

PACTE DE CONFIANCE

GROUPE 2

Dialogue social et ressources humaines

Alain JACOB et Jean Louis VAILLEAU

Négociations statutaires

Le respect d'un socle statutaire est indispensable à la restauration d'un dialogue social dont les praticiens ont l'impression d'avoir été privés.

La qualité du dialogue est un élément fort de la restauration de la confiance.

Les modalités des négociations statutaires doivent être clairement définies. Le Ministre et son cabinet sont les interlocuteurs de la négociation statutaire avec les praticiens. La DGOS rédige les textes réglementaires issus de la négociation. En face du ministre et du cabinet les interlocuteurs sont les inter-syndicats de praticiens hospitaliers reconnus représentatifs sur des critères également clairement définis. **La participation d'interlocuteurs liés aux employeurs ou d'autres représentations n'est pas acceptable.**

Le statut (ou plutôt les statuts de 1984 et 1985) permet d'être dans une situation de hiérarchie fonctionnelle avec les directions hospitalières tout en permettant de sauvegarder **l'indépendance professionnelle** fondement de l'exercice médical. Tous les praticiens soutiennent unanimement le respect du statut et c'est un facteur d'attractivité pour les jeunes praticiens.

L'évolution du statut de praticien hospitalier est indispensable à la dynamisation et à l'amélioration du déroulement de la carrière. L'aboutissement de la fusion des statuts de praticiens à temps plein et à temps partiel est un élément dynamique important permettant l'adaptation de la carrière à la réalité de la vie du praticien et à la modularité de son activité professionnelle.

2. Rémunérations et pouvoir d'achat :

2.1 Rémunération principale :

Elle est définie au niveau national. La rémunération des carrières doit être améliorée et particulièrement les débuts de carrières.

On rappelle que le mode de rémunération de la permanence des soins des chefs de cliniques-assistants des hôpitaux est différent de celui des praticiens hospitaliers et que le passage d'une fonction à l'autre est synonyme d'une diminution de revenu parfois importante pour les spécialités à forte pression de permanence des soins.

2.2 Intéressement : Individuel/collectif :

L'intéressement collectif permettant une reconnaissance des efforts fournis par l'équipe soignante est universellement demandé. A l'inverse on constate comme particulièrement démotivant la non-reconnaissance de l'atteinte ou du dépassement d'objectifs et l'absence d'intéressement au prétexte d'un équilibre financier déficitaire sur l'ensemble de l'établissement.

L'intéressement individuel existe de facto par : activité multi-sites, plages additionnelles, indemnités de chef de pôle ou de présidence de CME...

2.3 Autres : Valences, contrats :

L'INPH soutient le concept **de valences contractuelles d'activités** : enseignement, recherche, isolement ou pénibilité particulière, engagement institutionnel, activité additionnelle... Ces activités particulières doivent faire l'objet d'un engagement réciproque entre la structure bénéficiaire de l'activité et le praticien. Cet engagement doit être transparent, défini en durée, avec un mode d'évaluation et la reconduction.

L'engagement réciproque contractuel n'est évidemment pas générateur de précarité de la position du praticien mais au contraire facteur d'attractivité pour l'exercice individuel ou collectif. Il résulte de la coexistence d'un besoin exprimé par appel d'offre et d'une compétence qui sont formalisés par un accord entre les parties : offreur local, régional ou national d'une part et praticien de l'autre. Il s'agit d'un **processus dynamisant et attractif initié volontairement** par le praticien pour une activité se situant au-delà de la fiche de poste.

3 Conditions et organisation du travail :

3.1 Profil de poste (anciennement : fiche de poste) :

Des profils de poste précis et reprenant l'ensemble des conditions d'exercice (activités, environnement de l'équipe, participation à la permanence des soins . . .) doivent être établis et disponibles pour l'ensemble des postes vacants et recensés de façon exhaustive par le CNG. Ce profil de poste doit être évolutif en cours de carrière selon le projet d'établissement et le projet personnel du praticien. Il permet une gestion claire du temps de travail et de sa répartition. Il permet également de construire un projet de formation maintenant l'adéquation entre les compétences et le service attendu. Il permet également de construire une mobilité éventuelle.

