



ALLIANCE HÔPITAL
SNAM-HP & CMH

Mai 2024 - 2

Alliance Hôpital (SNAM-HP & CMH) Unis ensemble pour la défense de l'hôpital

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.

MÉDECINE HOSPITALIÈRE, ÉLECTIONS ET SYNDICALISME. LES GRANDS CLIVAGES

Deux forces syndicales principales sont en présence pour les élections professionnelles de juin 2024. Il s'agit de deux regroupements. La liste d'union présentée par la CMH, le SNAM et l'INPH (unis ensemble pour la défense de l'hôpital) et APH (Avenir Hospitalier et CPH), rejoint par les urgentistes de l'AMUF et soutenues par le syndicat de directeur SYNCASS-CFDT.

Les clivages forts se situent au niveau de deux points majeurs structurels et deux désaccords tactiques.

Sur le plan structurel :

1/ **D'abord et avant tout sur les modalités de comptage du temps de travail. Nous sommes farouchement opposés au comptage horaire obligatoire** et nous disons "non à la pointeuse à l'hôpital". Si certains collègues le souhaitent c'est leur droit. Personne ne s'y oppose, mais nous refusons de nous voir imposer un tel système.

Le point est non démagogique, mais nous serons intraitables.

Par contre, nous souhaitons très vivement et militons pour la reconnaissance d'une cinquième demi-journée de travail reconnu, ou trois demi-journées pour les soirées en faveur des collègues qui ne s'arrêtent pas à 16h. Cette troisième demi-journée devrait être payée à part entière.

2/ Ensuite, **nous sommes farouchement opposés à toutes les combines locales, et favorables à la promotion.** à la compétence avec nominations nationales par le ministère et maintien des concours et liste d'aptitude. Nous sommes les seuls à défendre ce point de vue, là aussi non démagogique et très délicat en terme électoral.

Sur le plan tactique :

- ✓ Nous avons défendu le **Séjour de la Santé**, tout en déplorant ses insuffisances. Il était prévu une "suite" (sur la cinquième plage, les universitaires et un nouveau calcul des échelons). On attend toujours : merci aux six ministres de la santé qui se sont succédés.

- ✓ Nous sommes extrêmement opposés à la **mainmise totale de la direction et à l'administration** sur la gouvernance de l'hôpital. **HPST** a été une loi détestable et a fait fuir de nombreux médecins de l'hôpital. Elle est le résultat du lobbisme des syndicats de directeurs et **nous condamnons très fermement le groupe APH (AH et CPH) pour s'être allié avec les directeurs du SYNCASS-CFDT pour les élections.** Notre indépendance n'a en effet pas de prix.

L'évaluation réglementaire annuelle des praticiens hospitaliers

Quid de l'élection des chefs

(à propos d'entretien professionnel des PH)

L'idée d'un entretien professionnel annuel des PH avec leur chef de service (CS) date de plusieurs années. En effet déjà dans les années 2015-2017, suite à des conflits internes dans des services de l'AP-HP, la CME avait fortement conseillé de réaliser ce type d'entretien annuellement, sans pour autant le formaliser.

Cette idée a été reprise dans le cadre du suivi du « Séjour » dans un groupe de travail (GT2) piloté par le CNG, avec pour objectif de mettre en place des outils managériaux permettant de resserrer les équipes et d'anticiper les conflits.

Les premières réunions ont eu lieu fin 2020. En particulier lors de la réunion avec la DGOS du 16/12/2020, les intersyndicales ont bien souligné que l'entretien professionnel ne devait pas être une évaluation. Cependant le GT ne s'est ensuite réuni qu'à l'automne 2021, ses travaux devant être coordonnés avec ceux sur la réforme du statut de PH et portant sur l'accompagnement des PH (coaching), l'entretien annuel et l'entretien de carrière (tous les 5 ans).

Il faut souligner que les représentants des directeurs ont immédiatement vu dans cet entretien un nouvel outil d'évaluation des praticiens et les syndicats de PH ont du lutter fermement contre cette posture.

Il faut préciser que ces débats entraînent dans le cadre d'une dynamisation complète de la carrière des PH, avec valences, accélération d'échelons, passerelles réalistes avec l'enseignement et la recherche, voire même direction de l'hôpital par des médecins.

