



Edito

La concertation (et non la négociation) a donc repris avec le Ministère de la santé.

On ne peut que s'en féliciter, l'absence de dialogue étant de toute façon préjudiciable à tous. Nous n'épilouterons pas sur les raisons pour lesquelles ce dialogue avait été suspendu par « les autorités de tutelles ». Le 14 décembre dernier nous avons donc été reçus ainsi que les trois autres intersyndicats par Roselyne Bachelot. Cette rencontre a eu lieu avant la publication des textes d'application portant sur la Loi HPST. Au cours de l'entretien la Ministre a très clairement indiqué que la totalité des textes des décrets d'application seraient étudiables par les intersyndicats à leur demande. La Ministre a précisé qu'elle prévoyait de revoir le président du SNAM-HP ainsi que les autres responsables des intersyndicats avant la parution des décrets pour faire le point sur les arbitrages. Ceci devrait avoir lieu courant janvier.

Le SNAM-HP a rappelé l'importance qu'il attachait à la retraite des H (Ircantec) et des HU (part hospitalière). La Ministre a très clairement indiqué que ces dossiers seront ouverts.

Cette réunion avait été précédée d'un entretien avec le Directeur de Cabinet GF. Leclerc au cours duquel la méthodologie de concertation sur les textes de la Loi HPST avait été précisée.

Au cabinet de la Ministre, notre interlocuteur sera désormais Y. Bubien qui vient de prendre ses fonctions de Directeur adjoint, chargé du dialogue social. Bien connu des syndicats, il avait été conseillé de la Ministre jusqu'en 2009.

Ces entretiens ont précédé la reprise de la négociation avec la DHOS sur les textes d'application de la Loi et pour lesquels plusieurs séances ont déjà eu lieu. Le SNAM-HP veille à ce qu'aucune mesure étrangère à la Loi ne soit introduite dans les décrets. Manifestement ceci n'est pas toujours le cas ainsi que le prouve quelques textes que nous avons déjà relus. La vigilance s'impose car le risque est réel.

2010 sera une année charnière puisque la Loi HPST s'appliquera dans les mois à venir. Nous serons très attentifs au volet territorial qui pour nous est la partie positive de la Loi. Nous espérons, et nous veillerons autant que faire ce peut, à ce que le volet territorial ne soit pas minimisé.

Nous vous souhaitons de très bonnes fêtes de fin d'année. Notre détermination sera à la hauteur des enjeux.

R. RYMER

15 rue Ferdinand
Duval
75004 Paris
Tél. : 01 48 87 93
49
Fax : 0148 87 93
62

www.snamhp.org



>> « Concertation » autour des décrets d'application de la Loi HPST

Après une longue période de refroidissement, les syndicats représentatifs des médecins, pharmaciens et biologistes hospitaliers ont perçu un léger réchauffement climatique auprès du Ministère de la Santé.

Ce retour à la normale a permis de reprendre avec les services de l'Etat l'analyse globale des très nombreux projets de textes d'application (plus de 150) et de formuler des nombreux avis ou des propositions rédactionnelles.

Force est cependant de constater une tendance persistante à distiller au sein de ces ajustements législatifs une réforme statutaire rampante et souvent régressive pour les praticiens hospitaliers.

Nous avons exigé que la méthodologie employée soit impérativement et rapidement rectifiée.

La modernisation de nos établissements ne se fera pas sans l'adhésion et la mobilisation de leurs médecins autour d'une reconnaissance réciproque.

>> Pétition sur les retraites

Près de 3000 signatures recueillies grâce à la pétition lancée par le SNAM-HP et la CMH montrent l'importance de la réouverture des négociations sur l'Ircantec.

>> Exit la FMC, voici le Développement Personnel Continu...

Ce nouveau dispositif regroupe la formation médicale et l'évaluation des pratiques professionnelles. Trois actions obligatoires par an, dont deux inscrites dans des priorités nationales, permettront à chacun d'obtenir l'attestation de DPC. Les organismes de formation seront inscrits sur un répertoire national d'un organisme gestionnaire, après appel d'offre auprès d'une commission scientifique indépendante, le tout chapeauté par un Conseil National unique pour toutes les catégories de médecins. Les financements sont principalement issus de l'assurance maladie, mais les ARS pourraient contribuer à des ajustements régionaux. Il faut constater que les montants disponibles pour les DPC des hospitaliers n'ont pas été réévalués (0,5% de la masse salariale des médecins pour les CHU, 0,75% pour les CH)...

>> Du côté du Centre National de Gestion des PH

Au premier septembre 2009, le CNG a consacré 1 870 000 euros pour accompagner 81 praticiens temps pleins ou temps partiels (36 en recherche d'affectation et 45 en dehors de ce dispositif). Il est essentiel d'anticiper autant que possible ces situations, pour ne pas les traiter en crise ou de manière trop enkystée. Une équipe assure spécifiquement cet accompagnement, dans une optique de développement professionnel et personnel.

