

NOS AMBITIONS

POUR L'HÔPITAL PUBLIC

La plateforme de l'INPH se décline en 7 parties : les missions des praticiens, le statut des praticiens, la gouvernance hospitalière, le territoire de santé, l'équipe médico-soignante, le dialogue social et la retraite.

1. MISSIONS

L'objectif de ce paragraphe vise à définir les missions fondamentales des médecins, pharmaciens et odontologistes à l'hôpital public qu'ils soient hospitaliers ou hospitalo-universitaires. Soigner, former, transmettre, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre en charge dans le cadre d'une vision globale du soin, inventer et innover sont autant de missions qui forgent la vision de l'INPH et que nous retrouverons tout au long de cette plateforme.

Pour un Hospitalier (H) ou un Hospitalo-Universitaire (HU) l'attractivité de la mission réside dans le plaisir **de s'améliorer en permanence, de transmettre** et de **contribuer au progrès de la médecine et de la santé** dans **sa globalité** : accueil, soins, réhabilitation, soutien, information, éducation, aide... Elle se nourrit aussi d'une forme de gratification liée à la **reconnaissance** d'une disponibilité et d'une stabilité (permanence) de la **compétence**, couplée à la notoriété d'un exercice dédié au patient, indissociable de la **liberté de choix des thèmes de travail** et d'organisation d'une vie professionnelle faite de contacts et de relation humaine.

Les H et HU aspirent à **travailler en équipe** dans des structures respectueuses de la dimension humaine, en considérant toutefois que les structures trop petites ne peuvent être performantes dans tous les domaines et sont source d'épuisement professionnel. Sans pour autant disparaître ces entités plus petites ont vocation à se rapprocher, à se répartir ou à se spécialiser dans le respect de l'existant. Un exercice HU « hors les murs » avec les hôpitaux non-U, les structures privées, en France ou à l'étranger devrait être institutionnalisée. En ce qui concerne le CHU d'aujourd'hui, il devrait accompagner l'universitarisation en cours des différentes professions liées à la Santé, en valorisant l'approche **pluri-professionnelle**, incluant une **formation** hors les murs, ouverte sur la société, **en adéquation avec les besoins** médicaux et de santé de la population du bassin de vie dans lequel l'hôpital est implanté, **sans discrimination** ni **sélection des pathologies** fondées sur des critères économiques ou financiers

2. STATUT

L'hôpital public est aujourd'hui confronté à une crise de démographie médicale en partie liée à la baisse d'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires. Nos statuts doivent nous permettre de prendre soin des patients dans les conditions **d'un exercice professionnel libre, indépendant et répondant à l'obligation de moyens imposée par le code de déontologie**. Ce retour d'attractivité ne pourra pas se faire sans une revalorisation significative de l'ensemble des rémunérations, sans l'assurance d'une continuité des carrières et sans la reconnaissance de valences dites « non cliniques ». L'INPH propose une

série de mesures et de principes visant à garantir et promouvoir les statuts de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires afin de recréer les conditions d'attractivité de l'hôpital public.

- **Préserver et renforcer la nomination nationale des PH** à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG.
- **Intégrer les praticiens attachés en CDI dans le corps des PH** dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste d'aptitude nationale.
- **Revaloriser la grille de rémunération des PH** globalement de 30%.
- **Améliorer la rémunération des jeunes PH** en supprimant les six premiers échelons de début de carrière
- **Revaloriser les deux niveaux de la prime d'exercice public exclusif**, 1000€ puis 2000€ mensuels au bout de 15 ans d'exercice exclusif, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.
- **Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH** qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération et reconnaissance dans l'institution d'enseignement ou de recherche.
- **Autoriser un congé des PH pour formation/recherche/reconversion** avec maintien du salaire pour une durée d'un trimestre par deux ans travaillés à plein temps dans la limite d'un an de congé (à l'image des HU)
- **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice en cours de carrière** en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H ou HU en cours de carrière.
- **Améliorer les conditions d'exercice**, en « repyramidant » la charge des gardes sur une carrière par un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière.
- **Rapprocher certaines dispositions statutaires des HU de celles des PH** pour les conditions d'exercice hospitalier (accès au temps partiel, congés etc...) et **proposer une véritable retraite hospitalière aux HU.**
- **Sanctuariser le cœur du statut HU** en garantissant l'indissociabilité de la fonction HU : soin, enseignement et recherche.
- **Renforcer l'attractivité du statut HU** en rendant effectif l'alignement et la revalorisation des grilles des émoluments hospitaliers des PU-PH et MCU-PH sur une grille unique revalorisée de 30%, en intégrant automatiquement les MCU-PH hors classe titulaires d'une Habilitation à Diriger les Recherches dans le corps des PU-PH, en accordant l'utilisation du titre de « professeur » à tous les MCU-PH, en déplaçant l'accès à la Hors-Classe des MCU-PH et à la Classe Exceptionnelle des PU-PH.
- **Reconnaître le temps du dialogue social** par la création de **valences syndicales**

