



**ALLIANCE HÔPITAL**  
SNAM-HP & CMH

### A propos du « Ségur de la santé »

Nous savons tous que ce qui a été obtenu lors du « Ségur de la santé » est loin d'être suffisant pour rattraper la perte du pouvoir d'achat depuis 10 voire 20 ans. Par ailleurs seul le volet carrières et rémunérations a été signé, les autres piliers devront faire l'objet de nouvelles négociations, sur la gouvernance, la territorialité, le financement de l'hôpital (T2A, tarifs...), le temps de travail (5ème plage) et les gardes. Mais ce que l'on peut dire avec force c'est que les jeunes praticiens sont ceux qui bénéficient le plus des nouvelles mesures, surtout si l'on y ajoute celles de ma santé 2022. Par exemple un jeune praticien nommé PH après deux ans d'assistantat gagnera 1100 € nets de plus avec l'accord « Ségur » et celui de « ma santé 2022 », soit environ 30% de plus. Le fait d'avoir signé n'est en aucun cas un accord définitif sans suite mais une première étape et nous resterons particulièrement vigilants lors des étapes suivantes au sein du comité de suivi. Si l'on avait voulu obtenir satisfaction pour toutes les demandes spécifiques, même légitimes, il n'y aurait pas eu d'accord et tout le monde aurait été perdant.

Alliance-Hôpital SNAM-HP & CMH portera sans relâche vos revendications sans distinction de spécialité ni de mode d'exercice pour rénover l'hôpital public, et cela dès demain.



ALLIANCE HÔPITAL  
SNAM-HP & CMH



SEGUR DE LA SANTE : Des avancées majeures pour les praticiens hospitalo-universitaires.

Depuis des années les HU demandent une régularisation de la part hospitalière de leur activité.

- En effet, leur situation particulière pour la retraite hospitalière a été mise à mal par 2 lois récentes :
  - D'une part, la loi Ayrault qui a supprimé depuis 2013 la possibilité pour les nouveaux nommés de valider leurs services auxiliaires (externat, internat, assistanat....). Le protocole d'accord prévoit maintenant la reprise totale et automatique de l'intégralité de l'ancienneté des services hospitaliers pour le calcul du montant des pensions de retraite.
  - D'autre part, la loi Pacte de 2019 a supprimé toute possibilité d'ouvrir un PERP. Le protocole d'accord prévoit maintenant que le dispositif d'abondement hospitalier pour leur retraite sera même augmenté, et que sera incluse dans l'assiette la totalité des émoluments hospitaliers (primes, indemnités, gardes, astreintes...).
  
- Dans le cadre de leur exercice hospitalier les HU vont bénéficier des mêmes avancées que les PH à savoir :
  - L'indemnité de service public exclusif portée à 1010 €
  - Un rééchelonnement de leur grille indiciaire hospitalière en adéquation avec les améliorations obtenues pour les PH formellement garanti par ces accords.
  
- Ces dispositions statutaires concernant les carrières et rémunérations des HU doivent s'accompagner d'avancées équivalentes en ce qui concerne la gouvernance et l'exercice territorial.

Bien que certains éléments spécifiques ne soient pas inscrits tels quels dans le protocole d'accord signé à Matignon le 13 juillet 2020, nous avons l'engagement très ferme du Ministre et de son Cabinet. C'est aussi l'objet et l'intérêt du Comité de suivi auquel nous participerons avec une extrême vigilance pour que ces mesures soient intégralement appliquées et validées.

Nous joignons le texte du protocole d'accord qui mentionne également un accord à venir sur la revalorisation des gardes.

Nous vous tiendrons bien sûr constamment informés des avancées de ces travaux, en vous remerciant pour votre soutien.

Le 15 juillet 2020

Sadek Beloucif

Jean-Pierre Pruvo

Frank Boudghene



ALLIANCE HÔPITAL  
SNAM-HP & CMH



Syndicat National des Médecins, Chirurgiens,  
Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens  
des Hôpitaux Publics



Coordination  
Médicale  
Hospitalière

## COMMUNIQUE SPECIAL

Paris, le 13 juillet 2020

La CMH et le SNAM-HP, réunis dans Alliance-Hôpital, se félicitent de la conclusion du Ségur de la santé en ce qui concerne les avancées pour pallier à la crise démographique touchant l'ensemble des praticiens hospitaliers.

