



Edito

Cette fin du mois de juin a été fertile en évènements.

Deux sont particulièrement marquants, l'un positif, l'autre négatif.

Le positif est bien entendu la publication de l'arrêté sur les temps partiels demandé depuis plusieurs années par le SNAM-HP et la CMH.

Cet arrêté corrige une injustice flagrante puisqu'il introduit une rémunération au prorata temporis. La conséquence en sera une majoration nette des émoluments hospitaliers pour nos collègues (10% au 1er échelon, 9,37% au 8ème échelon, 7,63% au 13ème échelon).

Restera à obtenir la prime de service public exclusif pour nos collègues à temps partiels se consacrant entièrement à l'hôpital.

Bien entendu le problème de l'Ircantec demeure en suspens et il faudra bien qu'il soit réglé à la rentrée.

La nouvelle négative est la conclusion du marathon législatif de la loi HPST. Le tout dernier jour, le texte de loi a été modifié par un amendement proposé par le gouvernement, lequel supprime les avis formels du directoire (à majorité médicale...) pour en faire une instance purement consultative.

Sur le fond, le rôle effectif du directoire sera diminué, ce qui n'est bien entendu pas souhaitable pour un équilibre harmonieux des pouvoirs.

Sur la forme, on ne peut que déplorer la méthode du gouvernement qui a modifié à la dernière minute un texte ayant fait l'objet d'un travail législatif intense et permis d'aboutir à un compromis acceptable (grâce à la mobilisation de tous, il faut bien le rappeler). La méthode utilisée met à mal la confiance nécessaire entre les partenaires syndicaux et le gouvernement. Sans cette confiance, désormais, tout sera plus difficile. Et on peut s'interroger sur le « cost efficiency » d'une telle attitude. Il y a des victoires en trompe l'œil.

La rentrée s'annonce difficile. Le problème majeur sera probablement constitué par le plafonnement du tableau prévisionnel des emplois rémunérés. Rappelons que ce plafonnement introduit une double peine pour nos hôpitaux puisque, à côté du plafonnement des emplois en rapport avec la masse salariale autorisée par la T2A, existe un second plafonnement du tableau des emplois arbitraire décidé unilatéralement par les autorités de tutelle réintroduisant ainsi à côté d'une logique T2A une logique « budget global ».

Le résultat en est une menace réelle pour de très nombreux emplois de personnels non médicaux et pour plusieurs centaines d'emplois de praticiens hospitaliers.

Cette pratique devra être combattue énergiquement car elle est illogique, en contradiction avec les pratiques T2A et exclusivement « le fait du prince ». Rendez-vous en septembre.

R. RYMER

Président du SNAM-HP

>> Loi HPST : fin de l'acte 1, un désolant gâchis...

La méthode et le contenu d'un amendement de dernière minute, à la demande du gouvernement et sur la pression du Lobby des directeurs hospitaliers, visant une fois de plus à limiter le rôle de partenaire institutionnel du Directoire à majorité médicale nous plonge dans une profonde et durable amertume.

Il faudra certainement du temps, et des gestes forts, pour rétablir entre nos tutelles et la représentation syndicale des médecins hospitaliers une confiance satisfaisante afin de construire et accompagner les réformes nécessaires. Cette attitude est très dommageable. Les premières conséquences d'une telle obstination, proche de la cécité, seront d'accroître la démotivation des praticiens, se sentant encore désavoués vis-à-vis de leur responsabilisation quotidienne et de la balbutiante délégation de gestion initiée par la « nouvelle » gouvernance. Veut-on les décourager définitivement de donner autant de temps et de compétence à l'Hôpital Public ?

[Projet de loi HPST](#) adopté le 24 juin

>> Et maintenant ?

La Loi est désormais entérinée par les assemblées, avec sa logique économique sur les Directoires de nos établissements. Nous devons donc faire savoir inlassablement que les médecins hospitaliers sur le terrain, ainsi que leurs équipes de personnels non médicaux, veilleront à ne pas voir affaibli l'accès aux soins pour tous ou dégradées leurs conditions de travail. La qualité des soins et des prises en charge doit être garantie, toute logique comptable devant être encadrée par une réelle politique de santé publique.

Nous veillerons à ce que les promesses politiques soient tenues et que la volonté nationale soit claire vis-à-vis de nos structures et de nos adhérents.

Nous serons extrêmement vigilants lors de la rédaction des nombreux décrets d'application que les services de l'Etat vont élaborer sans tarder.

Si des mesures rapides et significatives relatives à nos conditions de travail, de rémunération et de retraite, à l'attractivité de nos carrières, à la juste répartition des charges liées à la permanence des soins et de l'urgence entre le secteur lucratif et le secteur public ne sont pas prises, nous en tirerons toutes les conséquences.

