

**FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS DE
PRATICIENS BIOLOGISTES HOSPITALIERS
ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

FNSPBHU

L'humain au centre

COORDINATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE

Président : Dr. F. AUBART : <http://www.cmh-hopital.org>

Président : Pr J.G. GOBERT 0682233566 0153739616

V. Présidents : Dr D. TREPO

Pr L. CYNOBER

Secrétaire Générale : Dr M. C. GUIMONT

Secrétaire Adjoint : Dr P.J. BONDON

Trésorière: Dr P. GHILLANI

Chargé de Mission : Dr R. COUDERC

Temps partiels : Pr R. GRILLOT, Dr J. FREYNET

Invités permanents : Doyens M. BRAZIER, D. DURAND

Inv. Perm. Représentants CME Pr A. LEGRAND, Dr G. LARDET

Coordination Médicale Hospitalière : Dr F. THUILLIER

Dr. JP GARNIER

Dr. M. VAUBOURDOLLE

UNIVERSITÉ d'AUTOMNE de la CMH

Samedi 8 octobre 2005
Deuxième session : 9H – 11H

EST-IL TEMPS DE REPENSER L'ORGANISATION UNIVERSITAIRE DE LA MEDECINE ?

Philippe Thibault, Francis Brunelle, Claude Gibert

Claude Gibert (CG). : Pour ceux qui deviennent MCU-PH les premières paies sont inférieures à celle précédemment reçues comme PH

Philippe Thibault : des rattrapages ont été prévus à la suite d'un protocole d'accord négocié entre François Mattei, Luc Ferry, et les hospitalo-universitaires ; des mesures ont été incluses dans un train de mesures. Lors de la dernière réunion interministérielle concernant l'intégration de la pharmacie au CHU, Bercy a exprimé son accord pour un reclassement hospitalier.

CG : Les MCU sont aussi les seuls à ne pas pouvoir prolonger jusqu'à 68 ans (PH et PU-PH le peuvent) or beaucoup le souhaiteraient.

À propos de la retraite à 68 ans pour les MCU ayant au moins 10 ans d'ancienneté il serait utile d'augmenter le contingent pour que les MCU les plus anciens puissent bénéficier lors de leur départ, d'une retraite plus conséquente.

Philippe Thibault : le problème dépend de l'importance du corps et dans l'université la demande de départ à la retraite à 68 ans n'est pas une demande très généralisée. En ce qui concerne l'augmentation du contingent elle sera difficile à obtenir, peut-être pourrait-on créer des emplois il y a eu des augmentations significatives ces dernières années en particulier chez les enseignants chercheurs.

CG : qu'est-il possible de dire à propos du recours en Conseil d'État des organisations syndicales de pharmaciens.

Philippe Thibault : le problème du paiement des indemnités journalières ne se pose pas encore puisque que nous avons un délai de six mois ; c'est-à-dire que nous avons jusqu'à la fin du mois de janvier pour signer les décrets d'application de la loi de modernisation sociale et nous espérons ne pas payer de deniers publics.

CG : il n'y a que deux facultés de pharmacie en île de France cela ne posera-t-il pas de problèmes lors de la signature des conventions ?

Philippe Thibault : un certain nombre d'universitaires pharmaciens ne sont pas intéressés par l'intégration de la pharmacie au CHU, cependant beaucoup de pharmaciens sont hospitaliers et universitaires et d'autres sont de purs hospitaliers. L'intégration débouchera sur la signature de conventions entre les UFR de pharmacie d'une part et les CHR ou l'AP-HP de l'autre sauf pour les CHR de Metz et d'Orléans non liés à l'université. Reste à réécrire le décret de la convention entre les UFR représentées par les présidents d'universités et les établissements hospitalier représentés par leur directeur. C'est un texte important qui avait été signé en 1968. La convention doit régler de plus d'autres aspects H. et U ; quand elle sera passée les contrats d'objectifs et de moyens (COM) sous la juridiction des A. R. H. comporteront un volet universitaire et les contrats quadriennaux comporteront un volet santé ; il faudra savoir ce que chacun mettra au pot pour faire ce qu'on a dit qu'on ferait ensemble. Les hospitaliers et universitaires titulaires vont devenir des hospitalo-universitaires lors de l'intégration. Les autres hospitaliers et universitaires passeront devant une commission d'intégration. Puis le CNU recrutera, à l'image des U.F.R. médicales, ou comme les deux U.F.R. d'odontologie à Paris.

