

Lettre syndicale numérique

Ségur de la santé

Attractivité et gouvernance hospitalière :

Qu'en est-il en pratique ?

Où en est-on ?

L'objectif annoncé du pilier 1 du Ségur de la santé « *Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent* » était de revaloriser les rémunérations et les carrières et développer les compétences et les parcours professionnels à l'hôpital et dans les EHPAD.

L'hôpital public est aujourd'hui confronté à une crise de démographie médicale en partie liée à la baisse d'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires. Cette baisse d'attractivité est matérialisée par un taux de vacance statutaire d'environ 30 % pour les praticiens hospitaliers plein temps et d'environ 50 % pour les temps partiels.

Ce retour d'attractivité ne peut pas se faire sans une revalorisation significative de l'ensemble des rémunérations, sans l'assurance d'une continuité des carrières et sans la reconnaissance de valences dites « non cliniques ».

Pour exemple, au cours des 20 dernières années la grille indiciaire des PH a augmenté de 10 % (0,5 %/an) alors qu'en parallèle l'inflation a été de 33 % et le SMIC revalorisé de 63 %. Ce qui correspond à une baisse de pouvoir d'achat de plus de 20 % en 20 ans. Par ailleurs à la création du statut en 1984 un praticien hospitalier démarrait sa carrière avec une rémunération équivalente à 4 fois le SMIC alors qu'actuellement nous en sommes à 2,5 fois le SMIC. Si on rajoute les comparaisons internationales montrant que la France est en queue de peloton sur les niveaux de rémunération des professionnels de santé, ces chiffres montrent bien qu'au cours des dernières décennies il y a eu une dévalorisation constante des carrières médicales hospitalières.

Par ailleurs, au-delà des négociations de revalorisation salariale, la mission coordonnée par Nicole Notat a proposé d'explorer plusieurs axes de réflexion :

- développement des exercices mixtes ;
- modernisation de la gestion de carrière et des compétences ;
- promotion de la qualité de vie et de la santé au travail ;
- promotion du dialogue à l'hôpital.

Le Synprefh, membre de l'INPH, a contribué activement au Ségur de la santé et aux propositions soutenues par cet intersyndicat.

I. Les propositions de l'INPH

L'INPH a proposé une série de mesures et de principes visant à garantir et promouvoir les statuts de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires afin de recréer les conditions d'attractivité de l'hôpital public :

- **Revaloriser la grille de rémunération des PH globalement de 30 %** : elle n'a pas évolué significativement depuis plus de vingt ans.
- **Aligner et revaloriser les grilles des émoluments hospitaliers des PU-PH et MCU-PH** sur une grille unique revalorisée de 30 % avec une progression rapide en début de carrière.
- **Aligner les grilles de rémunération des praticiens contractuels** (chef de clinique, assistant spécialiste, praticien attaché, ...) sur la grille de rémunération des PH.
- **Améliorer la rémunération des jeunes PH** en supprimant les trois premiers échelons de début de carrière.
- **Revaloriser significativement la prime d'engagement de service public exclusif** dès 2020, 2 000 € mensuels sans condition d'ancienneté dans le statut, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.
- **Préserver et renforcer la nomination nationale des PH** à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG.
- **Sanctuariser le cœur du statut HU** en garantissant l'indissociabilité de la fonction HU : soin, enseignement et recherche.
- **Intégrer automatiquement les MCU-PH** hors classe titulaires d'une Habilitation à Diriger les Recherches dans le corps des PU-PH.
- **Accorder l'utilisation du titre de « professeur »** à tous les MCU-PH et aux PH détenteurs d'une HDR.
- **Décontingenter l'accès à la Hors-Classe des MCU-PH et à la Classe Exceptionnelle des PU-PH.**
- **Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH**, (par exemple sur le modèle des PAST - Professeurs Associés en Service Temporaire) qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération et valorisation universitaire (l'institution d'enseignement ou de recherche). Ces valences permettent un exercice pluriel de la carrière de praticien hospitalier grâce un parcours diversifié et valorisant.
- **Prendre en compte les missions d'enseignement et de recherche** des hôpitaux dans le calcul des effectifs cibles de praticiens.
- **Autoriser un congé des PH pour formation/recherche/reconversion** avec maintien du salaire pour une durée d'un trimestre par deux ans travaillés à plein temps dans la limite d'un an de congé (à l'image des HU). Ces dispositions sont déjà possibles avec la recherche d'affectation mais il faudrait élargir le « quota » et permettre le retour sur l'établissement à l'issue d'une formation longue.
- **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice en cours de carrière** en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H vers HU en cours de carrière.
- **Améliorer les conditions d'exercice**, en « repyramidant » la charge des gardes sur une carrière par un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière.
- **Rapprocher certaines dispositions statutaires des HU de celles des PH** pour les conditions d'exercice hospitalier (accès au temps partiel, congés etc...) et proposer une véritable retraite hospitalière aux HU.