### Qu'on en juge :

- **Revalorisation de 800 à jusqu'à 1600 € mensuels** selon l'ancienneté.
- **Création de 3 échelons après l'ancien échelon 13**, avec par an pour chacun de ces échelons supplémentaires un paramétrage proposé à : + 5000 €, + 5000 € et + 7000 € annuels pour le dernier. (Il faut noter que 25% des PH sont au 13<sup>ème</sup> échelon, 15% sont au 12<sup>ème</sup>, ce qui en fait une revalorisation très importante immédiate.)
- **Augmentation de l'IESPE** (indemnité d'engagement de service public exclusif) identique à 1010 € bruts pour tous (Assistants, CCA/AHU, PH, PUPH, ...). Les plus jeunes profitant le plus en proportion de la revalorisation systématique pour tous de l'IESPE à 1010 € brut sans palier avant ou après 15 ans d'ancienneté comme c'était le cas jusqu'à présent.
- **Pour les universitaires : revalorisation** de ce qui est obtenu pour les PH avec la majoration de la grille indiciaire, **annulation de la suppression de la validation des services accessoires** (que nous avons constamment combattu comme une mesure inique) et **augmentation du plafond du Perp** type Prefon de 9 à 15 % de **tous** les émoluments hospitaliers (ce qui inclut maintenant primes, gardes et astreintes).

Certains éléments spécifiques concernant les **universitaires** ne figurent pas dans le protocole écrit pour des raisons juridiques (plusieurs ministères sont concernés), mais seront examinés lors de la mise en place du comité de suivi.

**Il en est de même pour un travail complémentaire à propos de la permanence des soins, du temps de travail et de sa valorisation.**

Ces divers éléments **signés et entérinés** représentant 450 millions d'euros, **sont la plus importante avancée salariale pour les praticiens hospitaliers depuis plus de 35 ans** et représentent selon le niveau d'ancienneté et le mode d'exercice **de 14 à 25% d'augmentation.**

**Il faut pour être complet y adjoindre les avancées obtenues dans le cadre « ma santé 2022 » fin 2019 avec application immédiate :**

- Suppression des 3 premiers échelons par fusion au 4<sup>ème</sup> échelon et entrée dans la carrière au 4<sup>ème</sup> échelon, soit à l'heure actuelle 5000 € mensuels au minimum.
- Très importante augmentation de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) passant de 10.000 € à 15.000 € et même jusqu'à 30.000 € dans certaines conditions.
- La prime territoriale.

Cela représentait 375 millions d'euros, avec une dominante d'amélioration pour les « jeunes » médecins. Cela a été négocié pied à pied par Alliance-Hôpital SNAM-HP & CMH.

**Avec les mesures actuelles, c'est la totalité de la profession qui bénéficie des revalorisations salariales (de 14 à 25%), y compris les fins de carrière et les retraites H et HU.**

**C'est donc pas moins de 825 millions d'euros au total que notre profession a obtenu grâce à notre action syndicale.**

C'est pourquoi c'est volontiers que nous signons ces accords et que nous veillerons à leur application au plus vite dans le Comité de suivi où nous siégerons.

**Notre action syndicale est bien majoritaire chez les hospitaliers et chez les universitaires :**

Il faut rappeler à ce sujet qu'ensemble avec l'INPH, autre signataire, nous avons obtenu aux dernières élections de l'été 2019 :

- 22 sièges sur 42 chez les PH (soit 52% des sièges)
- 34 sièges sur 42 chez les PUPH et MCU-PH (soit 80% des sièges)

Soit :

- 5136 voix contre 4699 voix chez les non-signataires (Collège des PH)
- 1004 voix contre 463 voix chez les non-signataires (Collège des universitaires)
- 4590 voix contre 4408 voix chez les non-signataires (CSPM, tous collèges confondus)

Soit un total général de 62 sièges contre 34 chez les non-signataires.

Il s'agit donc en ce qui concerne cet accord obtenu de haute lutte d'un protocole d'accord dit « majoritaire », ce qui a toute son importance pour les prochains mois et la mise en place du comité de suivi de toutes les mesures en chantier, la revalorisation de la permanence des soins. Nous nous y engageons.

Notre action syndicale a payé grâce à la mobilisation inlassable, constante, et sans compter le temps passé, conjuguée de la CMH et du SNAM-HP, regroupés dans Alliance-Hôpital !

