



Élections professionnelles des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers 2019

2019 Professional elections of medical, dental and pharmaceutical hospital staff

Anne DAVID-BRÉARD

Du 25 juin au 2 juillet 2019, tous les Praticiens Hospitaliers (PH titulaires, contractuels ou en période probatoire) auront une semaine pour voter en ligne pour les élections professionnelles, afin de donner une véritable représentativité aux syndicats médicaux hospitaliers, et ainsi leur donner du poids dans les négociations avec nos autorités. La réforme du statut unique de praticien hospitalier, de la gouvernance et du management hospitalier est engagée, sans oublier la restauration de l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital. Le projet de la loi de santé prévoit la généralisation des CME de GHT et va ainsi modifier le champ de compétence des CME. Le projet de loi relatif à la fonction publique a également des incidences sur les PH, notamment en ce qui concerne les instances du dialogue social intra-établissement comme le CHSCT. Enfin, une jurisprudence européenne va modifier la donne en ce qui concerne le décompte du temps de travail. Tous ces sujets nécessitent que votre voix soit portée par des syndicats forts et représentatifs. Le SNGC présente des candidats sur la liste de son intersyndicale Action Praticiens Hôpital (APH), qui propose une liste commune avec Jeunes Médecins (JM). Alors, soyez nombreux à voter : les enjeux individuels et collectifs seront particulièrement importants.

Pour plus de détails sur les modalités de ces élections et sur les propositions précises d'APH, n'hésitez pas à consulter notre site : www.sngc.org

Les élections professionnelles des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers auront lieu entre le 25 juin et le 2 juillet 2019.

Organisées par le Centre National de gestion (CNG), elles ont pour objectif de renouveler les instances paritaires du corps des praticiens hospitaliers (PH) titulaires et des PH en période probatoire.

Tout d'abord, élection des Commissions Statutaires Nationales (CSN), dont le rôle est d'étudier le cas des PH qui, à la fin de leur année probatoire, reçoivent des avis divergents quant à leur titularisation. Elles donnent également un avis sur les dossiers de procédure d'insuffisance professionnelle des PH titulaires, donnent un avis sur les demandes de placement en recherche d'affectation et leur renouvellement, ainsi que sur le suivi des praticiens en surnombre. Les CSN sont organisées par grandes disciplines : anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, radiologie, psychiatrie. Chaque discipline a sa propre CSN. Il y a donc 7 CSN à renouveler. Chacune est composée de

*Auteur : Docteur Anne David-Bréard, Présidente du Syndicat National de Gériatrie Clinique, SNGC, www.sngc.org ; Centre Hospitalier de Sancerre, 18300 Sancerre, France.
Courriel : anne.david-breard@hopital-sancerre.fr*

6 membres PH titulaires et 6 membres HU et autant de suppléants et chacune comporte 2 collèges : un collège de praticiens hospitaliers et un collège de praticiens hospitalo-universitaires (HU). Les CSN des HU n'interviennent que dans le cas des PH des CHU.

Ensuite, élections aux Conseils de Discipline, qui sont chargés d'émettre un avis concernant la situation des PH faisant l'objet d'une procédure disciplinaire lorsque la sanction possible va au-delà d'un avertissement ou d'un blâme. Chaque CD (1 pour chacune des 7 mêmes grandes disciplines) est composé de 6 PH titulaires et 6 suppléants. Il n'y a pas de collège HU pour les CD.

Dans ces deux instances, APH (Action Praticiens Hôpital : intersyndicale à laquelle adhère le SNGC) défend les collèges se retrouvant dans des situations locales qui peuvent les dépasser et participe à la recherche de solutions humaines pour les cas les plus complexes.

Une autre élection organisée cette fois par le ministère de la Santé (DGOS) a lieu à la même période et concerne tous les PH, quel que soit leur statut, qu'ils soient titulaires, en période probatoire ou contractuels : l'élection au Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM). Cette instance qui a vu le jour en 2018 grâce à l'action d'APH, est consultée sur les projets de loi et de décrets à portée générale relatifs à l'exercice hospitalier ainsi que sur les projets de statuts particuliers qui leur sont applicables. Elle donne donc des avis formels sur les textes législatifs et réglementaires concernant les personnels médicaux hospitaliers (par exemple : avis sur le projet de loi OTSS (Ma santé 2022), le projet de transformation de la fonction publique...). Sa composition, reflet des élections, sera le principal critère de représentativité des personnels médicaux hospitaliers pour toutes les négociations futures. Le CSPM, composé de 3 collèges (PH, HU et contractuels) comporte 5 membres titulaires et 10 suppléants par collège. Il n'y a pas de subdivision en disciplines). Les représentants d'APH au CSPM continueront d'être attachés à la défense de notre statut en étant proches de la réalité de terrain, dans la continuité du travail ayant permis la création du CSPM.