3. GOUVERNANCE

L'hôpital public est aujourd'hui confronté au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : de son financement, de sa gestion, de sa gouvernance et de ses valeurs. L'INPH répond à ce défi par un ensemble de propositions volontaristes et responsables, replaçant les patients comme les professionnels au centre de l'hôpital, et l'hôpital dans ses valeurs fondamentales à sa juste place dans le système de santé. L'objectif des propositions suivantes visent à **remédicaliser** la gouvernance des hôpitaux, **responsabiliser** les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation des soins et **restaurer** la notion d'**équipe médico-soignante** :

- **Médicaliser la gouvernance** : réinvestir la Commission Médicale d'Etablissement en matière de stratégie, de gestion, de qualité des soins, de progrès médical et de gestion des personnels médicaux.

- **Démocratiser la gouvernance**, par un rééquilibrage des prérogatives entre la Commission Médicale d'Etablissement et l'Administration.
- **Donner des responsabilités à la Commission médicale d'établissement en matière budgétaire** : objectifs, exécution et suivi, et lui garantir avec le DIM les moyens de son expertise et l'indépendance de ses décisions.
- **Inscrire la gouvernance de l'hôpital dans un projet territorial médicalisé et démocratique**, associant également les soignants et les usagers.
- **Replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante**, et rendre au Chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.
- **Associer concrètement le service dans la préparation et l'exécution budgétaire** : préparation de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) avec le DIM et l'Administration, et exécution dans le cadre d'une large délégation de gestion en adéquation avec les objectifs du projet médical d'établissement validés par la CME.
- **Reconnaître les fonctions médicales de gouvernance et de gestion**, pour les PH comme pour les hospitalo-universitaires, par la création de valences et de formations spécifiques
- **Garantir respect et bienveillance aux patients comme aux professionnels**, par une gestion juste et transparente des situations individuelles et de la politique de prévention des risques psychosociaux.

4. TERRITOIRE

En préalable à ce paragraphe ayant trait au territoire, l'INPH :

- affirme que rien ne pourra se faire sans conception médicale du territoire et sans la participation volontaire des praticiens ;
- s'opposera à toute territorialisation du statut des praticiens ;
- veillera à la mise en œuvre de contreparties financières et statutaires significatives et simples en cas de nécessité de mobilité territoriale médicalement pertinente.

De la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) au CHU : **des territoires de soins et de formation**

La **qualité et l'égalité d'accès** doivent être la préoccupation première du parcours de soins de la CPTS vers le CHU et de la filière de formation du CHU vers la CPTS.

En matière de soins :

- les CPTS et les médecins libéraux doivent constituer un premier niveau accès aux soins et mettre en route le parcours de soins adapté aux malades et à sa pathologie ; idéalement ce niveau devrait déjà tendre vers une permanence des soins ;
- les hôpitaux de proximité doivent permettre d'assurer les « petites urgences », les soins de suite et l'hébergement d'aval, la fin de vie à proximité du domicile et de la famille des malades ;
- les centres hospitaliers doivent prendre en charge les soins courants sur plateaux techniques et offrir des consultations « avancées ultra spécialisées » ;
- les CHU doivent être l'endroit où sont délivrés les soins « ultra spécialisés », et assurer les activités de recours, mais aussi de soins courants et proximité pour la population avoisinante.
- Les établissements privés trouvent leur place dans cette hiérarchisation de l'offre de soins, quel que soit le niveau, en fonction de leurs capacités.

En matière de formation :

- toutes ces structures, hospitalières ou non, publiques ou privés, peuvent trouver leur place dans la formation des différents professionnels de santé, en fonction de leurs

spécificités et capacités ; étudiants hospitaliers et internes peuvent y trouver des terrains d'apprentissage professionnel pertinents

- la notion d'équipe médicale universitaire peut être élargie à un territoire « universitaire » différent de la région et variable selon les besoins de chaque spécialité ; - cette équipe médicale universitaire, sous la responsabilité d'universitaires titulaires, doit passer des contrats de formation et de recherche sous le contrôle de l'UFR au niveau régional et des CNU concernés au niveau national.