- **Reconnaître le temps du dialogue social** par la création de valences syndicales.
- **Proposer aux HU volontaires la possibilité d'un exercice « hors les murs »** en créant des postes universitaires là où apparaissent des besoins et des spécificités.
- **Favoriser la mixité des exercices** en proposant des postes de PH temps partiel pour permettre à des jeunes médecins de s'installer en libéral progressivement avec, en échange, un engagement pour participer à la continuité des soins, participer aux staffs, à la formation des étudiants du service... **Il ne s'agit pas d'un poste contractuel (qui peut être arrêté à tout moment), mais d'un vrai poste de PH initialement de minimum 40 % avec nomination nationale.**

II. Les accords du Ségur relatifs aux personnels médicaux

Ces accords viennent compléter les mesures déjà engagées dans le cadre du plan « investir pour l'hôpital » présenté en novembre 2019 dans le cadre de la transformation de notre système de santé « Ma santé 2022 » :

- augmenter la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH) et élargir le nombre de bénéficiaires ;
- augmenter la prime d'exercice territorial et élargir le nombre de bénéficiaires ;
- supprimer les 3 premiers échelons de la grille indiciaire des praticiens hospitaliers ;
- valoriser et revaloriser les fonctions de management médical (chef de service, chef de pôle et président de CME) ;
- rendre éligible à IESPE les praticiens hospitaliers en période probatoire.

Les mesures contenues dans les accords du Ségur de la santé proprement dits sont décrites ci-dessous. Les 2 premières (IESPE et les 3 échelons) sont acquises, les textes sont en cours de rédaction, les autres mesures sont des accords de principe qui engagent fortement le gouvernement et elles seront négociées concrètement dans le cadre du comité de suivi des accords auxquels le Synpreph participera en tant que syndicat membre de l'INPH signataire des accords.

- **Fixer le montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) à 1 010 € bruts mensuels** pour tous les praticiens éligibles à compter 1^{er} mars 2021 afin de valoriser l'engagement dans le service public hospitalier. Une première revalorisation de l'ancien premier palier (moins de 15 ans d'ancienneté d'IESPE) à hauteur de 704 € bruts mensuels interviendra dès le 1^{er} septembre 2020.
- **Créer 3 nouveaux échelons en fin de carrière** à compter du 1^{er} janvier 2021, afin de compenser le raccourcissement des développements de carrière lié à la suppression des 3 premiers échelons.
- **Réformer les conditions du recours à l'emploi contractuel à l'hôpital** pour mieux répondre à certains besoins de temps médical en complément du statut de praticien hospitalier qui restera le mode privilégié d'emploi à l'hôpital.
- **Définir des objectifs au sein de chaque établissement** en lien étroit avec le projet médical s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité pour le patient et de la pertinence des soins.
- **Généraliser des entretiens de carrière** et créer des viviers de compétence.
- **Reconnaitre les activités non cliniques** par des valences.
- **Reconnaitre les passerelles** entre spécialités.
- **Mettre en place un plan national de formation.**
- **Simplifier le développement professionnel continu.**
- **Mettre en place des formations au management.**

- **Faciliter des passerelles entre public et privé** par une refonte statutaire allant jusqu'à la reconnaissance du statut de praticien hospitalier à quotité réduite de temps afin de permettre les exercices mixtes.
- **Valoriser les remplacements** des praticiens au sein d'un GHT.
- **Rendre impossible** la rémunération des médecins intérimaires au-delà des conditions réglementaires.
- **Systématiser les réunions de service.**
- **Garantir le bon fonctionnement** des commissions régionales paritaires.
- **Rendre obligatoire une visite médicale** régulière pour les praticiens.

En ce qui concerne spécifiquement les personnels enseignants et hospitaliers, un travail sera engagé, en lien avec le Ministère français de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI), sur un réaménagement de la grille des échelons concernant la valence hospitalière.

Dans le cadre de la réforme des retraites, une attention particulière sera portée à la situation des personnels enseignants et hospitaliers et particulièrement les questions relatives :

- à la durée de cotisation et l'exclusion aujourd'hui des services hospitaliers réalisés avant la nomination en qualité de HU ;
- à la prise en compte dans l'assiette des émoluments et des indemnités perçues au titre de l'exercice hospitalier ;
- au renforcement du dispositif d'abondement des plans d'épargne-retraite par leur établissement prévu par le décret n° 2007-527 du 5 avril 2007.

