

INFO CMH - SNAM-HP

Point presse du 3 Avril 2007

L'instauration d'une part complémentaire variable de rémunération (PCV) pour les Praticiens Hospitaliers, les universitaires et les chefs de clinique assistants constitue un élément de promotion nécessaire pour le service public hospitalier.

Point 6 du « plan chirurgie » adopté de façon unanime par les 4 intersyndicales hospitalières le 2 septembre 2004, la mise en œuvre de la PCV médicale à l'hôpital aura mis plus de 2 ans à être concrétisée.

Son objectif doit d'abord être mis en perspective avec la crise de la chirurgie dans les hôpitaux. La chirurgie hospitalière se fragilise gravement et se réduit parfois à la chirurgie d'urgence. L'orientation de la chirurgie programmée moins contraignante vers les cliniques privées (70%) constitue une pompe aspirante pour les jeunes chirurgiens (86% des jeunes chirurgiens s'installent en privé et en secteur 2, source CNAM) et une entrave à l'accès égal des français à des soins chirurgicaux de qualité.

Par un jeu de dominos facile à comprendre du fait des liens nécessaires dans les filières de prise en charge des malades, c'est l'ensemble du secteur d'hospitalisation de court séjour (obstétrique et spécialités médicales) qui se trouve par la même fragilisé.

Comment cela va-t-il fonctionner ?

Les chirurgiens des hôpitaux vont, comme tous les praticiens, continuer à recevoir leur rémunération statutaire sans changement. Mais, chaque équipe aura, en plus, la possibilité de passer contrat avec la direction de l'hôpital pour disposer d'une part complémentaire du revenu pouvant atteindre 15% de la rémunération en échange d'un engagement collectif en terme d'activité et de qualité.

Des indicateurs déterminés au plan national seront appliqués à des actes traceurs volontairement choisis par l'équipe car représentatifs de son activité. En cas de litige entre l'équipe et la direction une commission paritaire (syndicats-tutelle institutionnelle) peut être saisie. L'attribution financière est ensuite distribuée à chaque membre de l'équipe souhaitant s'y impliquer selon des modalités choisies par l'équipe.

Un accord signé par les 4 organisations syndicales représentatives

Cet accord, spécifique à la chirurgie, négocié avec le Ministère de la Santé a été signé par les 4 organisations syndicales représentatives (SNAM HP, CMH, INPH, CPH).

Toutes les autres spécialités sont éligibles au fur et à mesure de la publication des indicateurs définis par les sociétés savantes concernées. Il est aussi créé une « prime d'activité sectorielle et de liaison » dont pourront bénéficier ceux qui exercent une activité à contrainte de mobilité.

Les psychiatres sont aujourd'hui concernés (activités de secteur) mais aussi potentiellement les activités de gériatrie. L'extension de la PCV aux autres spécialités médicales est inscrite dans l'accord national du 31 mars 2005, dans l'arrêté publié le 29 mars 2007.

Il est également confirmé dans la lettre du 22 mars 2007 adressée par le Ministre, Xavier Bertrand, aux Présidents des syndicats représentatifs. La lettre fait notamment allusion à l'extension de la PCV aux anesthésistes réanimateurs. Cette extension aux acteurs du bloc opératoire et, au-delà, à l'ensemble de l'hôpital constitue une modernisation importante. Il convient que les textes réglementaires attendus notamment pour la mise en œuvre de la PCV des chefs de clinique et des universitaires ne fassent l'objet d'aucun retard.

Certaines organisations syndicales ont fait part de leur opposition à ce texte. Au delà de la forme parfois violente (ont été employés les termes de mesure discriminatoire et d'apartheid), leurs critiques peuvent être résumées de la façon suivante :

- La PCV est synonyme de productivisme incompatible avec l'exercice public.
- Elle remet en cause le statut unique des praticiens hospitaliers.
- La ligne budgétaire allouée aux chirurgiens l'est au détriment d'autres lignes budgétaires
- Les indicateurs proposés le sont « en quasi totalité localement » soumettant les équipes médicales à l'arbitraire administratif
- Seuls les chirurgiens en bénéficient.

Il convient dans ce contexte, de faire 4 remarques factuelles :

1°) Le statut unique ne signifie nullement dans les faits une équité de traitement entre médecins. Notamment, la rémunération des praticiens hospitaliers est différente d'une spécialité à l'autre selon les modalités de comptage et de rémunération du temps de travail.

A titre d'exemple, à ancienneté identique sans exercice privé et à contraintes identiques, on constate une différence de rémunération d'environ 30% entre les spécialités rémunérées par comptage horaire et les autres.

Hôpital de R

Echelon 4 : 3930€

Echelon 4 comptage horaire : 4951€

Echelon 12 : 6116 €

Echelon 12 comptage horaire : 7989 €

Hôpital de V

Echelon 4 : 3970€

Echelon 4 comptage horaire : 5434€

Echelon 12 : 5725 €

Echelon 12 comptage horaire : 7155 €

2°) Entre 1999 et 2002, appuyés sur le « plan urgences » et ses créations de postes, un gros tiers des 3000 postes médicaux créés à l'occasion de la mise en œuvre de la RTT médicale ont été dédiés à la médicalisation des urgences. La CMH et le SNAM HP avaient à l'époque validé cette priorité. De la même façon, la plus grande partie des heures et plages additionnelles créées pour pallier aux manques de médecins liés à la mise en œuvre précipitée de la RTT médicale ont bénéficié à l'anesthésie et la médecine d'urgence. Dans le passé, le plan périnatalité a constitué un autre exemple de priorité acceptée pour combler des manques d'une activité en difficultés.