CG : parlons du problème des « turbo » Hospitalo-universitaires.

Philippe Thibault : ce sera comme pour les médecins ; ils vont diminuer progressivement avec la libération progressive des emplois.

Gilles Aulagner (GA) : ce sera une question à régler.

Question de la salle : les turbo Pr touchent 2 salaires, les pharmaciens touchent-ils 2 retraites ?

GA : non une seule retraite universitaire. De plus la loi Delong a été abrogée par la loi du 15 juin 2001, donc nous sommes dans un vide juridique

Jean Gérard Gobert (JGG) : qu'en est-il de l'intégration des collègues appartenant au centre anticancéreux ?

GA : n'oublions pas qu'il y a 120 PSPH, CH et CLCC concernés en France.

Philippe Thibault : ils signeront des conventions de type individuel mais les centres anticancéreux et les PSPH auront quant à eux également l'obligation de passer des conventions d'association avec les universités.

Martine Marchand : n'oublions pas non plus les 150 praticiens attachés-enseignants.

Philippe Arnaud : il y a des PU titulaires et des PH titulaires dans deux villes différentes. Il faut que leur cas soit prévu dans des mesures transitoires. Le choix d'une des villes doit se faire vite. Il faudra procéder à la création momentanée de poste.

Philippe Thibault : la Commission Nationale d'Intégration étudiera la question. Rien n'empêchera non plus de procéder à des échanges pour que les hospitalo-universitaires concernés se retrouvent dans la même ville. Mais il n'y aura pas de postes de titulaires supplémentaires. Chez les médecins il s'est passé un certain temps pour régler ce type de problème.

Francis Brunelle : ces postes séparées doivent faire l'objet d'un traitement plus large ; il faut une régionalisation de l'offre de soins ; nous devons concevoir de grandes régions de type « Plan Cancer » qui sont au nombre de sept. Cela facilite la réflexion : sur de grandes inter-régions la mobilité est facilitée car la masse des postes est plus grande.

RETRAITE

CG : dans le cadre de la modification du statut hospitalo-universitaire y compris les pharmaciens qui nous rejoignent, où en est la revalorisation de la retraite ?

Philippe Thibault : les hospitalo-universitaires représentent le seul corps à avoir deux appartenances à la fonction publique. Que la fonction universitaire soit la principale ou que ce soit à la fonction hospitalière, d'un côté ou de l'autre ça ne change rien ; les personnels touchent des émoluments sous forme de primes. Dans la situation actuelle, nous sommes principalement universitaire avec des droits inscrits dans la constitution.

Francis Brunelle : pour les personnels de statut A, comme les ambassadeurs, les administrateurs civils et comme l'ensemble des hauts fonctionnaire, la moitié de la rémunération est constituée de primes. La capitalisation pour la retraite se fait état titre personnel. Les émoluments hospitaliers ne peuvent être transformés en salaires. L'autre voie à explorer c'est celle d'une revalorisation universitaire mais là on butte sur la rigidité du statut. Seule piste ; réclamer une surprime sur les émoluments

hospitaliers pour que chacun puisse s'offrir une capitalisation personnelle mais nous ne sommes pas seuls en ce qui concerne la fonction publique ; si nous la faisons bouger un tout petit peu, c'est l'ensemble de la fonction publique qui bouge.

CG : nous pourrions demander l'augmentation de la prime de service public exclusif.

Roland Rymer (RR) : un recours en Conseil d'État concernant la retraite hospitalière a été perdu en 1998 ; l'activité hospitalière était dite « accessoire », ce qui en a fâché plus d'un. La particularité des PU-P H. est d'avoir des émoluments correspondant à une activité différente. Actuellement les contraintes d'activité sur les personnels sont du côté hospitalier.

Philippe Thibault : en effet et *a contrario*, on peut penser qu'il n'y a pas suffisamment de contraintes côté universitaire.

RR : il faudrait une prime importante ; en l'état actuel ce n'est pas réaliste. Restent au bord de la route ceux qui sont depuis longtemps dans la carrière. Pour les collègues qui commencent une prime de 300 € par mois seraient bienvenue.

