Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique

NOR : *SANH0721410A*

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique,

Arrêtent :

Art. 1er. – L'indemnité prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 est accordée, par spécialité, aux équipes de praticiens nommés à titre permanent qui s'engagent par contrat passé avec le directeur de l'établissement et le responsable de pôle.

Pour chaque activité ou spécialité, le présent arrêté comporte une annexe spécifique composée de cinq tableaux.

Art. 2. – L'engagement contractuel porte à la fois sur des objectifs de qualité et des objectifs d'activité. Il ne peut être conclu que lorsque les prérequis figurant au tableau 1 de l'annexe du présent arrêté, appréciés par spécialité, sont remplis.

Le contrat fixe annuellement en cohérence avec le contrat de pôle les objectifs de qualité et d'activité – à l'exclusion de l'activité libérale – déterminés par des indicateurs dont la liste figure en annexe du présent arrêté. Le contrat précise les conditions d'attribution de la part complémentaire variable et les modalités d'évaluation de l'engagement. Les tableaux 1, 4 et 5 figurant en annexe du présent arrêté dûment complétés sont joints au contrat initial et à chaque révision.

Art. 3. – Avant chaque révision annuelle de l'engagement contractuel, il est procédé, dans des conditions définies au contrat, à l'évaluation de la réalisation des objectifs fixés au moyen du tableau 5 mentionné à l'article 2 du présent arrêté. Cette évaluation est portée, après vérification par le directeur, à la connaissance de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

Art. 4. – Dans le cadre de l'évaluation de la réalisation des objectifs d'activité et de qualité mentionnée à l'article 3 ci-dessus, le nombre de points obtenus au titre des critères d'activité est pondéré par le nombre obtenu au titre des critères qualité, sous réserve que, pour chaque série de critères, un nombre suffisant de points ait été atteint. Pour les praticiens qui choisissent de s'engager dans la procédure d'accréditation, le nombre de points correspondant est attribué lorsqu'ils ont obtenu leur certificat d'accréditation ou son renouvellement.

Le nombre total de points obtenus permet de déterminer le taux de l'indemnité qui sera versée aux praticiens bénéficiaires, dans la limite du plafond fixé à l'article 5 ci-dessous et en tenant compte de l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement.

Cependant, selon le choix fait par l'équipe, le taux peut être modulé par praticien selon des modalités déterminées par le contrat.

La proposition de taux est validée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de la commission paritaire régionale qui dispose de l'évaluation prévue à l'article 3 ci-dessus et peut proposer une péréquation.

Les contestations portant sur l'engagement contractuel et le niveau de l'indemnité sont examinées par la commission régionale paritaire.

Art. 5. – Le montant annuel de l'indemnité correspond à un pourcentage du montant annuel des émoluments visés au 1° de l'article R. 6152-23 et au 1° de l'article R. 6152-220 et varie dans la limite d'un plafond fixé à 15 %.

Le plafond ne peut être versé que si les objectifs d'activité et de qualité sont atteints dans leur intégralité.

Art. 6. – L'indemnité est versée annuellement au terme d'une année civile et au plus tard à la fin du premier trimestre de l'année qui suit.

Art. 7. – Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux praticiens hospitaliers de chirurgie à compter du 1er janvier 2007. Le dispositif sera progressivement étendu aux praticiens des autres disciplines ou spécialités par modification du présent arrêté.

Art. 8. – La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des solidarités est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 28 mars 2007.

Le ministre de la santé et des solidarités,
PHILIPPE BAS

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,
THIERRY BRETON

ANNEXE

CHIRURGIE

Tableau 1

Liste des prérequis à remplir

Spécialité : .....

CRITÈRES	EXISTENCE
Activité chirurgicale globale de l'établissement (source = CCAM).	
Nombre d'interventions réalisées par an ≥ 2000	OUI/NON
sauf dérogation exceptionnelle accordée par le DARH après avis du CNC.	
Organisation du temps de travail médical :	
Existence d'un tableau de service mensuel :	
– prévisionnel	OUI/NON
– réalisé	OUI/NON
Le repos quotidien est assuré (sauf circonstances exceptionnelles).	OUI/NON
Lutte contre les infections nosocomiales :	
Mise en œuvre des éléments suivants :	
Protocole antibioprophylaxie	OUI/NON
Protocole préparation opérés	OUI/NON
Programme de surveillance des BMR	OUI/NON
Surveillance des postes de lavage des mains	OUI/NON
Surveillance traitement de l'air	OUI/NON
Protocole AES (accidents d'exposition au sang)	OUI/NON
Surveillance des infections du site opératoire	OUI/NON
Déclaration des infections nosocomiales	OUI/NON

Si une des réponses est négative, le contrat d'engagement ne peut être signé.

Tableau 2

Mode d'emploi

Le contrat détermine les objectifs d'activité et de qualité sur la base des indicateurs suivants :

I. – *Objectifs d'activité*

L'activité opératoire de l'équipe :

Elle est mesurée en nombre d'interventions et rapportée à l'effectif de l'équipe.

L'activité de chirurgie ambulatoire :

L'équipe choisit 1 à 4 actes, dont au moins un figurant dans la liste des actes traceurs (tableau 3). Les autres actes sont déterminés localement ;

Pour chacun de ces actes, il est mesuré la proportion d'actes réalisés en ambulatoire.