La mise en place prochaine d'une bourse des emplois sur [le site du CNG](#) pourrait être facilitatrice.

Les PH placés durant cette période en stage ou en mission sont soumis à l'organisation du travail en vigueur au sein de l'établissement ou de

l'administration qui les accueille.

Ils peuvent notamment bénéficier du régime de jours de RTT en vigueur dans ces structures, des frais de déplacements, et le cas échéant des primes ou indemnités. Il sera souhaitable que ces dispositions soient reprises dans les articles des décrets statutaires relatifs à la recherche d'affectation.

>> Les TIC et la Télémedecine

La définition concise de la télémedecine (loi du 13 août 2004) a été remplacée cet été, par le biais d'un amendement à la loi HSPST. La définition actuelle (Info sur la télémedecine de la [Lettre du SNAM-HP de juillet 2009](#)) n'inclut pas l'obligation qui figurait dans la Loi de 2004, de respecter la déontologie médicale et de disposer des moyens de communication appropriés à la nature de l'acte médical envisagé. Que voulons nous faire de l'outil technologique TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) dans le domaine médical ? Bien que les expérimentations se multiplient, la télémedecine est encore peu développée. Les causes sont multiples: absence de financement ou de tarification, absence de clarté sur les responsabilités des acteurs d'un acte de télémedecine, approches incomplètes soient technocentrées soient délibérément commerciales, initiatives médicales mais sans financement permettant de les pérenniser.

Au niveau européen, la télémedecine reste une priorité de la seule direction générale DG-INFOS qui traite des technologies informatiques sans considération des organisations médicales. La mobilisation récente de la DG-SANCO, chargée des questions de santé et de consommation est certainement une bonne nouvelle.

S'il s'agit d'utiliser les TIC pour développer l'organisation et le rayonnement de la médecine française, une volonté politique pour lever les freins d'une réglementation rigide est une excellente chose. Sous contraintes financières et démographiques, la télémedecine peut aussi aboutir à une médecine « low-cost » avec des modes technocratiques d'organisation. Plutôt que de mettre en réseau les médecins et paramédicaux en mutualisant leurs compétences au service du malade, elle éloignerait le malade du médecin ; « les maîtres des TIC » décideraient des organisations médicales ; au final, cela permettrait à nos politiques de ne pas engager les efforts de restructuration indispensables à une meilleure organisation des soins et d'éluder à bon compte les questions lancinantes comme la démographie, la répartition des établissements/professionnels de santé, les divisions publics/privés/libéral, l'organisation de la permanence des soins.

Les médecins quels que soient leur mode d'exercice doivent se saisir des TIC pour moderniser leurs organisations et faire tomber les barrières réglementaires empêchant les coopérations médicales, notamment au niveau territorial, sous peine de se voir doubler par les commerciaux et les technocrates qui croient que l'on peut remplacer les médecins qui manquent - ou ceux qui gênent - par l'achat de prestations médicales à distance et d'un système informatique « de télémedecine ». Plusieurs directeurs hospitaliers ont déjà succombé à ce mirage de confondre l'outil et la solution : procédant par appel d'offres, ils ont acheté des interprétations à distance d'examens radiologiques et imaginé que cela permettait de redéployer vers les spécialités qui

rapportent de la T2A les postes supprimés en radiologie : ils ont bien sûr oublié les autres rôles, médicalement, réglementairement et fonctionnellement indispensables des médecins radiologues ; la littérature internationale prouve que les pays qui avaient exploré ces stratégies en sont revenus, démontrant que ces solutions prétendument économiques s'avéraient finalement plus coûteuses et que la qualité et la sécurité des soins étaient fortement dégradées.

Les risques existent que nos « décideurs et politiques » utilisent les TIC pour recomposer une offre de soins bureaucratique en obligeant les médecins hospitaliers à exercer la télémédecine dans une organisation imposée et en sous-traitant à des entreprises commerciales (parfois internationales) sans garantie de qualité. La vocation première d'un médecin est d'assurer la qualité des soins aux malades dont il est responsable. L'intégration de la télémédecine est un enjeu majeur des restructurations d'activité de la prochaine décennie ; lui donner un sens médical et éthique est le rôle des sociétés savantes et collèges (www.g4-radiologie.com) et du Conseil de l'Ordre (www.conseil-national.medecin.fr) ; mettre les médecins au centre de ces nouvelles organisations des soins est donc un sujet majeur pour le SNAM-HP.

Cette liste diffusion est gratuite et sans engagement. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de radiation des données vous concernant. Si vous désirez vous désabonner de la liste de diffusion, répondez à cet e-mail en indiquant comme sujet : DESABONNEMENT.