

Convergences Santé Hôpital 2007

Assemblée générale de la CMH

Poitiers, le 21 septembre 2007

Motions proposées au vote

01. Pharmacie - SNPHPU & FNSPBHU
02. Praticiens Attachés à exercice exclusif hospitalier - SYNPA
03. Retraite des PA - SYNPA
04. Formation continue - CMH
05. Psychiatrie - SPS
06. Le financement de l'hôpital - CMH
07. MISP - SMISP
08. Démographie - CMH
09. Statut temps partiel - François Aubart
10. PCV et prime d'activité sectorielle et de liaison - François Aubart
11. RTT CET - François Aubart

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

L'intégration de la pharmacie au CHU : une urgence !!!

Motion présentée par le Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires (SNPHPU) et la Fédération nationale des syndicats de biologistes praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires (FNSPBHU)

Le constat

Pour la deuxième fois, la loi intègre la pharmacie au CHU - Lois du 17 janvier 2002 et du 10 août 2007.

Pour la deuxième fois, le Conseil d'Etat condamne l'Etat à verser une astreinte aux syndicats plaignants et à publier les textes manquants pour rendre cette Intégration, opérationnelle.

Les pharmaciens des PUI et les pharmaciens biologistes sont partie prenante du CHU depuis sa création. Pourtant, comme les médecins avec lesquels ils collaborent étroitement au quotidien, ils ont grand besoin pour jouer avec eux pleinement leur rôle de gardiens de la santé publique, de pratiquer ce qu'ils enseignent et d'enseigner ce qu'ils pratiquent, à l'Université et à l'Hôpital. Encore faut-il que la reconnaissance de la pharmacie, profession de santé en CHU, soit soutenue par les textes d'application des lois. Ils en ont besoin pour le service aux personnes malades et pour pouvoir attirer vers le service public des jeunes confrères de qualité.

Les objectifs

La CMH demande la publication immédiate de l'ensemble des textes réglementaire indispensable à la concrétisation de l'intégration de la pharmacie au CHU.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

Les praticiens attachés à exercice exclusif hospitalier

Motion présentée par : le Syndicat national des praticiens attachés (SYNPA)

Le constat

Les praticiens attachés constituent le corps par excellence des contractuels, participant à l'organisation des soins dans tous les secteurs cliniques et médico-techniques.

Un tiers d'entre eux travaillent en exercice exclusif hospitalier. Or, contrairement aux autres praticiens, ils ne bénéficient toujours pas de la prime d'exercice public exclusif, cette exclusivité pourtant prévue statutairement (décret JO 10 août 2003), confirmée par l'engagement du ministre (Xavier Bertrand) en septembre 2006.

Les objectifs

Les praticiens attachés concernés demandent qu'à la signature de leur engagement d'exercice exclusif à l'hôpital leur soit parallèlement octroyée la prime attachée à tout exercice exclusif hospitalier.

Nous demandons que les engagements pris par le ministère soient respectés et l'arrêté d'application publié.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

Retraite des praticiens attachés

Motion présentée par : le Syndicat national des praticiens attachés (SYNPA)

Le constat

Les praticiens attachés ont cotisés tout au long de leur carrière aux deux tiers d'un salaire n'atteignant pas le plafond de la Sécurité sociale. Ils bénéficieront à l'heure de leur retraite d'un revenu indécemment bas.

Malgré les évolutions statutaires et l'amélioration des rémunérations, ce système de calcul ne leur permet toujours pas de cotiser en tranche B IRCANTEC.

Les objectifs

Nous demandons à ce que les praticiens attachés cotisent à 100 % du salaire sur l'assiette de cotisation IRCANTEC.

Pour les praticiens attachés en activité, une concertation doit rapidement s'ouvrir pour leur permettre de disposer de conditions de départ à la retraite améliorées.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

FMC - EPP - Accréditation - Certification

Le constat

L'obligation de formation médicale continue est un impératif absolu pour la qualité des soins. La compétence initiale est actuellement reconnue au terme de la formation universitaire mais rien ne vient évaluer ni valider l'évolution des compétences au cours de la carrière professionnelle.

Le financement de la formation médicale continue alloué à la communauté médicale et pharmaceutique hospitalières est notoirement insuffisant.

Le système mis en place FMC - EPP - accréditation constitue un improductif maquis qui doit être réorganisé.

Les objectifs

Nous demandons que :

- Le budget de FMC soit porté au minimum de 2,1 % de la masse salariale de chaque établissement et ce pour tous les statuts médicaux et pharmaceutiques ;
- Les procédures d'accréditation soient financées pour tous les statuts et toutes les spécialités ;
- Les pharmaciens soient inclus dans les procédures d'EPP ;
- L'accréditation (déclaration et gestion des événements porteurs de risque) soit étendue à l'ensemble des spécialités médicales et pharmaceutiques ;
- Une mise en place concertée de la recertification des médecins et des pharmaciens soit appuyée sur un système simplifié d'évaluation.

Adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

Psychiatrie

Présentée par le Syndicat des psychiatres de secteur (SPS)

Le constat

La psychiatrie française de service public vit à l'heure actuelle une période difficile sous les coups de **deux crises violentes** :

1/ une crise **économique** interminable qui met en péril toute la discipline et induit des fermetures de structures qui ont fait leurs preuves ;

2/ une crise **démographique** aiguë touche les personnels médicaux et non médicaux et qui n'a, à ce jour fait l'objet d'aucune mesure à la hauteur de l'enjeu.

La filière d'entrée dans la carrière de Praticien Hospitalier des assistants généralistes semble se bloquer de manière arbitraire.

La seule mesure catégorielle jamais obtenue par les psychiatres publics, la prime sectorielle et de liaison, est l'objet de quasi-sabotage, de telle façon que personne n'en bénéficie.

Dans ce climat délétère, partout, des structures et des activités ferment alors qu'elles ont fait leurs preuves. Des effets d'annonces non négociées et non concertées, appuyées souvent sur des événements excessivement médiatisés amplifient l'effet émotionnel.

La psychiatrie publique ne saurait continuer à fonctionner de cette façon.

Les objectifs

Le SPS et la CMH exigent que les indispensables initiatives pour mettre un terme à la dégradation de la psychiatrie publique soient mises en œuvre immédiatement.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH Le financement de l'hôpital

Le constat

La convergence tarifaire public-privé est inacceptable sans qu'une échelle de coût commune n'ait été concertée. En particulier, l'absence d'intégration dans les tarifs des honoraires des praticiens privés alors que les salaires des praticiens publics le sont, est incompatible avec un tarif équitable.

Par ailleurs, cette convergence est subordonnée à la définition des missions de service public (mission Larcher) et à l'analyse de l'impact de la précarité dans les tarifs.

Les enveloppes de MIGAC et de MERRI ont fait l'objet d'une construction insuffisamment évaluée. Leur insuffisance pénalise l'activité hospitalière, en particulier universitaire.

Enfin, les conditions de variation des tarifs se font dans l'opacité et avec pour seul objectif la maîtrise comptable.

Les objectifs

La décision politique a été de porter à 100 % T2A le financement de l'hôpital public au 1^{er} janvier 2008. La ministre de la santé a annoncé au congrès Convergences Santé Hôpital de Poitiers (sept 07) que jusqu'à 2012, une soupape financière assurerait la pérennité du système... La CMH demande :

- Une concertation urgente pour définir les modalités d'évaluation, de financement et d'attribution des financements complémentaires indispensables pour éviter les ruptures de prise en charge des soins.
- Une revalorisation de la MIGAC - MERRI accompagnant le passage à 100 % de T2A ;
- Une transparence dans les choix tarifaires des GHM : les éléments de décision doivent être portés devant la commission de suivi T2A et les organisations syndicales représentatives. Les réunions régulières de cette commission doivent impérativement reprendre ;
- Au sujet des remboursements des médicaments et dispositifs médicaux hors GHS, il s'agit de clarifier les rôles respectifs de la CNAMTS et de la DHOS. Il faut également poursuivre la concertation sur la liste des dispositifs médicaux implantables (DMI) « en sus » dont l'intégration dans les tarifs va pénaliser les patients.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION soutenue par la CMH

Médecins inspecteurs de santé publique (MISP)

Motion présentée par le Syndicat national des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP).

Le constat

La statut du MISP est aujourd'hui inadapté : difficultés de recrutement, métier insuffisamment valorisé, fragilité de la filière de santé publique et cloisonnement avec les soignants.

Les objectifs

L'objectif principal et immédiat est donc de créer une situation d'attractivité pour le métier de MISP destinée à assurer le recrutement pérenne de jeunes diplômés et empêcher la fuite des MISP en poste.

Un deuxième objectif, à plus long terme, est de pouvoir disposer d'un statut unique de praticien de santé publique reconnu et polyvalent permettant une mobilité entre plusieurs institutions publiques ou ayant une mission de service publique : établissements de santé, Etat, collectivités territoriales, voire assurance maladie, etc.

L'objectif suivant est de revaloriser les MISP en poste : améliorer leurs conditions d'exercice (grâce au recrutement), leur rémunération, leur positionnement dans la structure et leur visibilité sociale.

L'objectif opérationnel est de réaliser la fusion des MISP avec le corps (ou plutôt le quasi statut) de PH, ce qui réalisera d'emblée la mobilité Etat/établissements de santé.