APH, qui siège au CSPM, a intégré le groupe de travail constitué par la DGOS sur le statut unique de PH. L'exercice de la médecine est un travail d'équipe, particulièrement à l'hôpital. Il est important que les équipes médicales soient solidaires, et pour cela, un statut commun est un atout. La multiplication des statuts et des rémunérations différents entre praticiens contribue à disloquer le travail en équipe et ce morcellement est exacerbé par l'intérim, conséquence de la perte d'attractivité des carrières hospitalières. Il est urgent de reconstruire un statut qui permette d'attirer les jeunes praticiens et d'y garder les moins jeunes. La notion d'équipe doit être mise au centre de l'exercice médical et les équipes doivent être stabilisées. Pour cela, il faut redonner de l'équité

entre praticiens, tout en permettant des évolutions de carrières selon les appétences de chacun. Il faut donc deux types de statuts : un pour les titulaires (fusion des statuts temps plein et temps partiel, hospitalier ou hospitalo-universitaire, avec un temps de travail modulable entre 4 et 10 demi-journées hebdomadaires et une nomination nationale), et un pour les contractuels (englobant les statuts actuels de praticiens attachés et assistants et tous les statuts intermédiaires contractuels, cliniciens... avec une grille de rémunération et une protection sociale identique et un temps de travail modulable entre 1 et 10 demi-journées hebdomadaires et une nomination locale). Il faut maintenir une liste d'aptitude pour accéder au statut de PH titulaire avec suppression de la période probatoire si le praticien a un an d'ancienneté dans la structure quel que soit son statut. L'inscription sur cette liste d'aptitude serait obtenue après un examen devant les pairs. Une modulation doit être possible entre exercice à temps plein et temps partiel après accord commun du PH et de l'hôpital (et de l'université le cas échéant). Un système de valences, contractualisées s'inscrivant au sein de ce statut unique de PH doit permettre aux praticiens d'assurer des fonctions d'enseignement, de recherche et de management local ou territorial, pour une quotité de temps de travail et une durée déterminées par contrat avec l'université et/ou l'hôpital. Les praticiens engagés dans un cursus hospitalo-universitaire (MCU et PU) doivent bénéficier du statut unique de praticien hospitalier pour leur part hospitalière tout en maintenant le lien avec l'université. La carrière universitaire doit toujours être gérée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, seul moyen de garantir l'autonomie professionnelle et intellectuelle nécessaire à un exercice serein et de qualité, et à une recherche et un enseignement eux aussi de qualité. Le socle statutaire hospitalier permettra à tous les praticiens engagés dans une carrière HU de bénéficier des mêmes garanties statutaires que les autres (retraite, congés...). La rémunération doit être identique pour la permanence des soins, quel que soit le statut, alignée sur le niveau des HU et incluse dans l'assiette des cotisations Ircantec. Pour rappel, à la création du statut en 1984, un PH en début de carrière touchait 4,2 SMIC. Aujourd'hui, il ne touche plus désormais que 2,8 SMIC, soit une diminution relative d'un tiers, et si on regarde le salaire horaire, on n'est plus qu'à 2 SMIC. Il faut supprimer les 5 premiers échelons de la carrière de PH afin d'être attractif pour les jeunes en début de carrière, et créer 2 échelons supplémentaires à la fin de carrière, afin de garder les moins jeunes. Il faut revaloriser l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif. En ce qui concerne la couverture sociale et la retraite, il faut un alignement sur le statut temps plein avec cotisation Ircantec à taux plein sur l'ensemble des rémunérations et primes, et extension du dispositif de retraite progressive à tous les

personnels médicaux quelles que soient les modalités de décompte du temps de travail. Une véritable gestion des carrières dans le temps doit être proposée à tous les praticiens à travers une commission prenant en compte 3 moments forts : les débuts de carrière (projet de carrière avec entretien individuel et contractualisation des valences, accompagnement social), les milieux de carrière (évaluation de la satisfaction au travail, de la qualité de vie au travail, des valences réalisées et de celles souhaitées, de l'engagement dans la vie institutionnelle, du DPC réalisé, du projet de reconversion éventuel), et les fins de carrière (évaluation de la satisfaction au travail et de la qualité de vie au travail, projet éventuel de transmission du savoir, nouvelles valences, projet éventuel de retraite progressive). Les négociations au sein de ce groupe piétinent en raison du blocage sur le principal sujet : les rémunérations, alors que l'avancée sur ce sujet est indispensable pour restaurer l'attractivité des carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires. Tant qu'il n'y aura pas d'avancées sur ces points, les dérives de l'intérim avec ses conséquences notamment en termes de déstructuration des équipes, ne feront que s'aggraver. L'échec des précédents plans d'attractivité est là pour le prouver. Il faut absolument préserver le principe d'une nomination nationale à partir d'une liste d'aptitude nationale à laquelle on accède par un examen devant ses pairs. C'est l'indépendance de notre exercice qui en dépend. En ce qui concerne le temps de travail des PH, une récente décision de la Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE) repose la question du temps de travail et de son décompte.