On sait ce qu'il en est advenu de ces diverses pistes et de ces négociations : pour être concret et précis, nous n'avons rien obtenu du tout.

Seule trace visible et réelle de ces discussions, telle un iceberg provenant de l'océan, est arrivée la concrétisation par décret (publié le 7 février 2022) d'un entretien professionnel pour les personnels médicaux. « Cet entretien est conduit par le chef de service ou le praticien responsable de la structure interne d'affectation ou, à défaut, par le chef de pôle. Il est assuré par les chefs de pôle pour les chefs de service ou responsables de structures internes et par le président de la commission médicale d'établissement pour les chefs de pôle. ».

Nous ne pouvons en l'état accepter cet état de fait.

En l'absence de toute mesure d'attractivité, incitative, de promotion de la carrière, cet entretien, au mieux, peut permettre aux intéressés de prendre un café ensemble, au pire d'être par exemple une vérification d'emploi du temps ou de zèle.

Le praticien et son chef de service n'ont pas besoin d'un décret pour cela !

A l'heure où certains démagogues luttent avec acharnement pour l'élection des chefs, nous nous trouvons dans une situation très particulière où le praticien devrait rendre des comptes sur son travail, sans avoir son mot à dire sur la gestion du service, et le cas échéant du renouvellement du chef de service ou de pôle dont il dépend.

L'absence de toute amélioration de carrière ou de tout débouché pour le PH qui doit comme un automate poursuivre des échelons trop longs, monotones et sans échappatoire, est une aberration.

Dans ce contexte, l'entretien annuel du PH apparaît comme un non-sens, et sur le plan symbolique, alors que la démographie médicale s'effondre à l'hôpital public, une immense erreur.

Nous avons appelé tous les collègues à la plus grande prudence quant à la gestion de cet « entretien » prévu par le décret du 7 février 2022 et si la CME de l'hôpital où se trouve le praticien n'a pas appelé à boycotter ce dispositif, le réduire, par exemple, à une simple notice de renseignements que pourrait produire le praticien.

Il s'agit d'un problème infiniment plus important et grave qu'il n'y paraît car en effet c'est de toutes les nominations dont il est question, directement ou indirectement.

Quant à nous, qui maintenons envers et contre tout la promotion à la compétence et le refus des combines et magouilles locales ainsi que l'élection des chefs de pôle et de service, tous nous ne pouvons que rejeter très fortement cette évaluation standardisée qui apparaît de même nature que l'élection des chefs à savoir, inadapté, inadéquate et contraire à l'intérêt même de la professions.

Retour sur le Ségur de la Santé

Les avancées, les déceptions, les impostures.

Les avancées

Avant d'entrer dans le détail de ce qu'a été le Ségur de la Santé, signé le 13 juillet 2020, il faut bien préciser ce dont on parle. En fait est amalgamé dans l'expression « Ségur de la Santé » deux séries de réformes, présentées comme des avancées pour l'attractivité du métier de praticien et plus globalement des personnels médicaux et non médicaux des hôpitaux. En ce qui concerne le personnel médical, il s'est agi de sommes relativement importantes : 375 millions d'euros pour la mesure « Buzyn » de « ma santé 2022 », et 450 millions d'euros pour le Ségur proprement dit. Car en fait, il y a eu deux séries bien différentes de mesures : les mesures « Buzyn » (loi du 24/07/2019, concrétisées par des décrets fin 2019 et début 2020) et le Ségur lui-même, le 13 juillet 2020.

Voyons ce qu'il en est :

1/ **Ma santé 2022 (loi Buzyn)**, votée à l'Assemblée le 24 juillet 2019 suivie de ses décrets par la suite.

Ces mesures, acceptées unanimement par toutes les Intersyndicales de PH (CMH, SNAM, INPH, Avenir Hospitalier, CPH et Jeunes Médecins) ont représenté une somme de 375 millions d'euros

Quelles sont-elles ? **En clair trois mesures phares :**

- ✓ Suppression des trois premiers échelons par la fusion au 4ème échelon et entrée dans la carrière au 4ème échelon, soit à l'heure actuelle 5000 euros mensuels au minimum.
- ✓ Très importante augmentation de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) passant de 10.000 euros à 15.000 et même jusqu'à 30.000 euros dans certaines conditions.
- ✓ La prime territoriale

2/ **Le Ségur (le 13/07/2020)**

A la suite du 1er confinement dû à la Crise Covid, Le Président de la République : Emmanuel Macron a estimé qu'il fallait aller plus loin, d'où la convocation par le Ministre Olivier Veran, d'une large concertation présidée par l'ancienne secrétaire générale de la CFDT : Nicole Notat.