3.2 Recrutement :

C'est sur la base transparente du profil de poste que doit s'appuyer un recrutement basé sur la recherche de compétence et non sur une cooptation locale ou externe mal définie. L'évolutivité prévisible du profil de poste sera évoquée sur la fiche et discutée obligatoirement directement avec les candidats. Une liste de postes potentiellement disponibles dans un délai de 3 ans sera mise à la disposition des médecins en fin de cursus initial.

3.3 Mobilité interne :

La mobilité interne ne peut pas reposer sur une flexibilité médico-économique.

Elle sera proposée avec l'accord du praticien et dans le cadre de l'évolution de sa carrière, avec un délai d'adaptation acceptable selon un profil de poste et une définition de l'évolution à moyen terme.

3.4 Gestion du temps de travail :

La notion de temps de travail doit être liée à celle de pénibilité (travail de nuit, isolement, nature de l'activité, poids physique et psychologique, évaluation des risques physiques et psychosociaux...). Le temps de travail défini statutairement au niveau national doit bénéficier d'une possibilité d'adaptation locale fonction de la pénibilité et de l'avis des services de santé au travail. Les modifications, concernant le praticien et adoptées dans l'établissement de santé, par rapport au régime statutaire doivent être connues et évaluées.

Un recours régional est possible.

Le temps additionnel est possible ; il doit être accepté volontairement par le praticien, justifié par l'activité, le projet médical, la continuité et la permanence des soins. La commission de la permanence des soins et un CHSCT rénové veillent à l'évaluation des risques liés aux activités additionnelles. Au-delà du court terme et en tenant compte des difficultés démographiques, **la modulation des effectifs est préférable à la pérennisation du temps additionnel.**

3.4 Démographie et gestion prévisionnelle des emplois :

Le départ à la retraite des praticiens du baby boom et l'attractivité relative de certaines spécialités médicales ou du lieu de travail par rapport aux autres génère des difficultés de recrutement dans de nombreux hôpitaux publics.

Les organisations syndicales de praticiens hospitaliers doivent participer aux réflexions sur le numéris clausus et les effectifs des diverses filières de formation. Elles doivent être informées des données démographiques nationales, régionales et territoriales concernant les praticiens, des données d'offre de soins des différents secteurs hospitaliers et de l'évolution des populations.

Un établissement, dans le cadre de son projet local et territorial, établit un plan de recrutement prévisionnel pour la recherche de praticiens et de professionnels à l'extérieur (en intégrant l'évolution des techniques et l'émergence de nouveaux métiers) et un plan de formation et d'évolution de ses professionnels en Interne. De la même manière l'établissement prépare l'évolution de son management et de compétence à la gestion en valorisant ses personnels en interne et en recrutant à l'extérieur.

3.5 Attractivité de la carrière hospitalière : enseignement et recherche :

Au-delà des fondamentaux que représentent le statut, les rémunérations et la qualité de la vie professionnelle, les possibilités de participer à **l'enseignement et à la recherche** sont des facteurs importants d'attractivité d'une carrière hospitalière.

Le praticien volontaire participera à l'enseignement et à la recherche clinique.

Des praticiens peuvent être associés à des fonctions d'enseignement en raison d'un intérêt ou d'une compétence particulière.

Cet enseignement se fait en CH par agrément des coordonnateurs de spécialités. Il prend actuellement tout son sens en lien avec l'augmentation du numéris clausus et la recherche de lieux de formation pendant l'internat et le post-internat sur des postes d'assistants spécialistes partagés ou non avec les services universitaires. La réflexion et la satisfaction de pré-requis fait l'objet d'une action entre les enseignants « hospitaliers » et les enseignants universitaires.

La participation à des protocoles de recherche clinique (**PHRC**) par des juniors ou séniors renforce l'attractivité de la carrière hospitalière en centre hospitalier. Elle permet une accessibilité pour tous patients, facilité à l'innovation thérapeutique.

L'augmentation des inclusions accélère la procédure et renforce la puissance des essais.