L'activité de consultations.

II. – *Objectifs de qualité*

Accréditation (prévue à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique) :

Il s'agit de l'obtention du certificat d'accréditation ou de son renouvellement.

Prévention des risques :

L'indicateur peut être choisi localement.

Choix des actes traceurs (au moins trois actes) :

Ces actes doivent être choisis parmi la liste d'actes traceurs retenus au niveau national figurant dans le tableau 3 et doivent être différents des actes retenus pour la mesure de l'activité ambulatoire.

Items d'analyse (trois au total) :

Au moins deux items doivent être choisis parmi ceux retenus au niveau national figurant dans le tableau de la spécialité ; l'autre item peut être déterminé localement.

Valeur de référence :

Elle est fixée dans le contrat et révisable annuellement.

III. – *Evaluation au moyen de la grille de cotation*

Principes de cotation :

Si l'objectif est atteint : il est attribué le nombre de points maximum prévu par la grille.

Tableau 3

Liste des actes ambulatoires et actes traceurs retenus

Nota. – Les actes ambulatoires sont soulignés.

CHIRURGIE THORACIQUE

Thoracoscopie, pleuroscopie et médiastinoscopie.
Exérèse totale ou partielle du poumon.
Chirurgie du pneumothorax.
Exérèse pour tumeur médiastinale.
Résection de trachée.

CHIRURGIE VASCULAIRE

Eveinage saphène.
Chirurgie vertébrale proximale.
Chirurgie sous-clavière.
Chirurgie des carotides.
Chirurgie de l'aorte abdominale et des branches iliaques.
Chirurgie des artères des membres inférieurs (à partir de la jonction ilio-fémorale).
Fistule artério-veineuse.
Angioplastie d'élargissement ou de raccourcissement.
Chirurgie des artères rénales.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE PÉDIATRIQUE

Fracture diaphysaire d'un ou des deux os de l'avant-bras.
Fracture du coude.
Scoliose, arthrodèse et ostéosynthèse.
Réparation en urgence des plaies du ou des tendons fléchisseurs d'un ou des doigts de la main, y compris le pouce.
Ostéotomie de l'extrémité supérieure du fémur.
Fixation épiphysiolyse.
Ostéotomie du bassin (Chiari, Salter, triple, Dega...).
Epiphysiodèse.
Chirurgie du pied bot.
Allongement de tibia progressif 1er temps.

CHIRURGIE VISCÉRALE PÉDIATRIQUE

Appendicite aiguë.
Hernie inguinale.
Ectopie testiculaire.
Reflux vésico-urétéral.
Chirurgie des hypospades.

Sténose du pylore.
Reflux gastro-œsophagien.
Chirurgie des neuroblastomes abdominaux.
Cure de la maladie de Hirschsprung.

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

Cataracte (intervention sur le cristallin).
Traitement de décollement de rétine.
Cure de ptosis.
Transplantation cornéenne (hors prélèvement).
Dacryocysto-rhinostomie.
Intervention réparatrice sur la cornée.
Chirurgie de la myopie et de l'astigmatisme.
Enucléation.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Curetage.
Hystérectomie par voie abdominale.
Conisation.
Stérilisation.
Hystérectomie par voie vaginale.
Hystérectomie par voie cœlioscopique.

CHIRURGIE CARDIAQUE

Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse.
Implantation d'un générateur de stimulation cardiaque.
Changement d'un générateur de stimulation cardiaque implantable.
Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux.
Remplacement de l'aorte thoracique ascendante pour rupture d'anévrisme.

NEUROCHIRURGIE

Exérèse de tumeur du cerveau.
Arthrodèse intercorporéale ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale lombale ou lombo-sacrale.
Laminectomie vertébrale sans exploration du contenu intradural.
Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale.
Exérèse d'une récidive d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombaire.
Exérèse d'une hernie discale.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Mammopexie, mammoplastie.
Dermolipectomie hors liposuccion.
Reconstruction et réparation d'une plaie par greffe.
Chirurgie de la sénescence du visage.
Greffe cutanée pour brûlures.

CHIRURGIE UROLOGIQUE

Chirurgie testiculaire.
Cystoscopie.
Exérèse partielle ou totale de la prostate.
Résection endoscopique de tumeur vésicale.
Chirurgie de l'incontinence urinaire avec ou sans prolapsus.
Traitement endoscopique des lithiases urétérales.
Cystectomie partielle.
Néphrectomie élargie.
Cystectomie totale.
Urétroplastie.

CHIRURGIE ORL

Amygdalectomie et adénoïdectomie.
Myringotomie ou mise en place d'un aérateur transtympanique.
Rhinoplastie et septoplastie.
Thyroïdectomie partielle ou totale.
Intervention de reconstruction de l'oreille moyenne.
Ethmoïdectomie.
Intervention sur la cavité buccale et l'oropharynx pour tumeur maligne.
Cure de cholestéatome.
Parotidectomie.
Thyroïdectomie totale élargie avec curage récurrentiel et/ou cervical.
Exérèse de neurinome de l'acoustique.