Cette concertation et ses conclusions ont pris pour nom Ségur de la Santé.

Quelles en sont les mesures :

- ✓ Revalorisation de 800 à jusqu'à 1600 euros mensuels selon l'ancienneté.
- ✓ Création de trois échelons après l'ancien échelon 13, avec par an pour chacun de ces échelons supplémentaires un paramétrage proposé à : + 5000, + 5000 ET + 7000 euros annuels pour le dernier. (il faut noter que 25 % des PH sont au 13ème échelon, 15 % sont au 12ème, ce qui en fait une revalorisation très importante immédiate).
- ✓ Augmentation de l'IESPE (indemnité d'engagement de service public exclusif) identique à 1010 euros bruts pour tous (Assistants, CCA/AHU, PH, PUPH, ...). Les plus jeunes profitant le plus en proportion de la revalorisation systématique pour tous de l'IESPE à 1010 euros brut sans palier avant ou après 15 ans d'ancienneté, comme c'était le cas jusqu'à présent.

Ces mesures étaient chiffrées à 450 millions d'euros.

Soit, en comptant les mesures « Buzyn » (acceptée par toutes les Intersyndicales) et le « Ségur » proprement dit (signé lui, par la CMH, l'INPH et le SNAM) en tout 825 millions d'euros et donc une augmentation globale de 14 à 25 % des salaires.

C'était insuffisant, tout juste un rattrapage eu égard à l'inflation, mais néanmoins la plus importante augmentation depuis la création du statut de PH en 1984.

C'est pourquoi les trois organisations majoritaires (INPH, CMH et SNAM) ont signé cet accord.

Néanmoins, dans le corps du texte figurait, à notre demande : un « comité de suivi » pour une négociation complémentaire sur la carrière et retraite des universitaires, une négociation sur la PDS (en clair notre revendication de 5^{ème} plage horaires ou 3^{ème} soirée comptée comme 3^{ème} demi-journée), et un engagement politique de négocier pour les échelons des générations intermédiaires.

Les déceptions

Il avait été clairement convenu d'aborder rapidement après la signature et dès la rentrée suivante, trois sujets urgents :

- 1/ Le sujet de la carrière des hospitalo-universitaires.
- 2/ Une négociation sur la permanence des soins et en particulier notre revendication d'obtention d'une 5^{ème} plage horaires.
- 3/ Entamer une négociation pour que tous les PH puissent se sentir largement bénéficiaires de ces réformes et notamment les collègues en début et milieu de carrière, qui voyaient des « nouveaux nommés » arrivés au même niveau salarial et d'échelon que ceux qui avaient plusieurs années d'ancienneté.

Que s'est-il passé :

En ce qui concerne les universitaires, il n'y a quasiment eu que des déceptions, avec des négociations, des allers et retours interminables, suivis d'un résultat très médiocre avec en plus suppression de toute idée d'abondement d'un plan épargne retraite, alors que cela avait été promis.

Nous revenons par ailleurs longuement sur ces déceptions dans nos diverses productions syndicales.

Sur les deux autres points : PDS et raccourcissements ou accélérations d'échelons, nous n'avons rien obtenu.

D'abord, nous avons eu pas moins de six Ministres de la santé en moins de deux ans (Véran, Bourguignon, Braun, le Bodo, Rousseau et maintenant Valletoux).

Ensuite, après plus de dix-huit mois de négociations sur la PDS et les échelons, notamment avec le Ministre F. Braun, brutalement, le vendredi 12 mai 2023, les négociations ont été interrompues, alors que divers points semblaient se débloquer.

De nombreux communiqués de presse, une grève (le 3 et 4 juillet 2023) et une manifestation (le 4 juillet 2023 devant le Ministère, à l'appel de la CMH, de l'INPH et du SNAM) n'ont rien pu y faire.

Il n'y a plus eu de négociations depuis (mais par contre, il y a eu une succession de Ministres de la Santé depuis).