Dr Norbert SKURNIK, Président de la CMH  
Pr Sadek BELOUCIF, Président du SNAM-HP



ALLIANCE HÔPITAL  
SNAM-HP & CMH



Syndicat National des Médecins, Chirurgiens,  
Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens  
des Hôpitaux Publics



Coordination  
Médicale  
Hospitalière

## COMMUNIQUE

Paris, le 10 juillet 2020

La CMH et le SNAM-HP, réunis sous la bannière Alliance-Hôpital, organisations représentatives des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes des hôpitaux, prennent acte de l'ensemble des mesures proposées à l'issue du Ségur Santé pour les personnels médicaux, hospitaliers et universitaires.

Il est prévu un protocole d'accord qui est une première étape et qui sera enrichi par le comité de suivi des réformes proposées. Nous y serons naturellement présents et vigilants, notamment pour garantir les mesures et leur calendrier d'application.

Plus spécifiquement :

1. Au plan des rémunérations,

- La reconnaissance de l'engagement pour le service public de tous les praticiens, avec une augmentation de l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif (IESPE) identique pour tous, ce qui sera particulièrement bénéfique pour les praticiens en début de carrière ;
- Une perspective d'évolution de carrière en revalorisant les grilles indiciaires, à la fois pour les plus jeunes par la suppression des 3 premiers échelons (les rémunérations des plus jeunes font l'objet d'une attention particulière en proportion afin de lutter contre toute « fracture générationnelle ») et, également, pour ceux en cours de carrière via la création de 3 échelons supplémentaires (sur une nouvelle grille indiciaire qui ne comptait plus que 10 échelons). Ces mesures doivent s'accompagner naturellement d'une reconstruction de carrière pour les collègues de milieu de carrière ;
- La valorisation, enfin, des personnels universitaires, selon des éléments indiciaires concordants avec la grille des Praticiens Hospitaliers, ainsi que par régularisation des retraites avec intégration des services accessoires et amélioration de leur retraite complémentaire type PERP par un abondement supplémentaire de tous les émoluments hospitaliers.

## 2. Pour les aspects non financiers :

Le protocole d'accord s'attache à des items clés pour la profession : « Ville-Hôpital », « Territorialité », « Gouvernance » et « implication des acteurs », dans un sens favorable aux praticiens.

Il faut signaler que l'ensemble de ces mesures sont des mesures qui favorisent globalement l'ensemble des praticiens, tout mode d'exercice confondu et toutes générations confondues (début, milieu et fin de carrière, assistants, attachés, ..., PH, PU-PH).

Il y a lieu de se féliciter de ces avancées (pour une valeur de 450 millions d'euros ce qui fait une augmentation très substantielle des rémunérations).

La CMH et le SNAM-HP, dans ces conditions, se félicitent de ces dispositions et signeront cet accord.

Il faut signaler, et ceci est très important pour nous, deux engagements forts qui ont été pris et qui seront l'objet de toute l'attention du comité de suivi dont nous faisons partie :

- sur l'adaptation de l'ensemble des mesures salariales aux hospitalo-universitaires,
- sur la Permanence Des Soins (PDS), et notamment l'obtention de la 5<sup>ème</sup> plage.

Dr Norbert SKURNIK, Président de la CMH  
Pr Sadek BELOUCIF, Président du SNAM-HP



**ALLIANCE HÔPITAL**  
SNAM-HP & CMH



Syndicat National des Médecins, Chirurgiens,  
Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens  
des Hôpitaux Publics



Paris, le 2 juillet 2020

## **ALLIANCE HÔPITAL VOUS INFORME**

### **Les négociations au Ségur concernant les PH : sortie de crise ou impasse ?**

Devant notre demande d'amélioration substantielle de la grille indiciaire des échelons, de la revalorisation des gardes et de l'augmentation de l'Indemnité d'Engagement de Service public Exclusif (IEPSE), la proposition initiale du gouvernement était de 300 millions d'euros pour l'amélioration de l'ensemble de la carrière des Praticiens Hospitaliers (80 millions pour la création de 2 échelons supplémentaires, 67 millions pour les gardes, 93 millions pour la le temps additionnel et 67 millions pour l'Indemnité d'Engagement de Service public Exclusif).

Cette proposition a été unanimement rejetée par les syndicats des Praticiens Hospitaliers car, même en passant à une enveloppe proposée ce matin à 400 millions, nous sommes bien loin du milliard d'euros nécessaire à une vraie revalorisation de la profession pour lutter contre la désertification médicale des hôpitaux. Ces chiffres sont à mettre en regard avec, par exemple, les 6 milliards proposés par le gouvernement pour les personnels non médicaux.