3°) Alors que les hôpitaux connaissent des difficultés financières sans précédent et que la dette pèse sur la génération à venir, l'hôpital et les hospitaliers doivent compter. Il n'est pas acceptable de faire croire que les nécessaires améliorations de productivité de l'hôpital soient le cheval de Troie d'une libéralisation productiviste de l'hôpital. Cet engagement des praticiens à compter les activités et à réorganiser les filières de prise en charge et les plateaux technique légitime notre exigence de disposer des moyens financiers nécessaires.

4°) La reconnaissance d'engagement de qualité et/ou d'activité existe dans certaines collectivités territoriales et sous forme de la « prime de service » pour la fonction publique hospitalière. Le champ de ces 2 exemples est limité. Cependant ils font la preuve qu'une telle démarche est possible sans remettre en cause les missions de service public des agents concernés.

Un enjeu central : être reconnu pour ce que l'on fait

Le développement de la PCV aux médecins et pharmaciens hospitaliers doit faire la preuve qu'au delà du statut unique, socle commun de la pratique hospitalière, les médecins hospitaliers sont reconnus pour ce qu'ils font.

Mais le contexte de mise en œuvre de cette évolution statutaire doit être analysé.

La mise en œuvre de la réforme du financement des hôpitaux transformant le budget global en Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) s'accompagne d'une manipulation comptable qui masque les déficits hospitaliers. Dans ce changement, les postes vacants (médicaux et non médicaux) passent purement et simplement à la trappe. Jusqu'alors ces postes budgétés non financés servaient à combler financièrement les trous. Leur disparition financière entraîne une pénalisation supplémentaire des activités concernées. Ce constat est le témoin d'un système à bout de souffle. Les limites de solvabilité des patients et la remise en cause de l'égalité d'accès aux soins seront au centre de la prochaine législature.

Annexe

L'accord stipulait dans son article 6 :

.Dans le cadre de la prise en compte de la spécificité et la reconnaissance de la pénibilité de l'exercice chirurgical les signataires souhaitent :

- en premier lieu réaffirmer l'unicité du socle que constitue le statut de praticien hospitalier
- en second lieu permettre par des dispositions statutaires et indemnitaires la reconnaissance des charges particulières des praticiens en terme d'activité, de responsabilité institutionnelle ou spécifique et de pénibilité ainsi que des actions réalisées pour la qualité et pour l'activité publique.

Ces dispositions comporteront l'engagement pour les praticiens concernés, dans la procédure d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle instituée par l'article 16 de la loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en vue de l'obtention de celle ci.

Au-delà du socle commun ce régime indemnitaire sera établi et modulé en fonction de l'activité selon des modalités définies au niveau national.

Part complémentaire variable :

la lettre du ministre adressée aux 4 Présidents des Intersyndicales

Monsieur le Président,

Le décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006 a acté la création de la part complémentaire variable de rémunération pour les praticiens hospitaliers. En parallèle, la concertation approfondie menée dans le cadre d'un groupe de travail réunissant l'ensemble des organisations syndicales a permis de définir un dispositif centré autour d'objectifs précis d'activité et de qualité, à atteindre par les praticiens engagés contractuellement dans une démarche d'amélioration de leur activité, la définition et le suivi de la réalisation de ces objectifs étant établis avec un ensemble d'indicateurs déterminés à la fois au plan national et local.

Cette part complémentaire variable, dont les chirurgiens et les psychiatres ont été définis comme premiers bénéficiaires a, comme le ministre s'y est engagé à plusieurs reprises, vocation à s'appliquer aux autres disciplines et spécialités.

Parmi les priorités figure l'application de cette mesure aux praticiens d'anesthésie réanimation, dès l'année 2007.

A cet effet, il est nécessaire de définir rapidement pour cette spécialité des indicateurs adaptés, selon un dispositif analogue à celui élaboré pour la chirurgie :

- pré-requis conditionnant l'éligibilité au dispositif;
- indicateurs relatifs à l'activité et au développement de la qualité dont les résultats déterminent le taux attribuable.

A cet effet, je vous demande d'adresser à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins vos propositions de premiers éléments constitutifs de la définition des indicateurs propres à cette spécialité. Un groupe de travail sera mis en place très prochainement pour l'élaboration définitive de la grille d'appréciation des critères d'attribution.

La concertation sera conduite par Madame Annie PODEUR, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Je charge par ailleurs la DHOS, en lien étroit avec les organisations professionnelles, les conférences et les fédérations, d'élaborer un dispositif de suivi et d'évaluation, spécialité par spécialité, de ce nouveau dispositif de rémunération.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Xavier BERTRAND