François Piette - Coordination Hospitalo-Universitaire : plusieurs autres points interviennent ; nos pairs vivaient 10 ans de moins. En 1958 la présence hospitalière était légère, désormais les responsabilités hospitalières ont énormément augmenté, plus la judiciarisation et toutes les contraintes administratives !!! Chez les jeunes il y a mécontentement. Les carrières hospitalo-universitaires sont moins attractives. Nous ne sommes plus dans la situation d'il y a 15 ans ; il faut aller chercher les jeunes.

Francis Brunelle : il faudrait rétablir la prime au chef de service ; elle a été supprimée en 1981.

REORGANISATION UNIVERSITAIRE MÉDICALE

CG : parlons maintenant de formation initiale, de formation continue et de recherche clinique.

Philippe Thibault : l'évolution du *numerus clausus* provoque l'encombrement des amphithéâtres en P1 ; il y a une organisation à mettre en place car la situation actuelle est délétère ; il faut un investissement plus important des enseignants. Il faut ramener des enseignants dans la formation initiale. Il faut aussi mieux répartir les postes. - Il faudra augmenter l'implication des chefs de clinique assistants dans l'enseignement. Les praticiens hospitaliers peuvent avoir des fonctions d'enseignement et ces fonctions sont à reconnaître. Il y a aussi les chargés d'enseignement avec heures complémentaires ; il y a également les professeurs et les maîtres de conférences associés avec un statut santé ; ils sont dans le train législatif de 2006 : il va y avoir création de lignes budgétaires.

Francis Brunelle : beaucoup de jeunes P1 sont dans la rue, il y a des bagarres ; notre responsabilité est lourde. Il faut séparer la sélection, de la formation ; l'histogramme en fin de première année est le même qu'au baccalauréat.

Il faut ouvrir les carrières à des catégories défavorisées.

Première piste : réfléchir à une sélection en amont de P1

Deuxième piste : valoriser les équivalences en licence.

Troisième piste : en ce qui concerne le troisième cycle nous devons réfléchir à des projets pédagogiques de pôles, et à des projets pédagogiques inter-régionaux.

Formation médicale continue – FMC -: c'est un peu le contrôle technique des voitures, avec des points dangereux = indispensables, et des points plus mineurs = souhaitables, elle sera contrôlée par l'évaluation des pratiques professionnelles – EPP -

FMC et EPP : différencier le libéral de l'hospitalier ; se sont deux modalités d'une seule et même obligation. la FMC concerne les MPO.

EPP : pour les pharmaciens il faut les intégrer dans l'évolution des pratiques hospitalières.

GA : le problème est que la formation médicale continue à été créée pour les médecins et les pharmaciens, mais que la Loi d'août 2004 à oublié les pharmaciens et les biologistes, donc il faudra un décret (Francis Brunelle d'accord) et il faudra aussi une modification législative (Francis Brunelle d'accord).

JGG : reste que les pharmaciens ne soient pas actuellement dans EPP est un scandale.

Francis Brunelle : restons calmes et discutons tranquillement. On va étudier le problème et nous nous réunirons pour en parler.

JGG : d'accord, nous vous demanderons RV.

François Piette : je reviens sur le drame du P1. Beaucoup paient 5 000 € à une « boîte » pour les faire travailler. Cela est anormal.

Francis Brunelle : les étudiants commencent à être d'accord avec cette analyse.

François Stierlé : le P1 ne donne pas l'équivalence de la licence dans le L. M. D. aurons- nous affaire bientôt à une école professionnelle ou bien resterons-nous dans l'université.

Philippe Thibault : les étudiants doivent se mettre en situation de demander et de revendiquer, par ex. une équivalence de licence

LA RECHERCHE

Philippe Thibault : il faut valoriser et identifier la recherche clinique ; lui donner les moyens financiers (MERI = mission enseignement recherche innovation), renforcer le côté scientifique du CHU en allant du fondamental (EPST, Inserm, CEA, ...) vers l'appliqué c'est-à-dire clinique.

Les PH sont plutôt dans la recherche clinique.

Le MIGAC inclue la MERI. La réforme de la T2A doit s'étaler sur 6 à 8 ans et on ne sait pas aujourd'hui où positionner les curseurs.

Francis Brunelle : L'idée est de valoriser la recherche clinique et de permettre son financement.