Avant la crise du COVID 19, nous lançons cris d'alarme sur cris d'alarme quant à l'inattractivité de la profession de PH à l'hôpital avec la fuite de l'hôpital qui est devenu pour les jeunes collègues un véritable repoussoir.

La pandémie du SARS cov2 a révélé tout cela de façon criante. Et pourtant le corps médical, avec abnégation, dévouement, en faisant appel aux étudiants et aux retraités a pris ses responsabilités. Le corps social français le sait. Tous sont prêts pour des mesures en faveur du redressement de l'attractivité médicale à l'hôpital public. Toute désillusion à l'issue du Ségur de la Santé aurait des conséquences dramatiques, pour les professionnels bien sûr et avant tout et surtout pour toute la population.

Par voie de conséquence, le SNAM-HP et la CMH ne peuvent accepter ces propositions initiales.

En revanche, un étalement dans le temps sur une période de 24 mois des mesures que nos intersyndicales de PH ont proposé peut être envisagé et accepté par tous. Dans tous les cas, la balle est maintenant dans le camp du gouvernement sur la base de nos propositions. Nous tirerons les conséquences qui seraient très graves à tous points de vue d'un éventuel échec.

**Dr Norbert SKURNIK**, Président de la CMH

**Pr Sadek BELOUCIF**, Président du SNAMHP

Soutenez l'action d'Alliance Hôpital SNAM-HP & CMH pour vous défendre et défendre l'hôpital public en adhérant à

[www.alliance-hopital.org](http://www.alliance-hopital.org)



Séjour de la Santé 2020  
« Carrières et Rémunérations »

**Les 50 propositions d'Alliance-Hôpital**

*SNAM-HP & CMH*

## Constat sur les carrières et les rémunérations

Les médecins hospitaliers recherchent aujourd'hui un équilibre entre la rémunération et la qualité de vie professionnelle, ainsi qu'un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée.

Or Alliance-Hôpital fait le constat que l'organisation hospitalière actuelle, et la rigidité des statuts ne permettent plus de répondre à ces attentes.

L'hôpital risque de ne **plus être un lieu d'expertise** et de n'être **plus du tout attractif pour les jeunes**.

## Créer un véritable choc d'attractivité

Alliance-Hôpital, regroupant le SNAM-HP et la CMH, défend un système de santé :

- organisé **régionalement**
- associant **l'ensemble des acteurs** : usagers, établissements de santé publics et privés, secteur ambulatoire, secteur médico-social
- structuré autour d'une **offre graduée de soins de qualité** (soins primaires et de recours), s'appuyant sur la pertinence des actes, la prévention primaire,
- intégrant la **transformation numérique**, qui facilite les parcours de soins
- et s'inscrivant dans une réelle approche de **santé publique**

C'est dans cette optique, qu'Alliance-Hôpital propose une réforme en profondeur du statut permettant de donner aux médecins hospitaliers et aux établissements publics de santé, les marges de manœuvre qui leur manquent aujourd'hui pour **rendre le métier attractif**, pour **accompagner les évolutions organisationnelles** et pour **assurer une reconnaissance indispensable aux médecins**.

Alliance-Hôpital propose un véritable choc d'attractivité en **50 propositions** sur **3 thématiques** :

- 1. Gestion des carrières et diversité des parcours**
- 2. Revalorisation des rémunérations du service public hospitalier au sein des territoires**
- 3. Développement des compétences professionnelles & Qualité de vie au travail**