On définit ainsi deux types de territoires :

- un territoire de soins (GHT), de la CPTS vers le CH, voire le CHU - un territoire de formation (« GHTU »), du CHU vers la CPTS - ces territoires peuvent avoir un périmètre différent en fonction des structures hospitalières qui le constituent et des besoins de formation

Points forts :

- **Qualité et égalité d'accès aux soins de la population et à la formation des professions de santé**
- **Parcours de soins progressif et cohérent** de la CPTS et du médecin libéral vers le CH(U) : territoire de soins (GHT)
- **Parcours de formation contractualisé** du CHU vers les structures non U : territoire de formation (« GHTU »)

5. EQUIPE

L'activité médicale à l'hôpital est, par essence, un travail en équipe. Ce travail collectif nécessite des aménagements et des organisations pour améliorer la prise en charge des patients et le bien-être au travail.

Les propositions de l'INPH:

A l'échelle d'un service:

Il faut **remettre de la démocratie à l'hôpital**, et cette démocratie doit s'appuyer au sein du service sur les principes suivants :

- Le **projet médical de service** doit être construit avec les médecins du service. Il doit ensuite être présenté à l'ensemble du personnel pour être développé par l'ensemble de l'équipe.
- La CME s'appuie sur le projet médical de service pour évaluer **le chef de service** tous les 4 ans, ainsi que sur sa gestion globale du service (gestion du personnel médical et paramédical). Il est l'organisateur, le fédérateur et l'interlocuteur privilégié avec l'administration mais doit consulter ses collègues et les associer aux décisions ; il doit leur rendre compte des décisions définitives de la direction.
- Un **conseil de service** doit être organisé régulièrement pour discuter et régler les problèmes d'organisation du service. Ce temps doit être reconnu par les instances dirigeantes et inclus dans le temps de travail, de même que les temps « hors soins » nécessaires aux échanges permettant le bon fonctionnement du service.
- Les déplacements et choix des personnels paramédicaux doivent être fait en accord avec les praticiens
- Enfin, l'accueil et l'intégration des étudiants et des internes au sein de l'équipe doivent être réfléchis et organisés. Ils font partie des missions de l'équipe.

A l'échelle de l'établissement et du GHT:

Les équipes doivent collaborer au sein de fédérations. Celles-ci doivent prendre en compte les projets médicaux des services. Elles permettent la mise en place de protocoles communs de prise en charge des patients.

Les différentes équipes doivent aussi organiser des prises en charge transversales des patients (entre les urgences et les services d'aval, avec l'imagerie,...)

6. DIALOGUE SOCIAL

Le dialogue social pour les praticiens hospitaliers inclut tous types d'échanges d'information, de consultation, de concertation ou de négociation entre **les représentants du gouvernement** (ministre, cabinet, services centraux (en particulier DGOS) et services déconcentrés : ARS) et **les représentants des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires** (les inter-syndicats représentatifs), sur des questions relatives à la politique hospitalière et au statut des praticiens hospitaliers.

L'objectif principal du dialogue social est de rechercher la formation d'un consensus entre les parties ainsi que leur participation démocratique.

L'absence de définition entre les parties d'un contenu préétabli précis et d'agenda induit tous les risques de malentendus et de leurs conséquences.

La notion de dialogue social présuppose que les parties en présence aient une culture de compromis et sous-entend une information adaptée.

Dialogue social local :

- Un dialogue social de qualité au niveau local est indispensable au bon fonctionnement de l'établissement et à la bonne qualité de la vie au travail des agents publics qui y travaillent.
- Le projet médical, le projet social et le règlement intérieur doivent préciser un dialogue social local qui n'est pas défini réglementairement.
- La CME, instance de représentation des praticiens hospitaliers, participe avec la représentation de la direction au dialogue social local.
- Le partage de l'information sur la stratégie et le devenir de l'établissement doit être la règle. L'information doit se faire de bas en haut et de haut en bas et doit respecter le droit à l'expression.
- Un dialogue structuré des différents acteurs, pour ce qui les concerne, au niveau du service, du pôle et de l'établissement est indispensable.
- En cas de conflit, non résolu au niveau du service ou du pôle, la CME organise une conciliation entre les parties en conflit. Chacune des parties peut être accompagnée par la personne ou l'organisation de son choix.
- Le rôle de la médecine du travail doit être renforcé pour améliorer la qualité du dialogue social
- Les statuts des personnels médicaux doivent être respectés mais les discussions d'évolution des statuts ne peuvent pas se faire au niveau local.
- L'organisation du groupement hospitalier de territoire (GHT) respecte le dialogue institué au niveau des établissements parties.
- Le Collège médical ou la CME de GHT prolonge le dialogue social notamment en matière d'organisation et de mobilité inter établissement.
- Le Projet médical partagé (PMP) exprime la qualité du dialogue social.
- Les statuts des personnels médicaux doivent être respectés mais les discussions d'évolution des statuts ne peuvent pas se faire au niveau local.