3.7 Attractivité de l'établissement et fidélisation :

La qualité du projet médical est un facteur d'attractivité majeure tout autant que la qualité de l'accueil de jeunes professionnels. Le respect mutuel résume sûrement cette qualité. L'aménagement de conditions matérielles de travail satisfaisantes (bureaux, chambres de garde, restauration ...) et d'informations sur l'établissement pour sa politique médicale sont des facteurs d'amélioration de l'attractivité.

L'intégration à une équipe, les projets clairs d'évolution professionnelle et de formations sont des facteurs certains de fidélisation.

3.8 Soutien et accompagnement professionnel, reconversion :

La communauté médicale de l'établissement et en particulier sa représentation par la CME et son président se chargent du soutien et de l'accompagnement en toutes situations.

L'investissement syndical local peut jouer un rôle dans une mission de signalement.

En cas d'incapacité locale à gérer une difficulté **l'échelon de conciliation régional** sera utilisé avant qu'une situation d'aggravation ou de non résolution locale soit installée.

La commission paritaire régionale est pour l'INPH **un organe majeur de soutien**. Régionale elle est suffisamment proche du terrain pour connaître la réalité locale mais également suffisamment distante pour se mettre en retrait de conflits d'intérêts locaux.

La commission paritaire régionale doit également être informée des évolutions de structures et des restructurations pour veiller à la qualité du traitement des situations individuelles et également à la résultante de ces restructurations sur l'offre de soins territoriale.

Des passerelles professionnelles sont à mettre en place pour permettre des reconversions professionnelles pour raisons médicales ou par choix du praticien.

Le retour à l'emploi après une période d'interruption (congé maladie, maternité, disponibilité...) doit être l'objet d'une attention particulière car il s'agit d'une période de vulnérabilité importante pour le professionnel. Les conditions d'aptitude et d'aménagement éventuel sont à observer. Les objectifs du praticien doivent être précisés. L'information sur l'évolution de la structure est nécessaire à l'adaptation du praticien à son retour.

3.9 Veille et baromètre social.

La représentation syndicale locale peut participer à la veille sociale. Des indicateurs seront construits pour objectiver les difficultés et conflits. Les indicateurs recherchés devraient être plus précoces que le turnover des professionnels, l'absentéisme et les difficultés de recrutement. Une traçabilité des mouvements professionnels est nécessaire pour en connaître les flux.

Une remontée régionale et nationale est nécessaire.

3.10 Projet personnel et collectif

La considération des projets personnels est nécessaire à la qualité de vie professionnelle des praticiens. Les intérêts de l'équipe et de l'établissement ainsi que les objectifs territoriaux doivent être connus du praticien pour lui permettre d'orienter ses projets. L'évolution interne du praticien et ses formations professionnelles à venir doivent être évaluées au niveau du service, du pôle, de l'établissement et du territoire. **Le DPC devrait participer à la satisfaction du projet personnel autant qu'à celle du projet collectif.**

Les possibilités de modifications de carrière sont à apprécier.

La diminution de l'importance des avis locaux devrait faciliter les mobilités en valorisant la prise en compte des compétences pour permettre un réel recrutement et non une simple cooptation mal définie.

3.11 Coopérations professionnelles et nouveaux métiers :

La notion d'équipe pluri-professionnelle est souvent mise en avant. Elle pourrait être un facteur favorisant de la mise en place de coopérations professionnelles voire de glissement de tâches et de responsabilités.

L'évolution des technologies induit **l'émergence de nouveaux métiers**. Les grilles indiciaires sont lentes à évoluer et freinent l'émergence de nouveaux métiers à l'hôpital. Une réflexion nationale est nécessaire pour permettre une meilleure plasticité du système.

4. Déroulement de carrière et promotion professionnelle

4.1. Période probatoire :

La fin de période probatoire est à risque de conflit entre le nouveau praticien, le président de CME et le directeur de l'établissement. L'existence d'un profil de poste précis est probablement à même de réduire le risque. Les établissements doivent être vigilants à ne pas modifier leur projet entre le recrutement initial et la fin de période probatoire. Un avis négatif en fin de période probatoire doit être motivé et survenir après une information claire et loyale du nouveau praticien par le chef de service, de pôle, du président de CME.