Les impostures

Comme précisé plus haut, malgré les avancées, malgré les 825 millions d'euros injecté, il y avait de nombreux « trous dans la raquette » et des insuffisances, d'où le rajout à notre demande d'un comité de suivi pour les HU, la PDS et les échelons intermédiaires.

Néanmoins, nous avons (avec l'INPH, le SANM et la CMH), décidé de signer le 2^{ème} volet de ces accords le 13 juillet 2020. Quel qu'en soit leurs raisons, d'autres Intersyndicales (minoritaires) ont décidé de ne pas signer ce 2^{ème} volet. (Mais, ils avaient validé le 1^{er} volet, les « mesures Buzyn », de suppression des 3 échelons).

Anticipaient-ils du mécontentement, des déceptions, un non suivis de mesures avancées ?

Quoi qu'il en soit, dès la signature du Ségur le 13 juillet 2020, les non-signataires déclenchaient la polémique : « magouilles » « Le scandale du reclassement inique » « rupture d'équité » « l'arnaque de la suppression de trois échelons de début de carrière ».

S'attaquaient-ils au problème de la PDS, des universitaires, de la désertification ou de l'insuffisance de l'IESPE ?

Non, la cible était la suppression des trois premiers échelons de la carrière créant un sentiment d'injustice chez les collègues en milieu de carrière.

Or, cette suppression n'a jamais fait parti du Ségur signé par l'INPH, la CMH et le SNAM, mais des mesures Buzyn issus de la « ma santé 2022 » votée le 24 juillet 2019 à l'Assemblée, acceptée par tous les syndicats, dont les non signataires minoritaires du Ségur eux-mêmes.

Le Président d'APH de l'époque déclarant y être favorable, demandait même par voie de presse que les mesures « Buzyn » dont la suppression des trois échelons soient publiées avant le 1^{er} septembre de cette année-là.

Ce genre de polémique imbécile et contre-productive, de nature purement électoraliste est peut-être une des raisons des échecs à répétitions dans nos démarches d'amélioration de l'attractivité de notre profession.

Ces divisions et ces méthodes devraient être proscrites de nos démarches syndicales, même en période électorale.

Il y a 15 ans. HPST, Que s'est-il passé ? (la réforme qui a imposé le pouvoir des directeurs aux médecins et à tout l'hôpital)

Année 83-84 : Deux modèles se discutent au niveau politique et gouvernemental concernant l'hôpital.

1/ Une approche en terme d'hôpital-entreprise.

2/ Un modèle bureaucratique de l'hôpital.

Le **19/01/83**, sous les auspices de J. de Kervasdoué, directeur des hôpitaux et de son référentiel managérial, le prix de journée laisse place au budget global et rapidement le décret du **11/08/83** impose le découpage de l'hôpital en centre de responsabilité.

Le **31/07/91**, la loi Rocard fait la synthèse contre le projet d'hôpital-entreprise et le courant management stratégie-marketing.

Tout se centre autour du projet à établissement, projet de service ou de département, projet infirmier, projet social et création d'UF.

Les ordonnances Juppé (le 24/04/1996) créent les ARS et aggrave la verticalité.

Cette verticalité s'accroît avec l'ordonnance du **05/05/05** qui crée le conseil exécutif présidé par le directeur.

Enfin, le Président de la République, nouvellement élu, N. Sarkozy, à deux reprises très précisément à **Bordeaux le 16/10/07** puis à **Neufchâteau le 17/04/08** met un point final à cette évolution par son célèbre "il faut à l'hôpital un seul patron, c'est le directeur".

S'en suit la loi Bachelot, dite HPST, promulgué le 21/07/09.

Il va s'en dire que pas à pas les **lobbies des directeurs** ont été à la pointe de cette évolution et notamment les deux syndicats : le syndicat majoritaire à l'époque (**le SNCH**), devenu SMPS et le **SYNCASS-CFDT**.

(Exemple leur courrier du **2/10/2008** demande à la ministre Bachelot de mieux respecter la fonction de directeur dans la loi à venir)

Nous avons déjà longuement détaillé la lettre et l'esprit de cette loi que continue à régenter l'hôpital, quelque soient les aménagements qui y aient été apportés depuis.

