital.

Tout ceci était en les germes du discours du Président N. Sarkozy à Bordeaux « je veux un patron et un seul à l'hôpital », suivi de la Loi Bachelot dite HPST.

…. Et nous n'en sommes toujours pas sorti !

Rappel de nos exigences phares

1. Pour une défense intransigeante et sans exception de toutes les disciplines et tous les statuts (PH, HU, contractuels, praticiens associés, et statuts temporaires, CCA, AHU, PHU, assistants des hôpitaux).
2. Pour un temps de travail choisi et compatible avec la vie personnelle.
3. Pour une juste rémunération de la continuité et de la permanence des soins avec mise en place généralisée et financée de la 5ème plage horaire quotidienne.
4. Pour une valorisation de l'innovation, la pertinence et la qualité des soins et pour une formation continue réelle et appropriée.
5. Non aux regroupements et fusions autoritaires d'hôpitaux, Pôles ou services.
6. Pour une valorisation des carrières médicales hospitalières et une protection sociale justes et équitables.
7. Non à la financiarisation de la médecine/santé au détriment de l'offre de soins.
8. Pour un plan d'urgence pluriannuel de sauvetage de l'hôpital public en renforçant l'attractivité et fidélisant les praticiens.
9. Redonner du sens médical à l'hôpital : Non à l'excès de pouvoir des directions et de leurs consultants et oui à un renforcement du pouvoir des instances médicales pharmaceutiques et odontologiques dans nos hôpitaux (CME, Pôles, Services).
10. Raccourcir les échelons pour ramener la carrière complète des PH à 24 ans !

Votre équipe rédactionnelle, à votre service pour vous défendre :

Pr Djilali Annane,
Dr Béatrice Aubriot,
Pr Bruno Baudin,
Dr Marie-Christine Becq,
Pr Sadek Béloucif,
Pr Franck Boudghene,
Dr Stéphane Bourcet,
Dr Jean-Luc Chagon,
Pr Patrick Chariot,
Dr Rémy Couderc,
Dr Stéphane David,
Pr Jean-Philippe Derenne,
Pr Myriam Edjlali-Goujon,
Dr Jacques Glickman,
Pr Jean-Gerard Gobert,
Pr Pascal Le Corre,
Dr Philippe Meunier,
Dr Marie Noelle Petit,
Pr Jean-Pierre Pruvo,
Dr Norbert Skurnik
et Dr Didier Thévenin.