Les instances stratégiques des Hôpitaux reposent sur quatre pieds

- 1- le management, le responsable est le directeur
- 2- l'organisation des soins, le responsable est le président de CME
- 3- l'enseignement, le responsable est le doyen
- 4- la recherche EPST n'est pas représentée

Philippe Thibault : la mobilité entre en vigueur en 2006 ; elle est du ressort du CNU en particulier sous l'autorité des présidents de section ou de sous-section.

La mobilité a été instituée pour développer le potentiel scientifique et pédagogique ou de soins. Aller dans un EPST, c'est aller dans un autre établissement et c'est satisfaire au principe de mobilité. Elle est réputée acquise si on travaille au moins quatre fois trois mois dans une autre structure que le CHU où on est affecté : INSERM, CNRS, EPST, pour au moins un an. Ça ne concerne que les concours de type 1 (ni les type 2, militaires et scientifiques, ni les types 3, dispensés d'HDR) Mais il y a des ambiguïtés dans la rédaction des textes : par exemple, un stage ans à l'INSERM de 11 mois, le 12e étant pris par les vacances, ne satisfait pas à la mobilité. Il va donc falloir corriger certaines modalités mais ne pas tomber dans des « magouilles ».

Question de la salle : ne faudrait-il pas cibler les fonctions sur exclusivement le soin, ou exclusivement la recherche, ou exclusivement l'enseignement ? L'expérience montre qu'il a très peu d'enseignant-chercheur-hospitalier capables d'assurer les 3 fonctions.

Philippe Thibault : il n'est pas question de remettre en cause la triple mission du CHU : on connaît des médecins qui ne font que des soins, d'autre que de la recherche, et même quelques-uns que de l'enseignement. Au cours de la carrière, la répartition peut varier, par exemple plus de recherche quand on est jeune, plus d'enseignement à une autre période, etc. c'est la richesse de notre statut. Il ne sera pas remis en cause. Le remodelage du contenu des études est en cours.

Francis Brunelle : je suis très attaché au statut et aux trois missions, « soins, enseignement, et recherche », avec enrichissement mutuel. C'est un système extraordinaire ; pouvoir faire les trois dans un même lieu est unique. Ce système a été fondateur de la clinique au XVIIIe siècle. Certains sont plus intéressés selon les moments de la carrière par un ou deux ou trois ; ce qui manque c'est le management qui devrait être le numéro quatre. Il faut que nous apprenions le management.

Intervenant : les conseils scientifiques des IFR ne reconnaissent pas les équipes de recherches cliniques.

Philippe Thibault : elles commencent à figurer dans les contrats quadriennaux.

Francis Brunelle : le prix de Nobel a été attribué pour des travaux sur *Helicobacter* : c'est de la recherche clinique.

Troisième session : 11h15 – 13h15

LE STATUT

Danielle Toupillier, François Aubart, André El Hadad

FA 1^{er} thème: problématique des nominations, des affectations, des temps plein et des temps partiels.

Danielle TOUPILLIER (DT) : nous devons concentrer nos efforts sur nos capacités d'anticipation. Les quatre missions de la DHOS sont de définir la politique, piloter les missions, mettre en place les réseaux, évaluer et contrôler quand c'est nécessaire. La gestion des 35 000 praticiens hospitaliers va être transférée au centre national de gestion - CNG -. Le texte de 1992 prévoyait déjà la régionalisation pour les autres corps, la DHOS restait une exception. En 2000, la DH devient DHOS – Un tiers de l'activité de la DHOS porte sur la gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs. Les PH temps partiel sont déjà gérés régionalement par les DRASS.

En transférant la gestion des PH au CNG, mais aussi celle des directeurs des hôpitaux, des directeurs sanitaires, des directeurs sanitaires et sociaux (5000 en tout), la DHOS pourra se consacrer à l'évaluation, la démographie, l'anticipation, ses vraies missions. Nous avons de grandes ambitions, la gestion individualisée des carrières, les passerelles, les parcours, la réorientation de carrière, les changement de spécialité, le rattachement au centre pour permettre une nouvelle formation.

Aujourd'hui 36% de nos ressources sont consacrées à la gestion des PH.

Le CNG aura deux branches, une branche praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, une branche pour les trois corps de directeurs. Il gèrera l'affectation des directeurs et des praticiens hospitaliers mais dans une optique de gestion positive et de carrière,

Ses crédits de fonctionnement seront assis sur des crédits d'État, l'assurance-maladie, et un financement par les hôpitaux eux-mêmes.

