

Réunion Accord-cadre « Exercice médical hospitalier »

15/11/11 Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé

Animé par Elise Noguéra, Conseillère technique, Cabinet de Xavier Bertrand

Présents : CPH (Pierre Faraggi, Jacques Trévidic), INPH (Rachel Bocher, Pascale Avot, Alain Jacob), CMH (François Aubart, Norbert Skurnik, Jean Gérard Gobert + ...), SNAMH-HP (Roland Rymer +...), CNG (Danièle Toupiller, Bernard Chenevière +...), DGOS + représentants Isnar-IMG, Isnih, ISNCCA

EN : Objectif => élaborer un projet d'accord-cadre sur un calendrier serré.

Les dates retenues sont :

- 21/11/11 17h
- 5/12/11 18h
- 13/12/11 17h (dernière réunion)

Demande d'associer à ces réunions certaines organisations :

- les représentants des directeurs : FHF
- un représentant des ARS

RB : Quels objectifs pour cet accord-cadre ? Il n'est pas souhaitable d'associer la FHF dans un premier temps.

RR : Quel représentant FHF ? directeur ou président de CME ?

FA : Accepte un représentant FHF en qualité de simple observateur. Pas d'état d'âme vis-à-vis des ARS. D'accord pour les internes et chefs de clinique mais pas les étudiants.

NS : Favorable à la présence des présidents de CME

JT : Défavorable à la présence de la FHF, des conférences et des ARS

RR : Favorable à la présence de la FHF, des conférences et des ARS

RB : Défavorable à la participation de la FHF. Il faut poser les objectifs de cet accord-cadre. S'agit-il d'une rénovation statutaire ?

FA : Le terme d'accord-cadre figure dans le rapport. Le contenu reste à construire. Demande de préciser la méthode.

EN retient que l'association des autres partenaires se fera dans un second temps. Objectifs : convenir d'élaborer un programme de travail qui engage l'ensemble des acteurs. C'est une méthode commune pour s'assurer les axes seront mis en œuvre.

Long exposé de DT concernant l'enquête menée par le CNG sur les praticiens hospitaliers et le rapport sur l'exercice médical hospitalier (voir diaporamas)

Extraits :

- *Les praticiens hospitaliers exerçant à l'hôpital plébiscitent la rémunération à la performance.*
- *La carrière des praticiens devient modulable, tout en restant sécurisée nationalement. Elle se décompose en deux socles statutaires :*

. Le socle statutaire commun à tous les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel titulaires ou probatoires, défini par le ministère chargé de la santé (DGOS), qui continue à être géré par le CNG (conditions générales d'exercice, droits et obligations statutaires et organisation globale de la carrière), carrière qui se déroule sur 6 échelons et qui garantit en grande partie la rémunération statutaire actuelle.

. Un socle statutaire individuel qui varie en fonction du temps de travail, des activités des praticiens et des projets convenus.

- Le fonctionnement de l'équipe repose sur :

. Un contrat collectif d'équipe intégré au contrat de pôle et en cohérence avec le projet médical et le projet d'établissement, ce contrat est décliné au travers du tableau annuel prévisionnel d'activité.

. Un contrat individuel d'engagement passé avec chaque praticien composant l'équipe précisant ses droits et obligations au plan professionnel.

- Le temps de travail s'inscrit à l'intérieur de la journée, divisée en 5 quartiers :

- ✓ De 8h30 à 18h30, les jours de semaine (L, M, M, J, V et S matin), la journée se divisant en 2 quartiers d'environ 5 heures,
- ✓ De 18h30 à 22h30, un quartier de soirée,
- ✓ De 22h30 à 8h30, deux quartiers de nuit correspondant à la permanence de nuit

- La valorisation financière de l'activité médicale du praticien comprend deux parts :

1) Une part fixe correspondant au socle statutaire commun de rémunération,

- . Assurant la sécurisation du parcours professionnel,
- . Améliorant notamment le début de carrière,
- . Evoluant peu à l'ancienneté,
- . Portant sur **une part importante** de l'actuelle rémunération statutaire

2) Une part variable correspondant au socle statutaire individuel de rémunération, en fonction du temps de travail, des activités et des projets,

- . Etablie dans la transparence,
- . Contractualisée avec un objet, une durée, une évaluation et une reconduction éventuelle en cohérence avec le projet d'établissement,
- . Basée sur une valorisation collective à effet individuel,
- . Limitée à 30 % maximum de la rémunération.

FA : souligne que l'enquête a été basée sur un échantillon représentatif de PH (NB : les praticiens qui ont participé à cette enquête ont été choisis par les présidents de CME).