Dialogue social régional :

- L'organe du dialogue social au niveau régional est la **Commission Régionale Paritaire (CRP)** dont l'organisation est paritaire entre les représentations syndicales de praticiens et les représentants de l'Administration.
- Son utilisation dans ce but est très inégale selon les régions.

- **La CRP est le premier niveau d'intervention institutionnelle des Inter syndicats** représentatifs des praticiens hospitaliers. A ce titre la réglementation doit être respectée en totalité.
- La CRP dispose de droits concernant l'organisation régionale de l'hospitalisation publique et en particulier de la permanence des soins. Ces droits sont selon les régions très inégalement respectés malgré des textes réglementaires précis et clairs.
- La CRP dispose d'un rôle d'étude et de résolution des conflits qui n'auraient pas trouvé de solution locale. L'utilisation de ce dispositif est très inégale selon les régions.

Dialogue social national :

- Le niveau national du dialogue social est celui de l'évolution des statuts des Praticiens de l'Hôpital public et de l'organisation hospitalière publique.
- **L'INPH ne permettra pas la remise en cause de la nomination nationale des praticiens hospitaliers exerçant sous statut national.**
- **L'INPH appelle à une négociation qui permettra une rénovation profonde des statuts des praticiens de l'Hôpital public :**
 - Modularité des carrières, gestion prévisionnelle des emplois médicaux.
 - Entretien annuel positif.
 - Association d'un socle statutaire et d'une reconnaissance de valences contractuelles d'exercice, d'investissement institutionnel, de pénibilités d'isolement ou de déplacement, d'activités, d'enseignement et de recherche.
 - Mobilité possible entre les différents secteurs d'activités publics ou libéraux.
 - Evolution des régimes de retraite.

Prévention et gestion des conflits :

La prévention des conflits repose sur un dialogue social de qualité. Le droit à l'expression de chacun est indispensable :

- **La connaissance du projet d'établissement et des dispositions statutaires doivent être partagées par l'ensemble des praticiens de l'hôpital**
- Une **formation** générale des praticiens entrants concernant le système de santé et l'organisation hospitalière doit être intégrée à leur processus d'intégration. La formation des praticiens pressentis pour des responsabilités institutionnelles (chefs de service, responsables d'unités et chefs de pôle) doit être renforcée en sciences humaines, management et évaluation.
- **Le dialogue précoce concernant un conflit débutant est la meilleure garantie de succès de sa résolution.**

La gestion des conflits peut utiliser l'ensemble des niveaux du dialogue social :

- Les dispositifs mis en place par la CME et la CRP permettent le traitement précoce des conflits.
- Les dispositifs de médiation nationale et interrégionale ou régionale doivent être définis par des textes réglementaires. Ils sont basés sur la volonté des parties en conflit de rechercher, sous l'égide d'un médiateur indépendant et neutre, une solution équitable qui fera l'objet d'un contrat de médiation signé par l'ensemble des parties.
- L'échec de ces dispositifs peut conduire à l'ouverture de procédures disciplinaires : commissions de discipline, insuffisance professionnelle.
- Des contentieux juridiques auprès des tribunaux administratifs ou ordinaires, peuvent être ouverts concrétisant l'échec du dialogue social.

7. RETRAITE

Alors que cette année 2019 est annoncée comme celle de la réforme des retraites, il apparaît nécessaire de rappeler la position défendue par l'INPH :

- Maintenir un niveau global de retraite correspondant à 75% du dernier salaire
- Inclure dans l'assiette de cotisation
 - L'indemnité d'engagement de service public exclusif
 - La prime d'exercice territorial
- Proposer un régime spécifique de retraite complémentaire volontaire
 - avec un financement mixte praticien-employeur
- Reconnaître la pénibilité de certains exercices et/ou activités en valorisant le point de retraite de ces exercices et/ou activités
 - La permanence et la continuité des soins
 - Le travail de nuit
 - L'isolement professionnel
 - La spécificité de la spécialité
 - Les activités et responsabilités institutionnelles et transversales
 - Les activités administratives de compte rendus et de codage
 - Les activités d'enseignement, de recherche et de compagnonnage
- Valoriser l'exercice des PH retraités actifs dans les zones et spécialités sous-denses
 - En permettant que les points acquis pendant cette période viennent abonder la future retraite