Une des ambitions du CNG sera de gérer de manière plus personnalisée les carrières et de favoriser les passerelles, les changements de spécialités, voire même de métier, les changements de région.

L'effectif de ce centre sera au départ de 50 à 60 personnes, et devra atteindre en régime de croisière 100 à 120 personnes.

FA : le CNG ne doit pas devenir une voie de garage.

-- y a t-il un nombre de positions hors cadre ciblé ?

-- quelle sera la façon dont s'articulera la situation des PH dans les établissements qui ferment.

D T. c'est un débat sensible. Il faut garantir aux praticiens le départ dans un établissement de proximité avec leur poste ; on peut même envisager un changement de région dans le cadre d'une carrière normale et non pas en recherche d'affectation.

30 à 50 personnes sont en difficulté professionnelle ; il y a des problèmes de travail en équipe, quelques problèmes de compétences, quelques problèmes disciplinaires les sanctions sont-elles nécessaires ? Sont-elles opportunes ? Nous cherchons des

solutions. On essaie d'éviter au maximum les insuffisances professionnelles qui conduisent aux commissions disciplinaires

Wagner : quand on parle de CNG chez les PH on agite un chiffon rouge. La territoriale n'a pas été un grand succès. Vous-même à la DHOS, vous occupez très bien de ces problèmes Cela sera-t-il mieux avec le CNG.

DT : il faut pondérer le danger du CNG. Nous avons toujours veillé au traitement humain des situations ; il est possible que le CNG soit basé à Paris ; une grande partie de notre équipe ira au CNG. Cette équipe respecte les PH ; il y a peu contentieux et l'amélioration va se poursuivre.

Dans la salle, un chirurgien trouve pourtant scandaleuses les conditions dans lesquelles il a été suspendu de la chirurgie digestive, et après quelques années, reconverti en chirurgie urologique. « Il est facile de traiter quelqu'un de caractériel et d'incompétent » Il souligne qu'il n'a pas été écouté et pas traité de façon humaine « J'ai présenté ma situation au ministère il n'y a pas eu de réponse ». Il déplore également l'absence d'outil de mesure de la réalité des situations.

DT : nous ne sommes pas capables à 36 personnes de gérer 35 000 PH et 3500 directeurs d'hôpitaux. Mais je vais examiner personnellement votre situation et nous en reparlerons.

André El Hadad : le CNG est acceptable et souhaitable car le système actuel est à sa limite. Mais il y a une méthodologie de gestion à élaborer dans un CNG paritaire.

François Stierlé (FS) : oui au CNG mais il faut mieux communiquer. Ce sont les non-signataires qui communiquent mieux.

GA : il y a des difficultés avec ceux qui instruisent localement les dossiers par manque d'indépendance et par des instructions bâclées.

D T : il y aura des relais régionaux du CNG composées des mêmes unités, et même concept, avec les mêmes gestions de procédures que le CNG national.

FA- 2eme thème - interfaces T plein/ T partiel - exercice public/exercice privé.

Exposé de Jean Gabriel Brun : voir diaporama

A 57 ans, il revient du privé vers le public au cinquième échelon à Beaumont comme chirurgien.

Sept péchés capitaux de la loi Debré de 1958 :

confusion entre temps plein médical et hospitalier

généralisation du temps plein médical et fracture

demédicalisation (pouvoir des directeurs)

départementalisation désaffectation des jeunes et départs vers le privé

statut de temps partiel à revoir

La création d'un conseil de l'ordre des chirurgiens serait souhaitable.

FA : je suis plutôt contre la multiplication des ordres et plutôt pour leur suppression.

FA : 1ere question : T pleins/T. partiels.

: 2eme question : quelles sont les règles de vraie reprise d'ancienneté pour les spécialistes qui désiraient revenir à l'hôpital tout ou partie ?

R. R. : il faut simplifier les statuts avec le même *prorata temporis*, ou le temps à la carte (1,2,3,5,10 ½ journée). Il faudra s'inspirer du statut des praticiens attachés, voir le statut de l'Hôpital Foch pour le travail à l'hôpital et en libéral. Il faudra laisser le « choix de la voilure » tout au long de la carrière.

D T : le statut temps partiel a été créé pour compléter une activité libérale, c'était l'esprit à l'origine, et il y a de grosses différences avec le temps plein :

- rémunération qui n'est pas au *prorata temporis*
- cotisation sur deux tiers de la rémunération
- beaucoup de femmes, et c'est nouveau, ne font pas de libéral, et n'ont pas de deuxième activité.