III. Nouvelle grille indiciaire des praticiens hospitaliers plein temps au 1^{er} janvier 2021

Grille actuelle depuis le 1 ^{er} février 2017					Reclassement dans la nouvelle grille au 1 ^{er} Janvier 2021				
Echelon	Durée	Ancienneté	Brut annuel	Brut mensuel	Echelon	Durée	Ancienneté	Brut annuel	Brut mensuel
1	1	0	49 568,10 €	4 130,68 €					
2	1	1	50 409,31 €	4 200,78 €					
3	2	2	51 587,36 €	4 298,95 €					
4	2	4	52 933,33 €	4 411,11 €	1	2	0	52 933,33 €	4 411,11 €
5	2	6	55 288,94 €	4 607,41 €	2	2	2	55 288,94 €	4 607,41 €
6	2	8	59 159,06 €	4 929,92 €	3	2	4	59 159,06 €	4 929,92 €
7	2	10	63 365,55 €	5 280,46 €	4	2	6	63 365,55 €	5 280,46 €
8	2	12	65 384,65 €	5 448,72 €	5	2	8	65 384,65 €	5 448,72 €
9	2	14	67 740,24 €	5 645,02 €	6	2	10	67 740,24 €	5 645,02 €
10	2	16	72 788,12 €	6 065,68 €	7	2	12	72 788,12 €	6 065,68 €
11	2	18	75 816,89 €	6 318,07 €	8	2	14	75 816,89 €	6 318,07 €
12	4	20	86 194,18 €	7 182,85 €	9	4	16	86 194,18 €	7 182,85 €
13		24	90 009,89 €	7 500,82 €	10	4	20	90 009,89 €	7 500,82 €
					11	4	24	95 009,89 €	7 917,49 €
					12	4	28	100 009,89 €	8 334,16 €
					13		32	107 009,89 €	8 917,49 €

Règles de reclassement dans la nouvelle grille :

- les PH classés aux 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} actuels échelons seront reclassés *de facto* au nouveau 1^{er} échelon ;
- les PH classés du 4^{ème} au 12^{ème} actuels échelons seront reclassés respectivement du 1^{er} au 9^{ème} nouveaux échelons en conservant leur ancienneté dans l'échelon en cours ;
- les PH classés au 13^{ème} échelon actuel seront reclassés en fonction de leur ancienneté dans l'échelon et garderont leur ancienneté résiduelle :
 - au nouveau 10^{ème} échelon pour 0 à 3 ans d'ancienneté,
 - au nouveau 11^{ème} échelon pour 4 à 7 ans d'ancienneté,
 - au nouveau 12^{ème} échelon pour 8 à 11 ans d'ancienneté,
 - au nouveau 13^{ème} échelon pour 12 ans et plus d'ancienneté.

Pour mémoire, ces règles de reclassement ont reçu un avis favorable unanime de la part de l'ensemble des intersyndicats représentatifs composant le CSPM lors de la séance du 2 juillet 2020, y compris les syndicats qui aujourd'hui dénoncent ces règles.

IV. Décryptage et analyse

Bien que l'enveloppe budgétaire consacrée aux accords du Ségur de la santé soit très importante, 450 millions d'euros, il convient tout d'abord de l'analyser de façon macro-économique et de la relativiser par rapport aux 10 milliards d'euros annuels consacrés à la rémunération des personnels médicaux des établissements hospitaliers publics. Finalement, l'effort budgétaire revalorise globalement la rémunération des personnels médicaux de 4,5 % ce qui est loin des 30 % demandés par l'INPH (demande valorisée à 3 milliards d'euros).

Face à la cette conjoncture de pénurie budgétaire, l'objectif principal des mesures du « Ségur de la santé » associées à « investir pour l'hôpital public » de Ma Santé 2022 est de provoquer un choc d'attractivité essentiellement dirigé vers les nouveaux entrants dans la carrière hospitalière. Ainsi un ancien assistant spécialiste ayant 4 ans de reprise d'ancienneté entrera dans la carrière au 3^{ème} échelon de la nouvelle grille et bénéficiera de l'IESPE en période probatoire pour un revenu mensuel brut de 5 939,92 euros au lieu de 4 411,11 euros actuellement soit une revalorisation de 35 % du début de carrière avec une évolution sur 32 ans qui se stoppait auparavant au bout de 24 ans d'ancienneté, soit près de 14 ans avant la retraite.