Nous continuons de demander la fusion du statut des MISP avec celui des praticiens hospitaliers, et cela afin de :

- Créer les conditions d'un flux pérenne de médecins de santé publique vers le métier de MISP et la santé publique en population ;
- Faciliter le rôle d'interface avec les professionnels de santé ;
- Améliorer les possibilités de mobilité et le décroisement entre les métiers de médecins de santé publique ;
- Améliorer le positionnement et la visibilité du métier ;
- Elargir le champ de l'enseignement et de la recherche aux activités liées à l'administration de la santé ;
- Mieux prendre en compte les enjeux sanitaires dans les décisions et faciliter la compréhension de ces décisions.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH La fracture démographique

Le constat

- D'ici 5 ans, plus de 300.000 hospitaliers et 6.000 praticiens hospitaliers, médecins et pharmaciens (20 %) vont partir en retraite. Dans 10 ans 59 % des PUPH et 25 % des MCUPH seront partis.
- Le *Numerus Clausus (NC)* de 1^{er} année de médecine est passé de 8588 en 1971 à 3500 en 1992, donc mathématiquement à partir de 2002 (il faut bien 10 ans pour former un praticien) seuls 4 sur 10 départs peuvent être remplacés par des jeunes.
- Les recrutements précaires (CDD, vacataires, provisoires, contractuels...) ne sont satisfaisants ni pour l'individu, ni pour l'équipe, ni pour l'institution.
- De 2002 à 2020, la densité de radiologues, d'anesthésistes, de psychiatres, d'ophtalmologistes baissera de 40 % (INSEE, DREES, Rapport Berland).

Les objectifs

La politique démographique doit être établie après une évaluation des besoins, et intégrée aux indispensables réorganisations. Certaines spécialités justifient pour leur fonctionnement de mesures très rapides pour augmenter les flux de formation. Pour d'autres spécialités, la stabilité est justifiée. Pour relancer la démographie médicale et pharmaceutique, il faut :

- Attirer les jeunes et les plus compétents vers l'hôpital (80 % des CCA vont dans le privé) ;
- Augmenter le *Numerus Clausus* et adapter le nombre des internes aux besoins des filières de spécialité ;
- Analyser les besoins réels en tenant compte des SROS et des coopérations interprofessionnelles par région et par spécialité ;
- Généraliser la PCV (part complémentaire variable), outil permettant de motiver les équipes les plus dynamiques ;
- Revaloriser les retraites ;
- Créer des postes d'assistant hospitalier universitaire.
- Elargir l'accès à prime d'exercice public exclusif à tous les statuts *prorata temporis*.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

Statut des praticiens hospitaliers temps partiel

Le constat

Le rapprochement des statuts temps plein et temps partiel est une exigence pour mettre fin à une iniquité qui porte en particulier sur la protection sociale et la reconnaissance du temps de travail.

Les objectifs

- Nous demandons que, conformément aux engagements, les temps partiels puissent cotiser à 100 % de leur rémunération de l'assiette de cotisation IRCANTEC.
- Par ailleurs, la rémunération doit être équivalente entre temps plein et temps partiel *prorata temporis*.
- Enfin, pour les praticiens temps partiel exclusifs, l'obtention de la prime d'exercice public exclusif est indispensable.

Motion adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

Part complémentaire variable (PCV) Prime d'activité sectorielle et de liaison

Le constat

La mise en place de la PCV et de la prime d'activité sectorielle et de liaison pâtit de la lenteur de la publication des textes réglementaires et des insuffisances du financement.
Elles constituent un enjeu majeur de dynamisation de l'hôpital.

Les objectifs

Nous demandons que :

- Conformément aux engagements de la ministre de la santé au Congrès Convergences Santé Hôpital de Poitiers (sept. 2007), l'ensemble des spécialités et des statuts bénéficie rapidement de cette dynamique ;
- Pendant la période de trois ans correspondant au calendrier de mise en œuvre, le financement soit identifié et fasse l'objet d'un suivi ;
- La réduction des conditions d'obtention de la prime sectorielle et de liaison soit revue et conforme aux engagements négociés ;
- Cette prime soit accessible aux spécialités disposant d'une activité de liaison importante, telle que celle liée aux activités transversales de gérontologie.

Adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007

Convergences Santé Hôpital 2007

MOTION CMH

Réduction du temps de travail Compte épargne temps (RTT - CET)

Le constat

Les conditions de mise en œuvre de la réduction du temps de travail à l'hôpital ont été insatisfaisantes. Elles n'ont pas tenu compte des évolutions démographiques ; elles n'ont pas été accompagnées des changements d'organisation indispensables ; elles n'ont pas amélioré les conditions de travail.

L'ouverture possible des comptes épargne temps (CET) et leur abondement conduisent à reporter aux années 2010 et suivantes la dette ainsi créée.

Les financements, pourtant annoncés, nécessaires à la mise en œuvre du compte épargne temps, ne sont pas respectés. De toute façon les compétences manquent et manqueront, provoquant ainsi un risque de rupture et un accroissement de la charge de travail, et de son risque de « *burn-out* ».

Les objectifs

Dans la continuité du rapport de Dominique Acker, et dans la continuité de l'accord d'assouplissement de la réduction du temps de travail, signé en janvier 2003, la CMH demande l'ouverture d'une concertation immédiate afin d'assurer la continuité du service public, sur la base des conclusions de Dominique Acker, et notamment du paiement de tout ou partie des CET ainsi que leur ouverture aux ayant droits en cas de décès.

Adoptée par l'Assemblée générale le 21 septembre 2007