Donc le rapprochement des deux statuts est à l'étude, mais il n'est pas question pour l'instant de fusion. La première étape a été la fusion des concours, auparavant les temps partiels avaient un concours régional.

Sur la reprise d'ancienneté, le ministère souhaite faciliter les passerelles public-privé, et privé-public. Mais il faut respecter la carrière des publics du premier au dernier échelon pour ceux qui ont passé un concours, donc il ne faut pas les mécontenter et les léser. En reprenant l'ancienneté d'un privé qui rentre dans le public, il n'est donc pas question de le propulser dans les derniers échelons sous prétexte qu'il gagnait plus. Il faudra donc trouver des critères équitables d'équivalence.

Étienne Weill : l'assiduité des temps partiels peut poser des problèmes en chirurgie.

F. A. : oui nous avons connu ce type de problème mais désormais allons vers l'avenir.

R. R. : il nous faut unifier le statut des temps partiels et celui des praticiens attachés.

Bernard Lénot : la revalorisation des actes pose problème ainsi que le salariat des médecins, ainsi que différentes structures publiques ou privées.

F. A. : il faut étendre en effet le champ de la réflexion, favoriser les passerelles, rapprocher les systèmes de rémunération. Tout salariat doit-il avoir une part contractuelle ?

Jean Gabriel Brun : tout cela est très intéressant mais je ne suis pas très accro du paiement à l'acte pour les soins lourds en tout cas pas dans cet état d'esprit. Je préfère la tarification à la pathologie plutôt que la tarification à l'activité.

DT : il existe le champ particulier des 350 hôpitaux locaux où exercent des médecins libéraux qui sont payés à l'acte. Ils ont un statut hospitalier et un salaire privé complémentaire.

François Fraysse : c'est toute la problématique du mercenariat ; avec un non-respect des règles.

DT : deux établissements ont été rattrapés par la chambre régionale des comptes pour faux et usage de faux ; il y a en effet des dysfonctionnements ; mais si possible évitons les juridictions lourdes.

Mon conseil est de bien remplir les tableaux de services ; c'est une garantie pour les accidents de travail (trajet, sécurisation des services professionnels). On passe du concept de vacataires, au concept de médecins à part entière avec le même comptage du temps et les mêmes tableaux de services.

F. A. : 78 % des tableaux de services sont remplis ; c'est bien !

Le temps de travail validé doit être rémunéré comme il se doit. Les émoluments doivent désormais comporter une part fixe et une part contractuelle ; deux disciplines sont en pointe dans ce domaine, la chirurgie et la psychiatrie avec la part complémentaire variable (PCV).

La part complémentaire variable de rémunération

DT. : c'est un sujet sensible ; la PCV est très innovante , le problème peut être passionnel. Elle ne va pas contre l'unicité du statut. La PCV, est-elle compatible avec le code de déontologie ? C'est une rémunération complémentaire contractuelle Oui dit le Conseil d'État ; le statut est un et indivisible mais il y a désormais les astreintes, la permanence de soin, l'activité multisite, les primes d'exercice public exclusif, qui viennent moduler cette unicité. La PCV est un contrat interne ; pour les équipes, cela repose sur des principes d'efficacité et de qualité.

Pour les ARH et l'État il y a la contractualisation avec les contrats d'objectifs et de moyens, les contrats de services, les contrats de Pôles ; pour les équipes il y a la sollicitation à PCV. Notons l'existence de zones à risque ; la reconquête de la chirurgie publique, la motivation des équipes, l'attractivité, le problème des postes vacants. Désormais le travail doit se faire sur un objectif avec évaluation. Pour la PCV des indicateurs sont à construire en particulier en chirurgie ; en psychiatrie il y a le choix entre la prime multisite qui est une sectorisation au sein de la même institution juridique et la prime établissement, qui représente des entités juridiques différentes.

JGG : quel est le « timing » d'accès à la PCV pour les disciplines autres que la chirurgie et la psychiatrie.

DT : il va se mettre en place des groupes de travail PCV. Une mention spéciale doit être donnée à la biologie et à la pharmacie qui ont été très innovantes et pionnières dans la mise en oeuvre des bonnes pratiques. Le champ d'application de la PCV va s'ouvrir progressivement et 100 % des disciplines doivent pouvoir y accéder rapidement. C'est une construction collective de la démarche à effet individuel ; il faudra bien stabiliser les engagements.

