



## Lettre du SNAM-HP

Syndicat National des Médecins, Chirugiens,  
Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics.

Mars 2011

### EDITO

Le SNAM-HP a été reçu le 31 janvier par la Commission Fourcade.

La loi devrait évoluer dans les prochains mois pour l'Hôpital. Lors de cette audition, le SNAM-HP a beaucoup insisté sur 3 points particuliers :

- La délégation de gestion aux pôles, indispensable, comportant bien entendu la gestion du personnel non médical. Ce point est essentiel. Faute de quoi la loi HPST aboutirait à un échec inéluctable.

Nous avons rappelé que cette délégation de gestion, bien que prévue dans la loi Mattei, n'avait pas été mise en place par les Directeurs qui au contraire, en réaction aux contraintes financières accrues pesant sur l'hôpital, avaient centralisé à outrance leur gestion faisant ainsi un saut de 15 ans en arrière. Les directions fonctionnelles quant à elles n'avaient pas voulu ou su s'inscrire dans la délégation de gestion aux pôles qui entraînait une redéfinition de leur rôle et de leur place.

Les mêmes causes produisant les mêmes effets il ne faut pas être grand devin pour prédire l'échec de la loi si les médecins ne sont pas impliqués directement. Nous avons eu le sentiment que l'écoute de la commission Fourcade était extrêmement favorable sur ce point.

- Nous avons également insisté pour que la CME donne un avis sur toutes les questions médico-économiques, les recrutements et la géographie des pôles. Il s'agit bien de tracer l'avis de la CME ce qui est bien différent d'une simple information.

- Pour les mêmes raisons le SNAM-HP a insisté sur la nécessité pour le Directoire d'émettre un avis traçable.

Sur ces 2 demandes également la discussion avec la Commission Fourcade a été extrêmement positive.

Mais seule la modification de la loi HPST prenant en compte nos demandes sera le témoin du succès de nos efforts.

R. RYMER

Président du SNAM-HP

### >> Moratoire concernant les rémunérations accessoires des praticiens temps plein (expertises)

Faisant suite à une intervention commune des quatre intersyndicales, la Direction Générale de l'offre de soins a diffusé le 25 février une note aux ARS et chefs d'établissements afin d'assouplir les conséquences de la Loi HPST et ses décrets, qui entraînent une restriction des conditions d'expertises pour les médecins temps plein. Cette lettre, qui se veut apaisante, ne fait cependant état que d'un moratoire, et renvoie à une investigation de l'IGAS

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

[www.snamhp.org](http://www.snamhp.org)



une modification éventuelle de la réglementation. Seules sont évoquées les expertises réalisées au profit d'organismes publics ou judiciaires, en dehors des obligations de service, et la spécificité de certaines spécialités alors que le statut de PH est unique. L'autorisation du Directeur, qui est appelé à se montrer bienveillant, reste cependant un préalable global ce qui est en contradiction avec la position du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les quatre intersyndicales ont demandé une modification immédiate du texte.

**Régime du cumul d'activités pour les praticiens à temps plein** avant et après la loi HPST (DGOS)

**Activités privées effectuées par les médecins hospitaliers** simultanément ou postérieurement à leur activité publique (CNOM)

## >> Soins sans consentement : Grogne des psychiatres

La concertation préparatoire à la publication des décrets de loi sur les soins sans consentement entre dans une phase de tensions entre le ministère et les nombreux syndicats de psychiatres. Une fois de plus c'est la méthode consistant à organiser une concertation jouée d'avance plutôt qu'une négociation ouverte aux partenaires représentatifs qui est en cause. Les lois se suivent, la méthode d'élaboration des décrets ne change pas. Nous ressentons une regrettable distance vis à vis des associations syndicales. Nous soutenons le mouvement du 15 Mars.

## >> Campagne tarifaire 2011 pour les établissements

Les établissements MCO publics devront absorber une baisse tarifaire de 0,2% (0,05% pour le Privé) en raison d'une prévision de 2,4% d'augmentation d'activité... C'est donc travailler plus pour gagner plutôt moins. 2011 sera la dernière année de convergence tarifaire, les effets des coefficients de transition s'amenuisent donc. Un nouveau forfait « administration de produits en environnement hospitalier » est créé, le territoire Corse bénéficie d'un coup de pouce, mais la rigueur est le maître mot. Une accélération des mesures comptables est à redouter, ce qui laisse augurer une politique de ressources humaines sous tension.