CHIRURGIE STOMATOLOGIQUE ET MAXILLO-FACIALE

Avulsion dentaire.
Acte de chirurgie orthognatique hors prélèvement osseux.
Fentes naso-labio-alvéolo-palato-vélaires.
Acte de traumatologie récente massif facial.
Acte thérapeutique sur l'articulation temporo-mandibulaire.
Exérèse tumeur maligne.
Chirurgie arthoscopique de l'articulation temporo-mandibulaire.

CHIRURGIE SÉNOLOGIQUE

Tumorectomie.
Mammectomie avec curage axillaire ou mammaire interne.
Mammectomie simple.
Tumorectomie ou mammectomie avec codage séparé du curage axillaire, mammaire interne.

CHIRURGIE VISCÉRALE

Cures de hernie et d'éventration.
Appendicectomie.
Cholécystectomie.
Hémorroïdectomie.
Colectomie partielle ou totale.
Exérèse rectale.
Cure de reflux gastro-œsophagien et de hernie hiatale.
Voies biliaires.
Résection colorectale + anastamose colo-anale ou iléo-anale.
Hépatectomie.
Gastrectomie.
Œsophagectomie.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Arthroscopie thérapeutique du genou.
Décompression du canal carpien.
Arthroplastie du genou.
Chirurgie ligamentaire du genou.
Reprise de prothèse du genou.
Prothèse totale de hanche.
Intervention pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur.
Reprise de prothèse de hanche.
Intervention pour fracture de la diaphyse fémorale.
Chirurgie des hernies discales.
Réparation en urgence des plaies tendineuses de la main.
Intervention pour hallux valgus.
Ostéosynthèse du rachis.
Intervention pour complications septiques sur implant ou matériel.

Arthroplastie de l'épaule.
Traumatismes multiples graves opérés.
Chirurgie de l'instabilité de l'épaule.
Instabilités.
Traitement pour fracture grave de la ceinture pelvienne.
Réimplantation des doigts.

Tableau 4

Grille d'appréciation des critères d'attribution

Spécialité : .....

CRITÈRES	MESURE
OBJECTIFS D'ACTIVITÉ (Source = CCAM)	
Volume global d'activité de l'équipe.	
Nombre total d'interventions rapporté au nombre de chirurgiens intervenant au bloc (en ETP). (Source = « cahier de bloc ».)	Niveau fixé contractuellement. Révisable annuellement.
Part d'activité ambulatoire.	
Nombre total et part des actes réalisés en ambulatoire pour les actes retenus : – acte 1 ..... – acte 2 ..... – acte 3 ..... – acte 4 ..... (Source = PMSI.)	
Activité de consultations.	
Nombre total de consultations .	
OBJECTIFS DE QUALITÉ	
Accréditation :	
Obtention du certificat d'accréditation ou de renouvellement d'accréditation	OUI/NON
Indicateur de prévention des risques :	
Mise en œuvre d'un protocole de prévention du risque (ex. : prévention du risque thrombo-embolique)	OUI/NON
Analyse des actes traceurs :	
Actes retenus : – acte 1 ..... – acte 2 ..... – acte 3	
Items d'analyse des actes traceurs (source = PMSI) :	Valeur de référence fixée contractuellement. Révisable annuellement.
Taux de reprise des actes dont la primo-intervention a eu lieu dans l'établissement < valeur de référence.	
Transfusions réalisées < référence.	
Durée moyenne de séjour < référence.	
Pourcentage d'infections nosocomiales < référence.	

Tableau 5

Grille de cotation à appliquer

Spécialité : .....

CRITERES	OBJECTIF A REALISER	REALISE	COTATION MAXIMALE	NOMBRE DE POINTS OBTENUS
ACTIVITE				
activité opératoire nb total interventions/nb totalchirurgiens			5	
activité ambulatoire acte 1 nb total % en ambulatoire acte 2 nb total % en ambulatoire acte 3 nb total % en ambulatoire acte 4 nb total % en ambulatoire			3	
activité de consultations nb total consultations			2	
TOTAL ACTIVITE (1)			**10**	
QUALITE				
accréditation	certificat obtenu		5	
prévention des risques protocole retenu :.....	Mise en œuvre d'un protocole de prévention des risques		0,5	
acte traceur 1 item 1 item 2 item 3			0,5 0,5 0,5	
acte traceur 2 item 1 item 2 item 3			0,5 0,5 0,5	
acte traceur 3 item 1 item 2 item 3			0,5 0,5 0,5	
TOTAL QUALITE (2)			**10**	
SCORE GENERAL = (1) + [(1) x (2) / 10] **à la double condition que :** **(1) > = 6 points** **(2) > = 4 points jusqu'au 01/07/08** **5 points jusqu'au 30/06/09** **6 points à compter du 01/07/09**			**20**	

Activité : pour les spécialités où l'activité ambulatoire n'existe pas, il convient de coter l'activité opératoire sur 7 points et l'activité de consultation sur 3 points.