## Le détail des 50 propositions

### 1. Gestion des carrières et diversité des parcours

Argumentation	N°	Propositions détaillées
Garantir un niveau de compétences lors de l'entrée dans la carrière hospitalière des praticiens et respecter l'indépendance professionnelle	1	Maintien du concours de PH avec simplification des procédures d'inscription (revoir les modalités d'inscription, les délais d'inscription, le calendrier, ...) en favorisant les recrutements au fil de l'eau
	2	Maintien de la nomination nationale des PH par le CNG au sein d'un établissement précis
	3	Maintien d'un statut unique, quelle que soit la discipline ou la spécialité exercée (devoirs, droits et rémunérations identiques)
Rendre la carrière plus attractive	4	Maintien de l'année probatoire tout en permettant aux PHC de bénéficier des mêmes droits que les PH (IESPE, activité libérale, activité d'intérêt général, congés de formation, prime d'activité sectorielle et de liaison ...)
	5	Intégration d'emblée dans la carrière si praticien déjà dans le service
	6	Ouverture aux PH et PHC des droits sociaux de la fonction publique hospitalière (crèches, œuvres sociales, ...)
Accompagner l'allongement des carrières pour fidéliser les praticiens expérimentés	7	Création d'échelons supplémentaires (jusqu'à 10 000 € net mensuels)
	8	Permettre les reconversions professionnelles (identification des besoins, financement spécifique, ...)
Reconnaître les activités programmées et non programmées réalisées en début de soirée	9	Création d'une 5 <sup>ème</sup> plage pour les activités réalisées en début de soirée (entre 18h et 21h30) <ul style="list-style-type: none"> <li>Liberté de choix de réaliser les 10 plages hebdomadaires sur 4 ou 5 jours à l'aide de la 5<sup>ème</sup> plage horaire</li> </ul>
	10	Possibilité d'organiser 1 plage horaire de télé-expertise rémunérée
Accompagner les prises de responsabilité au sein des établissements ou des territoires	11	Permettre l'accès, sans aucune condition, à des formations reconnues dans les domaines du management, de la gestion de projet, de la qualité de vie au travail, de la santé publique au sens large et permettre aux praticiens de bénéficier d'un accompagnement si le praticien en exprime le besoin
Favoriser l'implication des praticiens dans les activités du territoire, dans la formation et la recherche	12	Permettre aux praticiens de bénéficier d'un véhicule de fonction, d'un ordinateur portable et d'un téléphone mobile professionnel pour leurs déplacements sur le territoire
	13	Investir significativement dans les systèmes d'information et harmoniser le dossier médical informatisé du patient sur les différents sites
	14	Augmenter le nombre de demi-journées d'Activité d'Intérêt Général à 5 demi-journées hebdomadaires sous réserve d'un projet médical validé par la CME
	15	Assouplir les modalités de financement de l'exercice partagé, par l'ARS et/ou l'établissement support
	16	Assouplir les modalités d'activité libérale hors de l'hôpital limitée à 50% de l'activité

	<b>17</b>	Restitution au service des demi-journées remboursées à l'hôpital dans le cadre de l'exercice mixte
	<b>18</b>	Obtention de valences universitaires pour les praticiens engagés dans des activités d'enseignement et/ou de recherche
	<b>19</b>	Reconnaissance du temps non clinique (enseignement, recherche, vie institutionnelle, activités transversales hospitalières ou territoriales, ...) dans les obligations hebdomadaires des praticiens

## 2. Revalorisation des rémunérations du service public hospitalier au sein des territoires

Argumentation	N°	Propositions détaillées
<p>Faible attractivité de l'hôpital et fuite des praticiens confirmés et compétents vers le secteur privé liées pour partie à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>écart important de 26% des rémunérations par rapport aux moyennes des rémunérations des médecins spécialistes salariés des pays de l'OCDE (2017)</li> <li>écarts abyssaux entre les revenus moyens des PH variant de 1,8 à 6 fois la moyenne des revenus des praticiens libéraux</li> <li>perte du pouvoir d'achat de - 25% depuis les 20 dernières années</li> </ul>	<b>20</b>	<p>Refonte de la grille indiciaire avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fusion des premiers échelons permettant un début de carrière de PH à 5 000 € net mensuel</li> <li>Revoir l'ensemble des échelons et création d'échelons supplémentaires pour accompagner l'allongement des carrières avec un dernier échelon à 10 000 € net mensuel</li> </ul>
	<b>21</b>	<p>Revalorisation de l'Indemnité d'engagement de service public exclusif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>500 € net puis 250 € net supplémentaires par palier de 5 années consécutives, pour tous les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, avec effet rétroactif pour favoriser l'engagement dans la durée</li> </ul>
	<b>22</b>	<p>Revalorisation de l'entrée dans la carrière en portant la prime d'engagement dans la carrière hospitalière PECH à 15000 € pour les spécialités en tension (radiologie, anesthésie, urgences...) et 30000 € pour les territoires en difficulté</p>
	<b>23</b>	Participation aux négociations tarifaires nationales
<p>Nécessité de renforcer les liens au sein du territoire entre les structures et les professionnels en encourageant les activités sur plusieurs sites et en facilitant l'exercice mixte</p>	<b>24</b>	<p>Instaurer une indemnité de résidence pour les praticiens qui exercent dans des zones où le coût du logement est élevé afin d'atténuer l'impact sur le pouvoir d'achat qui est lié à l'obligation de résidence du praticien à proximité de l'établissement de santé où il exerce (déplacements lors des astreintes, mobilisation pour les plans blancs, ...)</p>
	<b>25</b>	<p>Revalorisation et simplification de la prime d'exercice territoriale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de 500 € brut mensuel par demi-journée hebdomadaire jusqu'à 2000 € brut mensuel pour 4 demi-journées hebdomadaires</li> <li>cette prime doit également être appliquée pour les activités multi-sites au sein d'un même établissement (AP-HP, HCL, AP-HM, ...) sans notion de distance</li> </ul>
	<b>26</b>	Harmonisation des gardes et des astreintes entre le secteur public et le secteur privé
	<b>27</b>	Compensation RTT pour tous les hospitalo-universitaires