Ce climat rend d'autant plus indispensable la vigilance syndicale vis à vis des mesures individuelles autoritaires qui pourraient être prises à l'encontre des médecins hospitaliers et dont la justification et la procédure sont parfois non acceptables. Les commissions paritaires régionales doivent impérativement être réactivées pour suivre ces situations, et assurer comme le prévoit l'article 6152-325 du CSP le soutien des confrères par des actions de conciliation et de prévention des conflits.

**Arrêté du 1er mars 2011** fixant pour l'année 2011 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité

sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004

### **Commissions régionales paritaires**

## **>> Rémunération des directeurs : la seule hausse prévue à l'Hôpital ?**

Dans un contexte financier de très grande rigueur pour les établissements, les Directeurs saluent leurs Ministres et négocient une revalorisation tous azimuts de leurs rémunérations...

Doublement du nombre de postes fonctionnels (mieux rémunérés), création d'un grade hors échelle, prime de résultat, augmentation des plafonds de primes, contrat personnalisé pour les directeurs de CHU, tout y est pour la panoplie de nos nouveaux managers. Il est à croire que l'attractivité des carrières de directeurs est une priorité majeure aux yeux de nos gouvernants. En contre partie verrons nous poindre une réelle obligation d'évaluation de leur pratique professionnelle, et mieux encore une considération équivalente de nos Ministres vis à vis des médecins des hôpitaux, recruteurs et acteurs de soins qui assurent la véritable performance hospitalière ? Nous sommes toujours dans l'attente d'une vraie politique d'amélioration de nos conditions de travail à l'Hôpital et de notre carrière ! Un protocole d'accord est envisagé pour les directeurs en juin 2011, nous exigeons qu'à la même échéance des propositions concrètes nous aient été faites.

## **>> Les objectifs de régulation de l'offre de soins (OROS) qui succèdent aux objectifs quantifiés (OQOS)**

Au moment où de nouveaux schémas d'organisation sanitaire et programmes régionaux s'élaborent dans les ARS, de nouveaux objectifs apparaissent visant à réguler entre territoires les implantations et les volumes d'activités. En théorie basés sur des critères qualitatifs et des référentiels de pertinence des actes, ces OROS pourraient être pertinents. Malheureusement les référentiels en question n'existent peu ou pas, et la HAS va précipitamment en élaborer une dizaine pour les actes les plus courants... La charrue mise avant les bœufs ou la simple coloration qualitative de surface sur une régulation quantitative déjà opérationnelle ?

Les OQOS élaborés en leur temps par une méthodologie dont chacun avait reconnu que la qualité laissait à désirer, sont donc remplacés par des OROS construits selon une méthode dont la méthodologie est débutante et peu concertée...

La pertinence des actes pour les soins en établissements et en ville est un enjeu majeur pour lequel nous demandons d'urgence un large débat responsable avec l'ensemble des professionnels, les instances nationales, les usagers et les ARS.

**Circulaire N° DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011** relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins

(SROS-PRS)

## >> Enquête sur la permanence et la continuité des soins

Nous avons eu la surprise de découvrir la mise en œuvre en mars 2011 d'une enquête descriptive portant sur la juxtaposition des activités de permanence des soins et de continuité des soins selon une méthodologie non concertée et pour le moins approximative.

Nous avons découvert à cette occasion que les obligations de service normal des médecins hospitaliers étaient envisagées pour une continuité quotidienne des soins de 08h à 20 heures.

Les objectifs de cette enquête ne seraient-ils pas de démontrer que la permanence des soins rémunérée en tant que telle peut être d'autant plus réduite qu'elle serait intégrée dans les obligations de service de jour ?

Une fois encore nous apprécions la manière dont les médecins hospitaliers sont considérés par leurs tutelles.

### Communiqué

*Cette liste de 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.*