INPH Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

30 bd PASTEUR - 75015 PARIS
Tél. : 02 40 84 63 00 – Fax : 02 40 84 63 06
Email : rachel.bocher@chu-nantes.fr

CNAH
FNASF
SMEP
Président : Dr X. MOREAU
SNAMU
Président : Dr M. GIROUD
SNHG
Président : Dr A. JACOB
SNHU
Président : Dr P. FERNET
SNOHP
Président : Dr E. GERARD
SNPAC
Président : DR J. AMHIS
SNPEH
Président : Dr P. TALON
SNPH-CHU
Président : Dr J.M. BADET
SNPHAR
Président : Dr M. DRU
SPEP
Président : Dr E. MALLAPERT
SYNPREFH
Présidente : Mme A. DEVELAY

COMMUNIQUE de PRESSE du 29 mars 2007

Part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers : *l'ère des « copains et coquins » entre officiellement en vigueur à l'hôpital public*

Malgré l'opposition mainte fois exprimée de près de 80% des praticiens hospitaliers, le ministère de la santé ose faire paraître ce jour l'arrêté relatif à la part complémentaire de rémunération des praticiens hospitaliers. Beau cadeau de départ de Monsieur Xavier BERTRAND, précédent ministre de santé qui laisse le soin à son successeur intérimaire, Monsieur Philippe BAS, de signer ce texte et d'en assurer les suites …

Ce texte propose un bénéfice individuel direct **au vu de critères individuels quantitatifs** d'activité qui ne peuvent aboutir qu'à une **diminution de la qualité des soins**, et **au vu de critères qualitatifs qui ne peuvent être assurés que collectivement et transversalement** entre non seulement les différentes spécialités médicales mais aussi entre les différents corps professionnels de santé exerçant à l'hôpital public et qui correspondent le plus souvent à une politique d'établissement. C'est **l'introduction d'une discrimination nette entre praticiens hospitaliers**, d'autant plus que :

- le contrat proposé est établi et passé seulement avec le directeur et le responsable de pôle, lui-même déjà nommé par le même directeur, donc en comité très restreint et sans aucune référence à un avis de la CME ou du conseil exécutif qui n'ont juste que connaissance des évaluations annuelles ;
- les indicateurs sont proposés en quasi totalité localement sans aucune référence quantitative ou qualitative à une quelconque grille nationale ou régionale ;
- la commission régionale paritaire n'a aucun contrôle sur ces contrats : elle ne peut que juger les résultats d'évaluation et seulement intervenir en cas de contestations, et n'intervient en rien dans la détermination des indicateurs.

Tout est donc en place pour que l'on s'arrange localement entre copains et coquins en toute opacité. Ainsi le praticien hospitalier souscrivant un tel contrat **totalement en opposition avec le code de déontologie médicale** est complètement asservi au directeur de l'établissement, et l'on peut se douter, à l'heure de la T2A, que ce sont bien les critères quantitatifs qui prendront le pas sur les critères qualitatifs.

Enfin, et c'est un comble et une véritable injustice, ce texte ne s'applique **qu'aux chirurgiens**. Certes il est bien indiqué que ce dispositif sera progressivement étendu aux autres spécialités, mais sans aucune précision sur le calendrier … De la part du ministère, ceci

est la preuve de la totale incompréhension du fonctionnement des services publics hospitaliers et des blocs opératoires, de la négation de toute la compétence et tout le dévouement apportés au service des patients à la qualité des soins par tout le personnel médical, autre que chirurgical, et paramédical. A la suite de la parution de ce texte, de nombreux conflits vont être attisés ou renaître dans ces structures : **l'hôpital public avait-il réellement besoin de cela pour soi-disant préserver la chirurgie publique ?**

Devant ce texte, les **praticiens hospitaliers se peuvent se sentir que trahis** :

- déjà parce qu'il est une injure à leur engagement professionnel dans leur établissement. Ont-ils besoin d'un tel texte pour servir à toute la population des soins d'excellence et d'égales qualités ;
- par les organisations de praticiens hospitaliers, signataires d'un tel projet et pourtant représentatives de seulement 20% des praticiens hospitaliers aux dernières élections paritaires ;
- par le ministère de la santé et ses services. La parution de ce texte en l'état est bien la preuve non seulement de l'absence d'un réel dialogue social qui règne dans ce ministère depuis quelques années et du peu de considération que les praticiens hospitaliers y rencontre, mais également de l'incompréhension de l'exercice médical public avec une volonté incessante de considérer la production de soins médicaux comme une quelconque production industrielle.

Pour eux, c'est un véritable « ***casus belli*** ».

Pourtant l'INPH défend une **différenciation des carrières** de praticien hospitalier, mais au travers des **VALENCES**, véritables contrats **délimités** dans le temps, établis **en toute transparence** sur des **objectifs individuels** précis en regard de moyens alloués, et **renouvelables avec évaluation objective**.

Le ministère comptait sans doute sur cette période électorale importante pour les Français pour sortir ce texte en toute quiétude. Il se trompe. Non seulement les PH sont également des citoyens avec droit de vote, mais de plus ils n'attendront pas les résultats de ces élections pour exprimer massivement leur profonde opposition à ce texte qui annonce de prochains conflits sociaux.