>> Temps partiels : pas trop tôt !

Grâce à l'action persévérante de tous, l'alignement de la rémunération prorata temporis des PH à temps partiel sur celle des PH à temps plein est enfin acquise.

Nous attendons prochainement l'élargissement de l'assiette de cotisation à l'IRCANTEC qui viendra corriger une autre inéquité. Reste, et ce n'est pas le moindre dossier, la prime d'exercice public exclusif pour les PH à temps partiel. Ce dossier fera partie des priorités de la rentrée.

[Arrêté du 9 juin 2009](#) relatif aux émoluments des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements publics de santé

>> Télémedecine

Si le projet de loi HPST a été bien amélioré lors de son passage au Sénat et à la CMP, à la suite de la mobilisation exemplaire des praticiens des hôpitaux publics, il reste notamment un point majeur de déception : l'article 78 de la "*Petite loi*", validée par le Parlement et en attente de l'avis du Conseil constitutionnel a en effet abrogé les articles 32 et 33 de la loi du 13 août 2004 qui définissaient jusqu'ici le cadre légal de la télémedecine, pour les remplacer par un article L. 6316-1 inséré dans la partie législative du Code de la Santé Publique. Ce texte précise un peu mieux qu'auparavant les applications de la télémedecine ("*établir*

un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients"), mais il est très décevant sur plusieurs points :

- il introduit curieusement la notion, illogique ici, de "*patient à risque*", sans précision de la nature de ce risque, alors qu'il n'est pas forcément pertinent de moins se déplacer si le patient est vraiment en mauvaise posture ;
 - il supprime l'obligation de respect des règles déontologiques, ouvrant largement la porte aux pratiques très commerciales de "*télémédecine low-cost*" ;
 - il n'impose pas qu'en tant que "*pratique médicale à distance*", la télémédecine doit se faire sous la responsabilité d'un professionnel médical : il suffit qu'un professionnel médical "*figure*" parmi les différents intervenants, selon ce texte qui ne lui en donne pas le contrôle ni la responsabilité ;
 - il n'est plus précisé, comme en 2004, qu'il faut employer pour chaque acte de télémédecine, des "*moyens de communication appropriés*".
- Tout cela démontre que le lobbying très actif de certains acteurs a été bien - plus que nous - entendu et écouté de nos politiques.

Les marchands d'illusions (parfois appelés les "YAKA - FOKON") vont donc pouvoir abuser à cœur joie les directeurs hospitaliers et ceux des agences régionales de santé en leur fourguant des gadgets technologiques inadaptés, assortis de la recommandation de contraindre les praticiens des hôpitaux de les employer pour suppléer les déficits humains des sites imprudemment équipés de 'plateaux médico-techniques' sans avoir veillé au préalable à disposer des hommes et des femmes nécessaires pour les faire fonctionner dans de bonnes conditions. Il est donc urgent, pour les médecins et chirurgiens, pharmaciens et biologistes des hôpitaux, de s'emparer de ces questions de télémédecine pour proposer des solutions viables et fiables et cesser de laisser les technologues vendrent n'importe quoi, n'importe comment, en accusant de ringardise les praticiens, qui au nom de la qualité et de la sécurité des soins, ou de la déontologie, rechignent ensuite à les employer.

Il faudra tout faire pour qu'une autre loi corrige rapidement les insuffisances du texte actuel, et qu'en attendant ses décrets d'application limitent tant bien que mal les effets négatifs. Mais ce que la loi a fait mal, un décret ne peut complètement le corriger.

>> 4èmes rencontres Convergences Santé Hôpital : Maladies chroniques et territoires de santé

Les 4èmes rencontres Convergences Santé Hôpital, organisées conjointement par le SNAM-HP et la CMH se tiendront à Reims les 23, 24 et 25 septembre 2009.

Outre les sessions, il est prévu une rencontre de tous les délégués d'hôpitaux le vendredi. Le congrès peut être pris en charge par votre FMC hospitalière; en cas de difficulté le SNAM-HP peut assurer des aides complémentaires.

Cette réunion est devenu un temps fort de notre syndicat, et il est donc important que vous soyez le plus nombreux possible à nous rejoindre à Reims. La rentrée de septembre sera par ailleurs un très bon moment pour faire le point entre nous.

[Programme](#)

Pour tous renseignements; Florence Chabert. Tél. : 04 42 16 16 38

>> Congrès annuel du SNAM-HP

Comme tous les ans depuis 23 ans, le congrès du SNAM-HP, qui s'est déroulé fin mai, a été l'occasion de débattre de sujets d'actualité concernant la situation des PH dans leur exercice professionnel.

Soyez nombreux à vous inscrire en 2010 !

[Conférence](#) sur le centre national de gestion

[Conférence](#) sur la loi HPST