Absence de reconnaissance et de valorisation de l'implication des praticiens pour des activités transversales ou managériales	<b>28</b>	Valorisation des fonctions managériales en cohérence avec la refonte de la gouvernance : <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCME : 500 € brut mensuel</li> <li>• Chef de pôle : 500 € brut mensuel</li> <li>• Chef de service, responsables de structures internes (UF), président de commissions internes, responsables de structures internes, chargé de projets transversaux : 500 € brut mensuel</li> </ul>
Améliorer les retraites des PH et des PUPH	<b>29</b>	Reprise totale et automatique de l'intégralité de l'ancienneté hospitalière depuis l'externat pour le calcul du montant des retraites des PH et des HU
	<b>30</b>	Intégrer la totalité des émoluments, gardes primes et indemnités dans le calcul de l'abondement hospitalier pour les retraites
	<b>31</b>	Porter l'abondement hospitalier pour les retraites à 15% du brut annuel
	<b>32</b>	Permettre de verser l'abondement de l'hôpital sur un PER individuel en plus d'un PERP a points (la loi Pacte qui instaure le PER et supprime le PERP au 1 <sup>er</sup> Octobre 2020, fait de facto perdre cette possibilité d'abondement retraite pour les nouveaux nommés)
	<b>33</b>	Générer des droits à la retraite en cas de cumul emploi retraite avec reprise à leur échelon avant retraite

### 3. Développement des compétences professionnelles & Qualité de vie au travail

Argumentation	N°	Propositions détaillées
<p>Dispositif de DPC unique pour tous les professionnels de santé ce qui ne permet pas de prendre en compte les besoins spécifiques liés à l'activité hospitalière, et ce indépendamment de la qualification ordinale</p> <p>Faible taux de consommation des actions de DPC par les hospitaliers alors que le niveau de consommation des actions de FMC est convenable ce qui traduit l'inadaptation du dispositif de DPC pour les PH (rapports ANFH 2017-2018-2019).</p> <p>Difficulté voire impossibilité pour certains PH de faire coïncider les orientations nationales de DPC avec leurs pratiques réelles qui peuvent être très diversifiées au sein des établissements de santé (hygiène, qualité, DIM, ... ) ou bien très spécialisées dans les CHRU par exemple</p>	<b>34</b>	<p>Refonte du dispositif de DPC et réécriture du décret DPC en précisant, pour ce qui concerne les médecins hospitaliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libre choix de la thématique de formation et de l'organisme de formation par le praticien – les demandes de congés pour formation sont motivées et soumises au chef de service et au chef d'établissement.</li> <li>• L'autorisation délivrée par l'établissement valide la pertinence de la demande de formation (thématique de formation au regard de l'activité du praticien, durée de la formation, organisme de formation)</li> </ul>
	<b>35</b>	Intégration au titre du DPC de toutes les formations suivies dans le cadre d'une réorientation professionnelle
	<b>36</b>	<p>Prise en compte pour la validation du DPC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la participation à un congrès national ou international</li> <li>• de toutes les formations universitaires / Ecoles d'enseignement supérieur suivies (certificat, DU/DIU, Master, Doctorat)</li> <li>• des publications dans des revues à comité de lecture ou la participation à des rapports d'expert</li> </ul>