RB : partage les attentes qualitatives mais comment chiffrer les propositions ? Quelle valorisation pour les 5 quartiers de journée ? Quel poids des PH dans les instances locales ? Quelle rémunération ? L'INPH défend depuis 10 ans l'idée d'un socle commun avec des valences, mais il faut assurer une sécurisation de la carrière avec une visibilité de 5 ans maximum. Comment seront déclinées ces propositions ?

PF : Malgré ces qualités, ce rapport fait totalement abstraction de la notion d'indépendance professionnelle, pourtant essentielle à l'exercice médical, et peu compatible avec une rémunération à la performance et une contractualisation excessive. Il n'y a rien sur l'implication des PH dans la marche des établissements. Quant aux rémunérations, s'il est souhaitable de raccourcir la carrière à 6 échelons pour rendre celle-ci plus attractive aux jeunes diplômés, cela ne peut se concevoir que si le niveau de la part fixe du 6^{ème} échelon dans la nouvelle grille est identique au 13^{ème} échelon actuel.

FA : Focus sur les points suivants :

- Conditions de travail : réduction de la charge administrative

- Temps de travail : régler le problème des CET, organiser la journée de travail en 5 quartiers, modularité du temps de travail durant la carrière
- Négociations statutaires : dans un cadre financier sécurisé (figer la masse salariale au 1^{er} janvier 2012), fixer une date butoir. Nécessité de travailler sur un statut commun, raccourcir la carrière, reconnaissance contractuelle des activités, adaptation des carrières par modularité et dimension contractuelle

FA considère que 31% des PH prendront leur retraite d'ici 10 ans et tous les postes ne seront pas renouvelés. Il considère que c'est là que se trouve une marge de manœuvre pour les rémunérations individuelles

RR : D'accord avec les objectifs, mais est en attente de méthodologie

JGG : Remarquable travail MAIS les restructurations hospitalières se font sans tenir compte des praticiens et sans qu'ils aient été consultés.

Chefs de clinique : les carrières hospitalières restent attractives.

- Sécurisation de la carrière
- Valorisation des débuts de carrière
- Implication dans les équipes
- Adaptabilité

Isnar-IMG :

- Travail en équipe
- Amélioration de l'accueil
- Accompagnement des internes
- Part variable

Isnih :

- Stages dans le privé
- Contractualisation
- Temps de travail
- Risque psychosocial

Synthèse effectuée par EN :

Accord-cadre est un engagement pour les travaux futurs avec les relais nationaux et régionaux. Permet de s'engager sur des objectifs clefs et un calendrier de mise en œuvre.

Points à aborder :

- Conditions d'exercice individuel et en équipe
- Conditions de travail, risques psycho-sociaux
- Responsabilité professionnelle et exercice des responsabilités institutionnelles
- Temps de travail

Il y a bien une différence entre les négociations statutaires en cours et cet accord-cadre. Cependant, les points relatifs au CET, au TAPA et à la prévision des effectifs seront dans l'accord-cadre

Proposent 3 thèmes pour la prochaine réunion :

- conditions d'exercice
- conditions de travail
- TAPA (Tableau prévisionnel d'activité)

AJ : insiste sur la nécessité d'une transparence sur la carrière et les fiches de postes. Le projet médical du praticien doit lui permettre de se projeter dans l'avenir.

JT : souligne cette nécessité de transparence, notamment sur les rémunérations. La rémunération statutaire actuelle doit représenter l'intégralité de la part fixe et non simplement « une grande partie ».

FA : Les négociations statutaires en cours doivent-elles avancer en parallèle de l'accord-cadre ? Il faudrait d'ici le 13 décembre une réunion sur les 4 points techniques en cours, puis travailler ensuite sur cet accord-cadre.

La DGOS informe alors tout le monde qu'une prochaine réunion sur les discussions statutaires en cours est prévue le 23 novembre (*malentendu entre Ministère qui croyait la convocation envoyée et la DGOS qui ne l'a pas fait*). En ce qui concerne l'IESPE et l'Ircantec, les textes sont écrits et stabilisés. Pour le CET, le travail est déjà relativement élaboré. En ce qui concerne la retraite complémentaire des HU, il reste à positionner le curseur politique de l'aide apportée.

Pour les prochaines réunions concernant l'accord-cadre, il est demandé par la CMH et le SNAM-HP que les délégations puissent être de 4 par intersyndicats. EN accepte et précise qu'elle enverra une première trame de ce document d'accord-cadre.