Dr Rachel BOCHER
Présidente

Dr. Jean GARRIC
Délégué Général

SNPH AR

Syndicat National
des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs

Membre adhérent et fondateur de l' Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers, **INPH**

Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, **FEMS**

Docteur Michel Dru
Président

Docteur Nicole Smolski
Vice-Présidente

LA PART COMPLEMENTAIRE VARIABLE UN CASUS BELLI POUR L'HOPITAL

Communiqué de presse SNPHAR du 29/03/2007

L'arrêté d'application sur la part complémentaire variable destinée à récompenser la « performance » et le « mérite » des chirurgiens dans les hôpitaux publics a été publié le 28 mars 2007 dernier.

Le SNPHAR s'est toujours clairement opposé à cette ***mesure discriminatoire*** qui instaure un **apartheid** entre les praticiens hospitaliers. Il est pour la reconnaissance de la performance collective, seul moyen de valoriser tous les membres des équipes médico-chirurgicales et de promouvoir la qualité des soins au sein de l'Hôpital Public.

Comme le soulignait le Conseil National de l'Ordre une telle mesure ***rompt l'indépendance d'exercice*** des Praticiens Hospitaliers. Pour le SNPHAR il y a ici ***délibérément*** la volonté de la Tutelle de rompre l'unicité du statut de PH, de satisfaire une vision comptable de l'Hôpital Public, et d'affermir le pouvoir des administrations hospitalières.

Véritable usine à gaz, cet arrêté *montre* ***l'ineptie*** *d'intersyndicales hospitalières minoritaires.* ***Que deviendront nos collègues chirurgiens lorsqu'ils ne pourront plus rien offrir à cette spirale morbide ? Bénéficieront ils d'une mise en recherche d'affectation pour services non rendus ?***

Cet arrêté est ***une part de l'héritage*** de X Bertrand, qui restera dans les mémoires comme le fossoyeur du statut de patricien hospitalier. C'est aussi un cadeau de mauvaise augure du ***nouveau ministre de la Santé,*** que les médecins anesthésistes connaissent, ***par ses prises de positions sur le temps médical inactif en garde,*** et sa conséquence inéluctable: ***la fin du repos de sécurité.***

Cet arrêté est un véritable casus belli ! Le SNPHAR a déjà confié le dossier à son conseil juridique pour un recours contentieux au Conseil d'Etat, et réunit son Conseil d'Administration pour déterminer les modalités d'une journée de mobilisation en avril 2007.

La période pré électorale et les vacances scolaires n'empêcheront pas les PHAR de réagir.

Michel DRU

SAMU 94
Hôpital Henri Mondor
51 Av. de Lattre de Tassigny
94010 Créteil Cedex
tél. 01 45 71 95 00
michel.dru@snphar.com

Nicole SMOLSKI

Service de chirurgie générale et de transplantation hépatique
Hôpital de la Croix Rousse
69004 Lyon Cedex
tél. 04 72 07 10 17
nicole.smolski@snphar.com

SNPH AR

Syndicat National
des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs

Membre adhérent et fondateur de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers, **INPH**

Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, **FEMS**

Docteur Michel Dru
Président

Docteur Nicole Smolski
Vice-Présidente

Monsieur Philippe BAS
Ministre de la santé et des solidarités
14 av. Duquesne
75350 PARIS Cedex 07 SP

Créteil, le 3 avril 2007

La fin d'une mandature gouvernementale est toujours propice à la publication de nombreux textes officiels. La parution de l'arrêté relatif à la part complémentaire variable de rémunération, le 29 mars dernier, n'est pas la bienvenue.

Deux intersyndicales représentant seulement 20 % des médecins des hôpitaux avaient approuvé et appelé de leurs vœux, ce texte réglementaire qui conduit à la destruction du statut unique de praticien hospitalier.

Cette part complémentaire variable de rémunération modifiera profondément la nature même du service public hospitalier tant pour les principaux acteurs (personnels médicaux et paramédicaux), que pour les usagers.

Désormais dans les hôpitaux, l'amertume, l'inquiétude mais aussi la colère l'emportent sur la déception.

Le SNPHAR refuse cet arrêté déshonorant car il témoigne d'une erreur de compréhension des mécanismes motivant les professionnels engagés dans le service public. Cet arrêté est une véritable insulte :

- pour tous les praticiens hospitaliers qui considèrent de, par leur éthique, que leur investissement auprès des malades et la qualité des soins sont le fondement de leur activité au sein des établissements publics de santé ! Ne vaudrait-il pas mieux, pour la tutelle, investir dans le financement de la FMC et de l'EPP afin de pérenniser cette qualité des soins ?

- pour les praticiens hospitaliers à qui l'on propose une telle prime. Cela sous-entend que seule la motivation financière est à mème de les motiver pour assumer une qualité des soins. Leur investissement dans les structures

SAMU 94
Hôpital Henri Mondor
51 Av. de Lattre de Tassigny
94010 Créteil Cedex
tél. 01 45 71 95 00
michel.dru@snphar.com

Service de chirurgie générale et de transplantation hépatique
Hôpital de la Croix Rousse
69004 Lyon Cedex
tél. 04 72 07 10 17
nicole.smolski@snphar.com

www.snphar.com

hospitalières est donc jugé insuffisant et serait proportionnel au montant d'un pourboire. Infamant !

- pour nos concitoyens qui ont su, en de nombreuses occasions, en tant qu'usagers, plébisciter la qualité du service rendu par l'hôpital public !