Concernant la gouvernance hospitalière, une profonde réforme est en préparation au sein d'un autre groupe de travail, qui avance mieux que le précédent. Au menu, la création des CME de Groupement et leur articulation avec les CME locales, les rapports entre président de CME et directeur et la démocratie interne au sein des établissements. La Commission Médicale doit donner un avis sur toutes les nominations individuelles (PH, chefferie), afin de vérifier que l'établissement support ne détourne pas les recrutements à son profit, spécialement dans le cadre d'une gestion des ressources humaines médicales transférée à l'établissement support. Les échanges au sein de ce groupe sont actuellement encourageants. Depuis la loi HPST, la gouvernance de l'hôpital public a été déséquilibrée au profit d'une logique essentiellement gestionnaire, accentuée par les effets de la tarification à l'activité et l'insuffisance globale de l'ONDAM hospitalier pour absorber l'augmentation de la demande de soins et le progrès médical. Il faut remédicaliser la gouvernance des hôpitaux publics, afin de remettre les patients et les professionnels au cœur du système hospitalier. Des moyens doivent être donnés au dialogue social de proximité et à la médecine du travail afin de permettre un recours en cas de souffrance au travail ou de conflit local.

Le dernier groupe de travail piloté par la DGOS, qui concerne le management, a un avancement à mi-chemin entre les deux précédents : pas bloqué, mais pas non plus d'avancées probantes. Il faut sortir de l'hôpital-entreprise et du *New Public Management*, concepts qui ont échoué, car non-adaptés aux exigences du bon soin, du travail de qualité et à l'exercice des professions de santé au sein du Service Public. Il faut promouvoir un management participatif et non autocratique, en rééquilibrant le pouvoir gestionnaire. Il faut redonner du sens au Service ou à l'Unité Fonctionnelle.

En ce qui concerne les conditions de travail, le projet de loi de transformation de la fonction publique prévoit de supprimer les Comités Techniques d'Établissement (CTE) et les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) au profit d'un Comité Social d'Établissement et d'une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Il est indispensable qu'une formation spécialisée de ce type soit également prévue pour les personnels médicaux. La composition exacte en sera précisée dans un décret en Conseil d'état. Il est indispensable que cette représentation comprenne bien des personnels médicaux.

Ces élections seront organisées uniquement par vote électronique, sur une plateforme. Chaque praticien va recevoir par email un identifiant et un code d'accès qui seront spécifiques pour les élections CSN / CD et d'autres pour les élections au CSPM. La participation au vote est particulièrement importante pour que la représentativité des professionnels médicaux soit assurée auprès des pouvoirs publics, afin de défendre les intérêts de l'hôpital public et des professionnels médicaux. Pour mémoire, la participation aux élections professionnelles de décembre 2018 chez les directeurs d'hôpitaux qui sont environ 6 000, a dépassé les 70 %. Ce taux élevé leur a donné incontestablement une véritable force face aux autorités, alors que lors des dernières élections des personnels médicaux (45 000 titulaires et au moins autant de contractuels, soit environ 100 000 PH) qui datent de 2011, pour les CSN et CD, le taux de participation était de seulement de 28 %, ce qui nous a desservi. Il est donc impératif de voter pour être reconnu comme des interlocuteurs représentatifs et avoir ainsi un poids majeur dans les négociations.

Pour voter, il suffit de se connecter à la plateforme : 2 élections donc 2 pages : www.jevoteenligne.fr/dgos pour le CSPM, www.jevoteenligne.fr/cng pour la CSN et le CD. Il faut vous munir de vos identifiants et mots de passe ainsi que de votre numéro ordinal (les électeurs qui n'en ont pas recevront un numéro spécifique par courrier). Attention, votre code de vote (identifiant et mot de passe) pour la CSN/CD est différent de celui du CSPM. Les identifiants et mots de passe seront communiqués aux électeurs début juin

par mail, alors surveillez bien votre messagerie. Pour les électeurs ne disposant pas d'adresse mail, l'envoi des codes se fait par courrier à l'adresse postale personnelle ou professionnelle connue. Si vous avez perdu votre code, il suffit de vous connecter sur le site et de demander la réattribution de nouveaux codes.

Le 2 juillet aura donc lieu le dépouillement avec annonce des résultats sur le site du CNG pour la CSN et le CD, et dépouillement, procès-verbal et proclamation des résultats sur le site internet du ministère des Solidarités et de la Santé pour le CSPM.

Historiquement et culturellement, les médecins ont peu l'habitude de défendre leurs droits individuels. Les enjeux de ces prochaines élections sont importants et leurs résultats auront des conséquences tant individuelles que collectives pour tous les praticiens hospitaliers en exercice. Alors, n'hésitez plus, et choisissez de voter pour une liste qui vous défendra. Si vous vous retrouvez dans les propositions que vous venez de lire, voter pour les candidats des listes proposées par Action Praticiens Hôpital et Jeunes Médecins.