4.2 Avancement :

L'avancement se fait selon une grille statutaire que l'INPH souhaite voir raccourcie à 6 échelons.

Une politique d'intéressement est mise en place et préférée à des accélérations d'avancement.

4.3 Evaluation :

La notion d'évaluation paraît très importante pour l'INPH. Il ne s'agit pas d'une évaluation sanction orientée sur la réalisation d'objectifs passés plus ou moins bien définis mais d'une **évaluation positive dynamique orientée sur le projet d'établissement et le projet personnel**. Cette évaluation permet de se projeter dans l'avenir et de définir les modalités d'évolution de l'activité, des perspectives de formations adaptées aux projets et des possibilités de prises de responsabilités institutionnelles.

Il s'agit également de s'assurer de la cohésion des projets personnels et collectifs, de rechercher les moyens facilitant cette cohésion ou au contraire d'en constater les divergences et de bâtir un projet de mobilité valorisant et construit, facilité par une transparence des appels d'offre sur profils de postes cohérents et un recrutement ouvert basé **sur les compétences plus que sur la cooptation locale**.

Cette évaluation ne peut être effectuée que par la participation des pairs et au niveau régional.

4.4 Retour à l'emploi et passerelles professionnelles

L'évaluation intervient de manière forte dans les situations de retour à l'emploi que ce soit après congé ou disponibilité. La construction d'un projet professionnel est nécessaire adapté aux compétences, aptitudes et temps disponible du praticien. Les formations nécessaires et l'adaptation sont évaluées.

L'utilisation de passerelles professionnelles permettant d'orienter plus ou moins complètement la carrière peut être nécessaire. Ces passerelles tiennent compte de l'aptitude et des possibilités de formation. Elles peuvent également permettre de reconnaître et d'utiliser des compétences particulières liées à l'expérience du praticien par exemple utilisation des compétences en management ou en gestion d'un président de CME à l'issue de ses mandats. L'économie générale de ces passerelles est à construire. **L'adaptation au cas particulier se fait par dialogue** et à la demande du praticien.

Comme pour l'évaluation générale de la carrière du praticien l'évaluation liée à un retour à l'emploi doit être, dès que le besoin se fait sentir, détaché de l'échelon local pour être traité au niveau **régional**. Des passerelles conduisant à des fonctions régionales ou nationales seront traitées au niveau **national** par le CNG en présence de pairs professionnels.

4.5 Féminisation de l'exercice médical à l'hôpital :

La féminisation grandissante de l'exercice médical est une réalité démographique tangible. Le taux prédominant d'inscription des femmes au début du cursus de formation médicale se renforce au cours de son déroulement et fait se poser des questions d'adaptation de la pratique au cours de la carrière : durée d'exercice, modularité de la carrière, facilitation de l'accès aux œuvres sociales pour la garde des enfants, facilitation du retour à l'emploi après congé ou disponibilité... Etude de l'impact de la féminisation sur les rythmes de travail à l'hôpital et la permanence des soins.

5. DPC/FMC :

5.1 Formations et politiques de formation:

La rapidité de l'évolution des connaissances techniques et humaines de l'exercice médical au sens large rend évidente la nécessité d'une formation permanente au cours de la vie professionnelle. La formation est à la fois une obligation déontologique et réglementaire et un droit statutaire. En contraste la possibilité de se former est limitée par un **financement insuffisant et les difficultés de remplacement** pendant les absences en particulier dans les petits établissements. La formation hospitalière bénéficie de l'échange au quotidien des informations par les praticiens entre eux.

La réforme introduisant le DPC qui rend obligatoire une démarche conjointe de formation continue et d'évaluation des pratiques tente de répondre à la question. Les impératifs de remplacement et de financement n'en sont pas pour autant satisfaits complètement.

La structure même des textes régissant le DPC menace le projet et fait craindre son écroulement à la veille de son application comme lors des précédentes tentatives de résolution du problème.

5.2 La prévention de l'obsolescence :

Elle peut constituer un sujet important et un facteur d'attractivité. Les praticiens peuvent être concernés dans le dernier tiers de leur activité. L'obsolescence peut trouver son origine dans une absence de formation, dans un manque de temps ou d'accompagnement à l'acquisition de connaissances ou de technicités nouvelles. Il s'ensuit un repli du praticien sur lui-même avec une perte de reconnaissance professionnelle de ses pairs.