Dans le contexte budgétaire actuel de l'hospitalisation publique, l'introduction d'une part salariale complémentaire variable pour quelques élus, dans l'environnement de la T2A, ne peut apporter que confusion et surcharge administrative par des contrôles ubuesques. L'instauration de cette part variable par ses modalités, s'apparente à une véritable usine à gaz.

Finalement, on chercherait à embarrasser les directions hospitalières (qui auraient, sans aucun doute, bien mieux à faire pour moderniser l'hôpital public) qu'on ne s'y prendrait pas autrement... Les voies de la simplification sont décidément bien étranges !

Le SNPHAR, lui, a toujours privilégié les voies de la raison et du dialogue. Il se voit dans l'obligation de déposer un préavis de grève des soins non urgents pour la journée du 13 avril 2007.

Le SNPHAR souhaite, qu'au-delà des échéances électorales, un véritable dialogue social s'engage dans la fonction publique hospitalière. En effet, la modernisation de nos institutions hospitalières ne peut aboutir dans cette ambiance de mépris et de suspicion à l'égard du personnel hospitalier.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos salutations distinguées.

Dr Michel DRU
Président

Dr Nicole SMOLSKI
Vice-Présidente

SNPH AR

Syndicat National
des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs

Membre adhérent et fondateur de l' Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers, **INPH**

Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, **FEMS**

Docteur Michel Dru
Président

Docteur Nicole Smolski
Vice-Présidente

COMMUNIQUE DE PRESSE du 5 avril 2007

APPEL A LA GREVE DES SOINS NON URGENTS LE VENDREDI 13 AVRIL 2007

L'arrêté d'application du décret du 5 octobre 2006 créant la part complémentaire variable de rémunération est paru au Journal Officiel, le 29 mars dernier.

Deux intersyndicales représentant seulement 20 % des médecins des hôpitaux avaient approuvé ce texte réglementaire qui, en touchant à la grille de rémunération entraîne **la destruction du statut unique de praticien hospitalier**.

Cette mesure **discriminatoire** traduit l'incompréhension par le gouvernement, des motivations des professionnels de santé qui ont choisi le service public. Ainsi, cet arrêté est une **véritable insulte** :

- pour les praticiens hospitaliers que la déontologie médicale oblige à des soins de qualité et dont l'investissement auprès des malades ne peut reposer sur un contrat,
- pour les chirurgiens dont la valorisation de leur spécialité et la motivation à assumer des soins de qualité ne seraient que pécuniaires,
- pour l'ensemble de l'équipe hospitalière qui participe à la chaîne de soins et dont le travail n'est pas reconnu,
- pour tous nos concitoyens qui ont plébiscité la qualité du service rendu par l'hôpital public, en tant que usagers.

Les modalités d'application de la part complémentaire variable de rémunération obligeront les directions hospitalières à des difficultés arithmétiques et une surcharge administrative pour choisir arbitrairement quelques heureux élus. Véritable **usine à gaz**, ce dispositif doit **disparaître au profit d'un financement substantiel de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles** qui pérennisera la qualité des soins recherchée par tous.

La modernisation de nos institutions hospitalières ne peut aboutir **dans cette ambiance de mépris et de suspicion** à l'égard du personnel hospitalier.

Le SNPHAR a déposé un préavis de grève des soins non urgents pour la journée du vendredi 13 avril 2007 et appelle les praticiens hospitaliers à une mobilisation importante contre cette part complémentaire variable.

Paris, le 4 avril 2007
Dr Michel DRU

SAMU 94
Hôpital Henri Mondor
51 Av. de Lattre de Tassigny
94010 Créteil Cedex
tél. 01 45 71 95 00
michel.dru@snphar.com

Service de chirurgie générale et de transplantation hépatique
Hôpital de la Croix Rousse
69004 Lyon Cedex
tél. 04 72 07 10 17
nicole.smolski@snphar.com

www.snphar.com

Aujourd'hui, 13 avril les médecins des hôpitaux sont en grève nationale pour l'honneur du Service Public Hospitalier

Le ministre de la Santé et des solidarités a décidé de payer les médecins au rendement !

Les médecins sont hostiles à la « prime au rendement» et à la « prime qualité » aujourd'hui rendues possibles par la réglementation décidée par leur ministre qui prétend ainsi sauver la Chirurgie hospitalière en accordant + 15 % de salaire à leurs collègues chirurgiens.

Le ministre ne connaît pas l'hôpital et démontre qu'il ne protège pas ses valeurs !

- ***il croît que la motivation des personnels médicaux au service des patients peut reposer sur le pourboire.***

Parce qu'ils portent les valeurs du Service Public, la majorité des médecins des hôpitaux refusent de monnayer la qualité qu'ils doivent aux usagers !