L'autre aspect positif de ces mesures est la fin de l'injustice liée à l'attribution de l'IESPE en fonction de l'ancienneté, dorénavant tous les praticiens éligibles à l'IESPE (PHPT, PHTPa, PAtt temps plein, assistant spécialiste, PUPH, MCUPH, PHU, CCA) qui pourront percevoir l'IESPE à hauteur de 1 010,00 euros bruts mensuel, soit par exemple une augmentation de revenu de 15 % pour les assistants spécialistes 3^{ème} année, de 11 % pour un praticien attaché 8^{ème} échelon temps plein en cdi et de 10 % pour un praticien hospitalier plein temps actuellement au 5^{ème} échelon et de 4 % pour un praticien hospitalier plein temps 11^{ème} échelon.

Cependant plusieurs points négatifs sont à déplorer et le Synprefh, au travers de l'INPH, militera à leurs résolutions dans le cadre du suivi des accords du Ségur qui ne sont qu'un premier pas dans le rattrapage de la dévalorisation constante depuis plus de 20 ans des personnels médicaux, notamment :

1. La perte de 4 ans d'ancienneté pour l'ensemble des PH actuellement en poste : l'INPH militera pour que les PH nommés avant le 1^{er} Juillet 2020 puissent récupérer leurs 4 ans d'ancienneté perdus suite à la suppression des 3 premiers échelons ou à minima puisse être reclassés à l'échelon supérieur.
2. La non reconnaissance de la 5^{ème} plage de travail par 24h00 dans le décompte des obligations de service des praticiens hospitaliers.

3. L'absence de revalorisation des grilles indiciaires des statuts médicaux autres que les statuts de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel.
4. L'existence de statuts médicaux encore inéligibles à l'IESPE, par exemple, les PHC, les praticiens attachés temps partiel et les assistants spécialistes temps partiel.
5. L'absence de réflexion sur une participation financière obligatoire des employeurs à une complémentaire santé pour les personnels médicaux comme pour les salariés du privé.

En tant que signataire des accords, l'INPH et donc le Synprefh participeront au comité de suivi de ceux-ci et sera tout aussi attentif, notamment :

- à ce que les objectifs de qualité et de pertinence des soins ne soient pas une fois de plus une incitation à soigner des indicateurs plutôt que des patients ;
- au réel bon fonctionnement des Commissions Régionales Paritaires ;
- à la réelle reconnaissance de valences non cliniques, qu'elles soient de management, d'enseignement, de recherche, d'expertise ou d'intérêt général et qu'elles soient rémunérées ou non ;
- et, bien-sûr, aux modifications statutaires tout en maintenant un concours national des praticiens hospitalier simplifié préservant les principes d'inscription sur liste d'aptitude validée par des pairs et de nomination nationale qui seuls garantissent une indépendance d'exercice médical de qualité.

Ce protocole d'accord avec le gouvernement n'est qu'un point de départ et marque le début de la refondation des hôpitaux publics.

V. Et la gouvernance hospitalière où en est-on ?

La crise que traverse l'hôpital public est principalement liée à un financement inadapté à ses missions et associé à une gouvernance purement administrative appliquant un mode de gestion exclusivement comptable. Le monde hospitalier est confronté aujourd'hui au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : de son financement, de sa gestion, de sa gouvernance et de ses valeurs.

Réformer la gouvernance pour en faire quoi ? Que devraient être les objectifs d'une réforme de la gouvernance hospitalière ?

Voici les objectifs vers lesquels l'INPH propose de converger :

- restaurer les valeurs humanistes et éthiques dont les professionnels de santé, médecins et soignants, sont les garants ;
- consolider l'indépendance de l'expertise et le savoir-faire médical et soignant ;
- consolider la capacité de l'hôpital à assurer à tous les patients des soins sûrs, performants et innovants ;
- mettre en place une gestion responsable, performante et transparente, contrepartie d'un financement respectueux des missions de l'hôpital ;
- assurer à l'hôpital sa juste place dans les évolutions à venir du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, l'INPH a fait des propositions au travers de sa plateforme visant à **remédicaliser** la gouvernance des hôpitaux, **responsabiliser** les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation des soins et **restaurer** la notion d'**équipe médico-soignante** :

- **médicaliser la gouvernance** : réinvestir la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en matière de stratégie, de gestion, de qualité des soins, de progrès médical et de gestion des personnels médicaux ;
- **démocratiser la gouvernance**, par un rééquilibrage des prérogatives entre la CME et l'Administration ;