Cela conduit à une perte de considération personnelle et de l'entourage pour des praticiens dont la majeure partie de l'activité a été satisfaisante voire brillante. Le fait que cette période de moindre efficacité coïncide avec la plus forte rémunération de la carrière peut conduire à des manœuvres d'élimination brutales. **La prévention de ces situations doit être précoce** elle relève de l'accompagnement des pairs, d'une démarche d'évaluation et de formation et éventuellement de **l'utilisation de passerelles professionnelles** pour réorienter la carrière. Là encore si la prévention locale n'a pas été efficace et en cas de situation constituée le niveau **régional** de résolution doit être rapidement privilégié.

6. Action sociale et protection sociale :

6.1 Rôle du statut dans la protection sociale :

Le statut apporte une stabilité professionnelle et une indépendance de l'exercice remarquable. La protection sociale en rapport avec le statut est beaucoup plus discutable. La couverture en congé de maladie ordinaire est incomplète et courte. La reconnaissance des maladies professionnelles et du bénéfice de la réglementation statutaire d'accident du travail au décours de l'aggravation brutale, liée à l'exercice professionnel, de pathologies préexistante est très aléatoire.

De nombreux congés prévus par le statut ne sont pas pris. L'accès aux œuvres sociales et aux crèches ou garderies n'est pas toujours possible.

La réflexion sur l'évolution des droits sociaux doit être nationale.

6.2 Œuvres sociales, CGOS :

L'évolution statutaire doit permettre l'accès au CGOS avec une participation de l'employeur.

6.3 Urgences sociales, droit d'ingérence et devoir de signalement :

Toute urgence sociale (au sens large) constatée par l'entourage professionnel du praticien doit bénéficier du droit d'ingérence et d'un devoir de signalement par les pairs et a fortiori par les représentants syndicaux qui connaissent les rouages de « l'administration hospitalière ». C'est la connaissance précoce des situations à

risque qui permet une sécurisation maximale de ces situations. En fonction de la nature du problème le niveau d'intervention requis peut être local, régional ou national.

7. Santé et sécurité au travail :

7.1 Santé au travail, médecine de prévention :

Les praticiens hospitaliers font très peu appel aux services de santé au travail.

Les relations avec les médecins de prévention sont rares car ils sont plus considérés comme agents contractuels de l'administration que comme confrères. D'autre part le praticien hospitalier veut être acteur direct de la prise en charge de sa pathologie.

Il semble que les relations sont meilleures et le recours plus fréquents dans les structures importantes, en général hospitalo-universitaires, quand les médecins de prévention sont des praticiens hospitaliers et éventuellement universitaires.

Les questions de pénibilité de l'exercice médical peuvent être comprises et relayées par les services de santé au travail. Le respect du calendrier vaccinal réglementairement obligatoire pour les personnels de santé doit être amélioré et rappelé de façon plus ferme. **Le dépistage de pathologies chroniques** et l'état sérologique pourrait être grandement amélioré.

7.2 Risques somatiques et maladies professionnelles :

Une meilleure connaissance des risques somatiques liés à l'exercice professionnel est indispensable. La prévention des maladies professionnelles ne peut qu'être améliorée et si on constate leur existence, les déclarations, prises en charges et traitement seront institués.

Le reclassement professionnel sera assuré.

Les situations de handicap en lien ou non avec l'activité professionnelle doivent être évaluées par les services de santé au travail. Le retour à l'activité, l'utilisation d'éventuelles passerelles professionnelles, l'adaptation des postes et des rythmes de travail seront évidemment priorités par rapport aux propositions d'invalidité et de retraite d'office.

7.3 Risques psychosociaux et addictions :

L'appréciation des risques psychosociaux doit se faire en collaboration avec les services de santé au travail. Les situations d'addictions sont souvent méconnues ou soupçonnées par la communauté soignante mais non prises en charge. Là encore le devoir d'ingérence doit jouer mais la délocalisation et l'anonymat de la prise en

charge doivent intervenir rapidement. Des structures de soins du médecin malade doivent être créées à l'instar de ce qui existe en Catalogne ou au Canada. La délocalisation et l'anonymat sont les conditions de la confiance du praticien à se faire soigner et sont un gage de retour possible à l'activité.