Hyperpuissance de la direction et de l'administration sans vrai contrepoids, exploitation économique au détriment de l'éthique de soin, fragilisation des identités professionnelles, exacerbation des luttes internes entre service, entre pôle, entre médecin et en profession, au total, tout le pouvoir à la verticalité.

Tout ceci était en germe dans la "je veux un patron d'un seul hôpital" de N. Sarkozy à Bordeaux puis à Neufchâteau, suivi de la loi HPST ou loi Bachelot.

Et nous n'arrivons pas à nous désengluer de cette situation aux antipodes de toutes les règles de l'art médical.

**Pour une liberté de choix du temps de travail :
comptage horaire pour ceux qui le souhaitent,
non à la pointeuse à l'entrée de l'hôpital ou du
service pour ceux qui la refuse.**

**Pour un financement par l'État d'une 5^{ème} plage.
(Pour un temps choisi)**

La première cause de départ des médecins est le manque de temps pour sa vie personnelle. La qualité de vie au travail est un facteur essentiel d'attractivité. Une organisation du temps de travail choisie et partagée est génératrice de qualité de vie au travail au sein des équipes médicales.

Deux modalités d'organisation sont possibles :

- En demi-journées : 10 demies journées par semaine sans excéder 48H par semaine (moyenné sur 4 mois). Le travail de nuit compte pour 2 demi-journées.

- En temps continu : 48H par semaine sur 4 mois heures supplémentaires comprises. Le comptage horaire possible ouvert à certaines spécialités se fonde sur une limite de 48h hebdomadaire en accord avec la directive européenne 2003/88/CE et sur une période de référence de 4 mois maximum

L'article R6152-27 du code de santé publique précise encore que quel que soit le mode d'organisation : Le temps de travail est au maximum 24 heures d'affilée avec une obligation de repos de 24 heures. Au-delà de 48h semaine si le praticien est volontaire, ce temps de travail additionnel (TTA) est payé ou récupéré.

Pour les praticiens des unités en temps continu celui-ci est facteur d'attractivité médicale générateur de temps libre. Il s'accompagne d'une amélioration des conditions d'exercice sans retentissement sur la qualité de la prise en charge au prix cependant d'une augmentation du recours à l'intérim en nombre de services impactés pour une durée de temps de travail hebdomadaire égale ou dans quelques cas inférieurs à 48h.

Pour les praticiens des unités organisées en demi-journées, cette organisation est un outil préservant la continuité, la collégialité et l'esprit d'équipe médicale. Cependant cette organisation et le moindre recours à l'intérim sont générateurs de temps de travail non reconnu par praticien correspondant à une 5^{ème} demi-journée (Transmission de fin de journée, contre visite tardive en réanimation ou dans les autres spécialités plage de début de soirée sur les plateaux techniques les blocs opératoires, fins de consultations tardives...).

En juin 2023 la décision du conseil d'état sans imposer un décompte horaire journalier retient la nécessité pour un établissement d'un décompte horaire fiable hebdomadaire sur 48h moyenné sur 4 mois. Si 10 demi-journées / semaine comme le suggère le conseil d'état et la directive européenne doivent être de 48 heures, 24 heures correspondent alors sans équivoque à 5 demi-journées dont 3 de nuit.

Ainsi loin des rigidités des décomptes administratifs, Alliance (SNAM et CMH) exige au regard des 48heures la reconnaissance d'un temps de travail juste et choisi par le financement de la 5^{ème} plage au niveau du service autorisant des prises en charges d'excellence dans le respect d'une qualité de vie au travail des professionnels.

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 5^{ème} 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,
Dr Catherine Boiteux,

Pr Franck Boudghene,
Dr Stéphane Bourcet,
Dr Jean-Luc Chagon,
Pr Patrick Chariot,
Dr Alexandre Christodoulou,
Dr Rémy Couderc,

Dr Stéphane David,
Pr Jean-Philippe Derenne,
Dr Catherine Doyen,
Pr Myriam Edjlali-Goujon,
Dr Jacques Glickman,
Pr Jean-Gérard Gobert,

Pr Pascal Le Corre,
Dr Philippe Meunier,
Dr Marie Noëlle Petit,
Pr Jean-Pierre Pruvo,
Dr Norbert Skurnik
et Dr Didier Thévenin.