- *La qualité et la sécurité font partie des devoirs et de l'engagement à servir des médecins lorsqu'ils choisissent librement de travailler à l'hôpital.*

- *Nous appelons les Directeurs à ne pas appliquer cette mesure déshonorante et nos collègues chirurgiens à la refuser.*

- *Une part de complément salarial variable fondée sur des objectifs d'activité et de qualité est un non-sens et une insulte à tous ceux qui participent à la chaîne de soins.*

- *Après les médecins, les personnels paramédicaux seront-ils eux-aussi, contraints de travailler au rendement ?*

Les Médecins des Hôpitaux appellent tous les usagers à soutenir leur mouvement de grève pour la suppression de l'arrêté ministériel du 28 mars 2007

Ensemble, disons NON à une discrimination inacceptable qui perturbera durablement les relations professionnelles à l'hôpital et qui changera profondément sa nature !

Confédération des Praticiens Hospitaliers
Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

Communiqué unitaire

jeudi 5 avril 2007

JOURNEE D'ACTIONS ET DE GREVE DU 13 AVRIL

Une démarche unitaire de tous les praticiens hospitaliers à l'appel de la CPH et de l'INPH

La CPH et l'INPH condamnent les dispositions de l'arrêté du 28 mars concernant la part complémentaire variable de rémunération réservée aux chirurgiens hospitaliers publics. Cette part variable prétend offrir une meilleure attractivité de carrière alors qu'elle enferme les praticiens chirurgiens concernés dans un dispositif bureaucratique et anti-déontologique laissé à la discrétion des directions. A l'évidence elle alièner l' indépendance professionnelle.

L'INPH et la CPH qui (80% des PH de toutes disciplines), rappellent leur engagement à la défense du statut unique et s'interrogent une nouvelle fois sur la valeur de la parole des Pouvoirs Publics.

Les praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel ont compris le poids qu'il faut accorder à ces promesses ministérielles en général et à celles de Mr Xavier BERTRAND en particulier. En cette période électorale majeure ils constatent une nouvelle fois le mauvais coup qui leur est porté aggravant ainsi la détérioration constante de leur statut. Cette accumulation de mesures qui visent à étrangler un peu plus la démographie médicale à l'hôpital ne sera pas sans retentissement sur le dynamisme du service public hospitalier.

La CPH et l'INPH - qui tiendront ensemble une conférence de presse vendredi 13 avril - appellent l'ensemble des PH à une première journée nationale d'actions et de grève ce même vendredi.

Docteur Rachel BOCHER – CHU – Hôpital St Jacques – BP 1005 – 44035 NANTES CEDEX 01
Tél : 02.40.84.62.92
E-mail : rachel.bocher@chu-nantes.fr
Docteur Pierre FARAGGI – Centre Hospitalier – 33410 CADILLAC – Tél : 05.56.76.52.94
E-mail : Pierre.Faraggi@wanadoo.fr

« à propos de la part complémentaire variable de la rémunération des PH, version juillet 2006 »

Extraits du Code de Déontologie Médicale :

(encadré = commentaires du Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Devoirs généraux de tout médecin

Article R4127-5 du CSP[1]

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

"Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade(voir note 1). "

1. Principe général

Quand il s'adresse à un médecin, le malade a le droit d'être assuré qu'il trouvera en lui quelqu'un qui va l'écouter et le secourir, sans autre préoccupation que de lui rendre les services qu'il peut lui apporter.

L'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient. Son corollaire est la responsabilité personnelle du médecin.

Indépendance, confiance, responsabilité, constituent les éléments essentiels du contrat tacite qui lie le malade et son médecin. Le contrat ne serait pas loyal si le médecin se disposait à agir sous d'autres influences que l'intérêt du malade. Cette indépendance constitue ainsi un droit du malade. Pourtant, si l'indépendance du médecin est rarement contestée- tant il est naturel et semble évident que le médecin agisse et décide selon sa conscience pour soulager, guérir, prévenir- l'histoire apprend qu'elle fut souvent menacée, y compris en Europe, et qu'elle peut encore l'être à l'heure actuelle dans le monde.

En France, ce droit des malades a été confirmé à maintes reprises. L'article L.162-2 du code de la sécurité sociale dispose que "dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré..."

Bien qu'admise et confirmée dans son principe, l'indépendance du médecin reste cependant toujours menacée dans ses applications. Si elle constitue un élément fondamental de la morale médicale, et donc un des piliers de la déontologie ainsi qu'une condition psychologique indispensable de la confiance des patients, la recherche de leurs intérêts peut se trouver limitée par les exigences de la vie sociale.

2. Indépendance et connaissances médicales

Aussi nécessaire soit-elle, cette indépendance n'est pas totale. Pour faire bénéficier le patient des meilleurs soins, le médecin doit tenir compte de l'état de la science médicale. Ses données, devenues complexes, sont de plus en plus formalisées sous forme de références susceptibles d'aider le médecin dans ses décisions. Il va de soi que les indications qui en découlent ne s'imposent pas sans nuance. Ce sont des indications générales qui seront habituellement suivies. Elles peuvent cependant être

[1] CSP = Code de Santé Publique

inapplicables à un malade pour des raisons particulières et le médecin pourra alors s'en affranchir, de préférence en le justifiant.

3. Relativité de l'indépendance des médecins entre eux

Les transformations de l'exercice en général et les modes pratiques de cet exercice multiplient les circonstances dans lesquelles s'exerce le droit des patients à l'indépendance des médecins. C'est le cas de la médecine d'équipe où "chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles" et "peut librement refuser de prêter son concours ou le retirer" (art. 64)(voir note 2). C'est également la situation des médecins associés dont le contrat écrit doit respecter "l'indépendance professionnelle de chacun d'eux" (art. 91 al.1), obligation qui s'étend aux médecins associés ou non dans leurs rapports avec les autres professionnels de santé (art. 68).