7.4 Prévention et résolutions des conflits

La prévention et la résolution précoce des conflits font parties des missions de l'établissement que se soit au niveau de l'organisation médicale de l'établissement (chef de service, chef de pôle, président de CME...) ou de la direction. L'ingérence sur ce premier niveau n'est pas nécessaire. Une information complète et loyale ainsi que l'instauration d'un véritable dialogue sont probablement les outils les plus efficaces. Toutefois l'existence de situations très personnelles ou déjà complexes (restructurations, organisation de la permanence des soins...) peuvent gagner à être rapidement délocalisées au niveau régional avant que les positions ne soient irrémédiablement fixées.

La commission régionale paritaire avec ses acteurs de terrain régionaux peut être le niveau de résolution des conflits déjà avancés.

En l'absence de solution locale ou régionale le recours au niveau national est nécessaire, les commissions statutaires ou de discipline seront mises en œuvre. Les contours de ces commissions dans le cadre de l'insuffisance professionnelle doivent être précisés dans le cadre d'une négociation statutaire nationale.

8. Projets stratégiques de l'établissement et contractualisation :

8.1 Usagers et droits des patients :

le respect des droits de chacun, usagers, patients, personnels soignants généraux et administratifs est encadré par de nombreux textes réglementaires dont l'application est indispensable. Les manquements à ce respect doivent être connus et corrigés. Les sanctions prévues doivent être appliquées à tous en cas de manquement.

8.2 Gouvernance, CME et président de CME :

La gouvernance mise en place par la loi HPST est considérée comme ayant contribué à **fragiliser la situation des praticiens hospitaliers** et à les isoler face aux trois acteurs que sont le directeur, le président de CME, le chef de pôle. Cette situation, réelle ou ressentie, est source de désinvestissement, de découragement et éventuellement de conflits.

Un retour sur les modalités de gouvernance à l'hôpital est incontournable préalablement à la reconstruction de la confiance des praticiens. Le dialogue social sur ce sujet ne peut se faire que par négociation nationale.

La CME est l'objet de nombreux questionnements et d'inquiétudes. Les attributions de la CME qui restera consultative doivent être revues particulièrement sur les questions financières et les recrutements médicaux. Les démarches de sécurisation et d'amélioration de la qualité des soins sont probablement très puissantes mais ont été mal comprises. Une formation de fond est nécessaire sur ce sujet.

La position du président de CME est intéressante. Les praticiens souhaitent une CME forte, représentée par un président de CME qui porte leurs avis. Les textes actuels **ont coupé le président de sa base en requérant formellement son avis et non celui de sa CME.**

L'équilibre financier d'un établissement est primordial pour son évolution dynamique dans le temps et ne peut être négligé ; toutefois l'objet de l'hôpital est l'offre de soins de son territoire et non son strict équilibre budgétaire.

8.3 Projet médical, projet d'établissement, projet territorial, CPOM :

La participation du praticien hospitalier au projet médical au sein de la CME est très valorisante. La réflexion montante du service vers le pôle puis l'établissement pour concevoir une offre de soins cohérente et structurée permet au praticien une intégration solide.

La cohérence des différents projets de l'établissement autour d'un projet médical pour réaliser le projet d'établissement est primordiale.

La démarche territoriale est également intéressante dans un contexte de complexité des soins, d'évolution technologique rapide et majeure, de démographie médicale défavorable et de contrainte budgétaire. **La conception d'un projet territorial cohérent associant sécurité, efficacité, qualité et équité d'accès aux soins ne peut que satisfaire un praticien motivé.**

Toute démarche descendante est mal comprise par le praticien hospitalier : ainsi en va-t-il du contrat d'objectifs et de moyens aujourd'hui. L'information des praticiens et de l'ensemble des personnels doit être faite par l'ARS, les directions hospitalières et les présidences de CME.

De la qualité de l'information dépend l'adhésion et la motivation de chacun au projet.