- **donner des responsabilités à la CME en matière budgétaire** : objectifs, exécution et suivi, et lui garantir avec le DIM les moyens de son expertise et l'indépendance de ses décisions ;
- **inscrire la gouvernance de l'hôpital dans un projet territorial médicalisé et démocratique**, associant également les soignants et les usagers ;
- **replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante**, et rendre au chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions ;
- **associer concrètement le service dans la préparation et l'exécution budgétaire** : préparation de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) avec le DIM et l'Administration, et exécution dans le cadre d'une large délégation de gestion en adéquation avec les objectifs du projet médical d'établissement validés par la CME ;
- **reconnaître les fonctions médicales de gouvernance et de gestion**, pour les PH comme pour les hospitalo-universitaires, par la création de valences et de formations spécifiques ;
- **garantir respect et bienveillance aux patients comme aux professionnels**, par une gestion juste et transparente des situations individuelles et de la politique de prévention des risques psychosociaux.

Qu'en est-il des conclusions du Ségur concernant la gouvernance hospitalière ?

Finalement la montagne a accouché d'une souris puisque cela se résume au rapport Claris, à une proposition d'expérimentation de fusion de la CME avec la CSMIRT et à une déclaration d'intention de réhabilitation des services.

D'ailleurs le thème de la gouvernance, quel qu'en soit le niveau, a été soigneusement mis de côté et a été exploré uniquement sous l'angle de la simplification dans le chapitre « Faire confiance et redonner de l'autonomie de décision et d'action aux acteurs ».

Le rapport Claris, bien qu'allant dans un meilleur sens, ne remet pas en cause fondamentalement la gouvernance actuelle qui découle du principe édicté par la loi HPST, un seul patron à l'hôpital sans contre-pouvoir, le directeur. Conforter ou renforcer le binôme directeur-PCME sans donner à la CME un pouvoir d'avis décisionnel ne relève pas d'un processus démocratique. En renforçant la personnalisation du pouvoir de la CME uniquement au travers du président de la CME donne l'illusion d'une médicalisation de la gouvernance où seul le directeur resterait décisionnaire *in fine*. Revaloriser et réinvestir les services de soins est une bonne chose en soi, mais sans remettre en cause l'organisation en pôle avec toutes les prérogatives d'organisation, de gestion et d'autorité des pôles sur les services, n'est qu'un filet d'eau tiède qui n'aura aucune conséquence dans la gouvernance. Il aurait fallu réduire le champ de responsabilité des pôles à un simple rôle de coordination ou de fédération, or le rapport Claris conforte et renforce l'organisation de l'hôpital en pôle.

Malgré tout il reste des pistes intéressantes à explorer.

La proposition de création d'une commission médico-soignante résultant de la fusion de la CME et de la CSMIRT pourrait contribuer faire disparaître les hiérarchies en silo dont l'hôpital souffre, mettre en cohérence le projet médical avec le projet de soins ce qui n'est pas toujours le cas. Bertrand Fenoll a eu la sagesse de proposer une expérimentation car nous souhaitons cette commission devienne un véritable outil de gouvernance et non pas un lieu d'affrontement syndical.

Autre piste intéressante qui figure dans les conclusions du Ségur c'est de donner plus de liberté à l'organisation interne des établissements en leur permettant de considérer l'organisation en pôle et l'installation d'un directoire comme optionnelles, fondée sur une logique de projet médico-soignant, d'organisation de filières ou de recherche. La suppression du directoire permettrait *de facto* de rééquilibrer la gouvernance du côté de la CME et la suppression des pôles permettrait réellement de replacer le service

au centre de l'organisation médicale et soignante et de rendre au chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.

C'est un sujet sur lequel le Synprefh est très attentif car un des problèmes auquel le pharmacien chargé de gérance est confronté découle bien souvent des conflits qu'il peut y avoir entre l'autorité fonctionnelle d'un chef de pôle et l'autorité technique d'un pharmacien chargé de gérance. Donner une autorité fonctionnelle aux chefs de service permettrait de rendre aux pharmaciens chefs de service chargés de gérance une autorité à la mesure de leurs responsabilités.

Malgré leur importance et bien que le sujet ait été évoqué de multiples fois par les participants au Ségur de la santé, les problématiques de gouvernance, qu'elles soient hospitalières, régionales ou bien nationales, n'ont pas été abordées dans le fond. Mais, le Synprefh au travers de l'INPH continuera à promouvoir et à exploiter toutes les propositions, si petites qu'elles soient, permettant à l'hôpital public de trouver l'organisation la plus efficiente possible au seul service de la santé des patients.

Références

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

<https://www.cng.sante.fr/actualites/carriere-praticiens-hospitaliers-suppression-trois-premiers-echelons-de-grille>

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rh_fiche_echelons_ph_aout_2020.pdf