Reconnaître les formations au management comme levier pour la qualité des soins dans les établissements de santé	<b>37</b>	Intégrer les formations au management hospitalier et à la santé publique au titre du DPC (validant le DPC des médecins hospitaliers)
Permettre le développement des compétences de plus en plus pointues et corriger les écarts avec les allocations disponibles pour les médecins libéraux	<b>38</b>	Maintien du nombre de journées de formation autorisées avec la possibilité de cumuler les congés de formation non consommés une année N avec ceux de l'année N+1 (nécessaire pour suivre certaines formations de type DU)
	<b>39</b>	Garantir à chaque praticien l'accès à une formation annuelle extérieure à l'établissement (journée nationale, DU, Master, congrès...) d'un montant de 1 500 €.
	<b>40</b>	Revoir la contribution minimale des établissements de santé dans le financement du DPC et de la FMC (au minimum 1,5% de la masse salariale en remplacement de 0,5% pour les CHRU et 0,75% pour les CH) et de la part versée par l'ANDPC à l'ANFH (qui doit être identique entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers)
	<b>41</b>	Permettre aux biologistes des établissements de santé de bénéficier des crédits versés par l'ANFH.
Depuis 2013, démarche QVT (accord national inter professionnel du 19 juin 2013), relayée par l'ANACT et la HAS, intégrée dans la certification des établissements de santé  Constats : <ul style="list-style-type: none"> <li>• retours négatifs sous forme d'une QVT « d'affichage »</li> <li>• peu/pas de prévention des risques psycho sociaux pour les médecins</li> <li>• dégradation des conditions matérielles d'exercice favorisant la perte de sens au travail et le départ des praticiens</li> <li>• un management comptable et/ou par la peur</li> <li>• organisation en silo et manque de coordination efficace faute de temps</li> </ul>	<b>42</b>	Améliorer l'ergonomie des locaux et des postes de travail, bureau seul permettant de recevoir les familles et les patients
	<b>43</b>	Favoriser le déploiement de dossiers médicaux intégrés permettant de grouper sur un même système l'ensemble des données cliniques, biologiques, d'imagerie et autres
	<b>44</b>	Mettre en place des postes informatiques équipés des moyens modernes de communication type visio-conférence
	<b>45</b>	Améliorer les conditions de la vie dans les établissements de santé : chambres de garde salubres, service de restauration à améliorer et à garantir notamment lors des gardes et astreintes, garde d'enfant à l'hôpital
	<b>46</b>	Sanctuariser les postes PH vacants et les publier de façon exhaustive avec une large diffusion
	<b>47</b>	Développer un système de médecine du travail, au sein des hôpitaux, qui soit performant et facilement accessible aux médecins
	<b>48</b>	Développer et former l'ensemble des responsables (médicaux, soignants, administratifs) à un management organisationnel et à l'éthique managériale
<b>49</b>	Développer la prévention et la gestion des conflits en mettant en place des Commissions de Vie Hospitalière indépendantes, sous l'égide des CME et des cellules de médiation externes aux établissements de santé pour éviter les liens d'intérêt	
Démarche récente depuis 2019 pour développer la médiation en santé	<b>50</b>	Développer des indicateurs de QVT « simples et factuels », au plus proche de la réalité de terrain et des conditions d'exercice des praticiens.

# Pour obtenir une vraie qualité dans les hôpitaux, inversons sa gouvernance !

Par Gérard Reach et Sadek Béloucif, Professeurs de Médecine et Médecins des Hôpitaux le 02-07-2020



**Qui dirigera l'Hôpital de demain? La question est au centre de la concertation du Ségur de la santé. Alors que [certains plaident pour que le directeur de l'hôpital soit le seul maître à bord](#), d'autres militent pour redonner des responsabilités aux médecins. Pour**

**les Prs Gérard Reach et Sadek Béloucif (AP-HP), le qualité et la sécurité des soins doivent être une prérogative des médecins, non plus de l'administration.**

"Tout le monde s'accorde pour espérer que de la crise que nous venons de vivre sortiront des changements bénéfiques pérennes. Les enjeux du Ségur de la Santé ne sauraient se borner à donner des récompenses futiles ou de vraies augmentations de salaires (et non pas des primes) aux soignants. Leurs salaires doivent enfin être au niveau de ce qu'ils sont chez nos voisins européens car il s'agit non pas de les récompenser pour ce qu'ils ont fait, mais de les reconnaître pour ce qu'ils sont. Mais il ne faut pas s'en arrêter là. Quand on parle de modification de la gouvernance qui mette fin au concept d'hôpital-entreprise qui n'a qu'une direction, la direction de l'hôpital, qui *s'appuie* sur une commission médicale d'établissement (CME), il faut sortir des incantations pour entrer dans le concret.

Le but de cette tribune n'est pas de proposer que *tout* doit changer (pour que rien ne change). Nous voulons au contraire indiquer qu'il y a bien *des domaines* où un changement radical est nécessaire : *dans ces domaines*, les poids respectifs de la direction et de la CME, la gouvernance ne doit pas seulement être modifiée, *mais inversée*. La qualité et la sécurité des soins représentent typiquement un de ces domaines où c'est la CME qui devrait pouvoir s'appuyer sur l'aide de la direction pour assurer une prérogative qui lui incombe.