8.4 Organisation interne, Contractualisation :

L'organisation interne en pôle d'intérêt médico-économique est sujette à controverses. La taille des pôles est facteur de succès ou d'échec. L'organisation en filières de diagnostic ou de soins se rapportant directement à la prise en charge du patient est plus facile à appréhender. Les services et autres structures internes maillons de la filière de soins et organes d'identification professionnelle sont plus facilement investis.

La contractualisation est un sujet majeur bien que source d'incompréhensions.

La référence à une position contractuelle (praticiens contractuels, praticiens sous contrats) en dehors du statut est ressentie comme incertaine et introduit un sentiment de fragilité du praticien vis-à-vis, à la fois de la « hiérarchie » médicale (chef de service, chef de pôle, président de CME...) et des directeurs.

Ce ressenti nuit à la notion d'un contrat sécurisant, définissant avec précision l'engagement réciproque de l'ensemble des parties et les moyens qui seront disponibles pour en réaliser l'objet. Cette réalisation sera objectivée par des critères simples et précis. Un changement de dénomination est nécessaire et le terme d'engagement réciproque est probablement préférable.

Le contrat de pôle peut également susciter les mêmes réserves et bénéficier de précautions équivalentes.

8.5 Stratégie d'établissement, innovations, réorganisations et restructurations :

L'information, le dialogue et le temps sont des facteurs d'acceptabilité des modifications d'objet, de structure et de moyens des établissements hospitaliers. **La démonstration de qualités humaines et éthiques** vis-à-vis des personnels et des malades est indispensable. La notion économique n'est pas suffisante. Les difficultés démographiques et l'incongruité du « tout partout » sont peut être plus accessibles. Le temps d'appropriation d'un projet est indispensable. Le traitement des situations individuelles par des solutions valorisantes ou au moins acceptables ne peut être contourné.

9. Droits et moyens du dialogue social :

9.1 Temps syndical :

Le droit à activité syndicale est statutaire. Le temps et les modalités de l'exercice de ce droit n'ont jamais été précisés.

La définition du temps syndical peut découler des modalités d'exercice du droit syndical et de son niveau d'expression.

Pour l'INPH l'action syndicale au niveau local (unité, service, pôle, établissement, territoire) s'applique de façon réduite. La représentation médicale locale conduite par le président de la CME paraît nécessairement prépondérante pour autant que la qualité de la réflexion, l'équité du traitement des situations collectives et individuelles soient respectées. Le droit de signalement voire d'ingérence doit être respecté devant des situations de détresses individuelles ou collectives. La CME doit être un espace de dialogue et d'information loyale et complète. **Une représentation syndicale au sein de la CME n'est pas souhaitée par l'INPH .**

Le rôle du CHSCT pour les médecins et en particulier pour les conditions de travail, l'impact des organisations et la sécurité doit être élargi.

L'action syndicale au niveau régional doit au contraire bénéficier de développements importants : pour l'INPH c'est le niveau de résolution de questions multiples :

- Veille sur la conception la réalisation des restructurations, devenir des personnels impliqués dans un processus de restructuration, devenir des emplois, état de l'offre publique de soins, respect des missions de service public ...
- Observation de l'organisation de la permanence des soins et impact sur les personnels...
- Conciliation et résolution de conflits non réglés rapidement au niveau local...
- Observation, garantie de transparence de l'offre de valences d'activité dépassant le cadre strict de l'établissement, publicité des appels d'offre pour les valences d'activité, contractualisation...
- Niveau de l'évaluation dynamique et constructive des praticiens...

Le niveau national est par excellence le niveau des négociations statutaires. Les négociations se font entre les organisations syndicales représentatives et le ministre.

La question des critères de représentativité et la parution officielle de la liste des **organisations représentatives sont des urgences.**

C'est également le niveau des commissions statutaires, de discipline et de traitement des dossiers d'insuffisance professionnelle. Le cadre et la gestion des affaires concernant l'insuffisance professionnelle doivent être revisités.

9.2 Formation au dialogue social :

La formation aux méthodes et contenu du dialogue social est indispensable. L'ensemble des textes statutaires doit être connu, associé à une formation en systèmes de santé, démographie, couverture sociale, gestion et management...