FS : est-ce que la PCV est un acquis ; que se passe-t-il s'il y a désengagement ?

RR c'est une prime ; s'il y a désengagement la PCV est perdue.

André El Hadad. : c'est un contrat évalué en interne ; rien n'est acquis.

DT. : confirme. L'évaluation, n'est jamais simple ; ceux qui n'y sont pas trouvent cela injuste ; mais je reste plutôt optimiste sur le travail de cohésion des équipes.

FA : l'objet est d'avoir une reconnaissance de motivation et d'engagement.

Hafid Talha (HT) : c'est un problème d'équipe, il faut intéresser toute l'équipe.

DT : la PCV concerne l'équipe médicale et de l'autre côté il y a la contractualisation du pôle qui concerne l'ensemble de l'équipe. Il faut associer la quantité et la qualité avec des indicateurs sur les deux concepts. Cela aura la vertu de l'exemple.

RR : quelles sont les rapports entre l'intéressement aux résultats et la PCV ?

DT : le mot d'intéressement a été rejeté par les non médecins ; il a été mal compris, mal perçu, ressenti comme un début de privatisation. Ce n'est pas du tout l'intention ; c'est une forme d'engagement en plus de la part fixe.

Pierre Barbier : la PCV va augmenter la masse salariale...

F.A: oui le chiffre est de 15 %. Pour l'année 2005 cela représente environ 27 millions d'euros ; un chiffre de la montée en charge a été demandé.

François Piette. : je suis favorable au principe.

FF. : il faut trouver un point d'équilibre avec les autres types de contrat.

FA : la masse salariale des médecins des hôpitaux est actuellement un marécage dans lequel nous pataugeons ; il faut assainir.

DT : nous allons introduire une nouvelle instance qui va prendre le relais au niveau régional avec l'observation, le suivi, la régulation ; il est certain que la PCV, les lignes de garde, les astreintes forfaitaires, la permanence des soins, posent le problème général de la ressource. Nous ne pourrons pas tout autofinancer ; des économies sont encore possibles Par ailleurs la T2A. va introduire une dynamique économique.

Steicher- psychiatre : se pose le problème de l'attractivité pour les HU ; il faut du temps pour la recherche !!

DT : les HU ne sont pas oubliés ; les HU sont cogérés ce qui fait que les processus se sont plus lents. Pour la PCV les HU sont éligibles, pour la permanence de soins l'indemnité de service public exclusif, l'indemnité multi site, aussi, sauf s'il y a entorse au statut de fonctionnaire d'état.

En ce qui concerne la retraite des HU, il n'y a pas deux systèmes de retraite possibles dans le statut ; ce serait économiquement insupportable et juridiquement compliqué. Il peut y avoir une troisième voie pour ceux qui sont avancés dans la carrière et pour les jeunes dans la carrière ; il aura une première réunion au mois de novembre.

HT : l'indemnité pour les chefs de service à été supprimé ; il y a une indemnité de 200 € prévue pour le responsable de Pôle ; en est-il prévue également pour les présidents de CME ?

DT. : CS et RP sont deux métiers différents, médical d'un côté et managérial et collectif de l'autre (Services, UF, Départements, Fédérations). On voit mal comment cumuler les deux fonctions. Il n'y a pas incompatibilité juridique, mais il y a incompatibilité fonctionnelle, nous pensons que le PH se mettrait dans une situation très délicate. Les deux métiers sont différents, surtout quand on sait que certains pôles auront plus de 750 personnes

Jean-Marie Vetel : si les pôles deviennent gigantesques, il faudra les scinder, sinon ce sera insupportable pour le responsable.

DT : nous n'avons pas voulu trop contraindre, après avoir entendu tous les protagonistes, conférences, syndicats...

FA: le président de CME est élu, qu'on lui donne des temps de remplacement d'accord, mais pas de rémunération complémentaire. Pour les responsables de Pôles : oui.

Jean Gérard Gobert, Marie-Christine Guimont, Jean-Pierre Garnier

Les Universités d'Automne et le Congrès National de la CMH auront lieu

les 13, 14 et 15 septembre 2006 à Strasbourg.

Ce sera un grand rassemblement syndical

des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens.