Il s'agit d'une question majeure. En effet, la première attente des patients qui confient leur santé et leur vie à un hôpital est de bénéficier d'une excellence dans trois domaines : la qualité, la sécurité et l'accueil (ce que nous avons appelé "hospitalité"). La qualité (qui n'est donc pas seulement technique mais aussi humaine) et la sécurité des patients relèvent de la responsabilité directe des médecins, ce qui est reconnu dans la loi HPST, qui la confie au président de la CME.

Dans tous les établissements de santé, quelle qu'en soit la taille, la qualité, la sécurité et l'éthique des soins devraient être traitées dans une sous-commission permanente de la CME présidée par un médecin, au mieux le président de la CME lui-même. Le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins d'un hôpital devrait aussi être nommé par le président de la CME et relever de son autorité, et non de celle des directions administratives comme actuellement. Il devrait en être de même de tous les agents hospitaliers qui travaillent dans le domaine de la qualité et de la sécurité : ce serait un juste retour de ces agents hospitaliers depuis une direction administrative vers une commission médicale, car leur travail est consacré explicitement à la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients.

*"Le soin relève de la médecine et non de l'administration"*

Pour le dire clairement, la qualité, la sécurité et la gestion des risques associés aux soins ne devraient plus être gérées par une "direction

qualité" relevant de la direction générale, comme il y a une direction des finances, une direction des ressources humaines, ou une direction de la formation. En effet, ces dernières directions ont des missions de management, et non de soin.

Faire prendre en charge la qualité et la sécurité par une direction administrative de ce type fait courir le risque majeur de conflit d'intérêt, voire de lien de sujétion, faisant que la direction générale ne réponde pas, pour des raisons financières, aux questions posées par la direction qualité et sécurité qui en a connaissance. Nous en avons maints exemples dans le passé, rappelant au niveau local un constat général : l'inertie qui a été la conséquence directe de la suprématie, au niveau des arbitrages, du ministère des Finances sur le ministère de la Santé. Une des attentes du Ségur de la santé est que Ségur ne soit plus sous la tutelle de Bercy.

Évidemment, il serait naturel que des membres de la direction (notamment la direction des finances) assistent aux réunions de cette commission médicale pour lui apporter leur aide et leurs conseils.

Enfin c'est à cette commission médicale que devrait être confiée la préparation de la visite de certification des établissements de santé, car celle-ci examine essentiellement les problèmes de qualité (technique et humaine) et de sécurité des soins. La sincérité de l'analyse des situations, qui doit refléter la réalité des pratiques de terrain, est essentielle.

L'inversion de gouvernance que nous réclamons est justifiée par une évidence qui a sauté aux yeux au moment de la crise de la Covid-19...

les établissements de santé ont pour mission première de soigner les malades, et le soin relève de la médecine et non de l'administration. La partie administrative est là pour aider les soignants (médecins et non-médecins) à remplir leur mission de soin et de prévention.

Cette inversion de la gouvernance aurait enfin un impact majeur sur le développement d'une véritable culture qualité-sécurité dans les établissements de santé, tout simplement parce que les médecins y verraient le signe qu'ils ont vraiment la responsabilité de cette composante du soin *qu'ils se seraient réappropriée*.

Mais il faut aller au bout de cette nouvelle logique. Pour devenir une réalité, il faudrait évidemment que cette révolution ait une conséquence budgétaire : une partie significative des crédits hospitaliers attribués à la direction de l'hôpital devrait être effectivement fléchée pour permettre de répondre aux exigences de la qualité et de la sécurité des soins. Ces crédits concernent spécifiquement les besoins en termes de personnels dédiés à cette mission (salaires, voire primes), d'investissement et de fonctionnement : on pense singulièrement ici à l'aménagement des locaux en termes d'hospitalité et de sécurité, à l'éducation thérapeutique et à l'éthique du soin.

La crise de la Covid-19 nous a rappelé que nous étions tous vulnérables et pouvons devenir des soignés. Tous les soignants savent, eux, que c'est le travail empêché qui gêne, qui produit de la non-qualité, et de là, de la non-attractivité des professionnels et des patients vers l'hôpital. *"La liberté n'est pas le pouvoir de faire ce que l'on veut, mais le droit de se montrer capable de faire ce que l'on doit"* (Lord Acton). Ayons les moyens de ce droit, et donc de cette liberté."

[Commenter cet article](#)

**Egora vous recommande également :**