Des conflits peuvent survenir dans des circonstances très variées. Les situations doivent toujours être abordées en fonction de l'intérêt direct et immédiat du patient ou du malade. A défaut d'entente directe entre eux, les médecins doivent demander au conseil départemental une conciliation (art. 56).

4. Indépendance du médecin et structure de soins

Intimement liées, l'indépendance et la responsabilité ne sont pas identiques lors de l'hospitalisation en milieu privé ou en secteur public (art. 8).

En clinique privée, l'indépendance du praticien est confrontée à des facteurs financiers : limitation quantitative et surtout qualitative de certaines prescriptions en raison de leur coût, choix dans les pathologies à traiter. La plus grande menace pour l'indépendance est constituée par des contrats léonins, ce qui a justifié la rédaction de l' article 92 mettant en garde le praticien contre les dérives de rentabilité.

A l'hôpital public, l'organisation des soins, la hiérarchisation de la responsabilité peuvent porter atteinte au principe de l'indépendance individuelle du praticien ; le travail en équipes, leur caractère pluridisciplinaire y contribuent souvent. Pour ces raisons, la notion de responsabilité administrative peut l'emporter sur celle d'indépendance.

Si dans tout établissement de soins les obligations déontologiques restent identiques dans leurs principes et peuvent faire l'objet d'un recours d'ordre disciplinaire, les conséquences fautives des décisions et des actes médicaux conduisent à des procédures différentes selon l'établissement : tribunal administratif pour l'hôpital public, tribunaux civils pour les établissements privés.

Dans la pratique en réseau (voir note 3)., l'indépendance du médecin est fondamentale mais ne saurait être utopique. Elle doit tenir compte des réalités, c'est-à-dire de l'ensemble constitué structurellement par l'équipe médicale (médecins, auxiliaires médicaux et médico-sociaux) et les établissements hospitaliers publics ou privés. L'important est qu'aucun intérêt ne l'emporte, dans les décisions des médecins ou autres soignants, sur l'intérêt premier du malade.

5. Indépendance et structures administratives ou organismes privés

Un médecin ne doit pas accepter une position subordonnée telle que sa liberté de jugement et d'action puisse se trouver amputée ou orientée. A une époque où le besoin de sécurité développe des formes nouvelles d'exercice, le corps médical doit continuer à préserver son indépendance professionnelle, sans en sacrifier une partie pour une meilleure stabilité personnelle. Dans cet esprit, l'Ordre est consulté pour avis avant la mise en application de toute convention engageant la profession et ses rapports avec les organismes de protection sociale.

S'il existe, plus ou moins apparent, au niveau des établissements de soins, le risque de subordination reste important pour la médecine salariée. Ce mode de rémunération a tendance à se développer, y compris sous forme vacataire et pour des raisons de convenance personnelle. Mais la subordination dans la décision médicale est inadmissible. L'absence de clause garantissant l'indépendance professionnelle (clause considérée comme "essentielle" et confirmée par le Conseil d'Etat) est une cause de nullité déontologique du contrat. Dans le domaine privé comme public, tout contrat doit faire l'objet d'un examen minutieux des conditions de rupture et de leur caractère éventuellement arbitraire.

Le médecin ne peut accepter d'être l'allié d'un employeur contre un employé ou inversement. Il ne peut subir l'influence de tiers, ni se laisser entraîner dans des combinaisons d'intérêt à l'insu du patient. S'il ne donne pas de soins, s'il fournit seulement des avis, l'indépendance de son jugement ne doit pas être compromise par un programme ou des directives. Ainsi le médecin du travail ne se prononce pas en fonction de l'employeur ni des syndicats mais dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité des salariés qu'il examine. Cette obligation morale d'indépendance peut avoir à s'exercer dans des conditions particulièrement difficiles comme pour les soins en milieu pénitentiaire (art. 10) (voir note 4).

Le médecin doit toujours agir dans le sens dicté par l'intérêt premier du patient et ne peut pas se laisser considérer comme un agent d'exécution au service d'autres intérêts qui deviendraient prépondérants. Il s'agit là d'un état d'esprit auquel il convient de veiller sans cesse.

6. Indépendance et individu, malades et entourage

Garant des intérêts de la personne qui se confie à lui, le médecin est confronté à des situations difficiles où son indépendance est menacée.

C'est le cas, malheureusement fréquent, du patient qui le sollicite pour établir un certificat, en particulier d'arrêt de travail ou dans le but d'obtenir un avantage indû (art. 28). La concurrence, les comportements fautifs de certains ne sauraient excuser les autres. Accepter de satisfaire toute demande d'un individu ou d'un patient, c'est le transformer en client, favoriser la relation vénale et tromper par avance la confiance sur laquelle il doit pouvoir compter lorsqu'il sera malade. C'est surtout définitivement compromettre la valeur de sa parole ou de ses attestations.

La même indépendance doit apparaître dans le comportement du médecin lorsqu'il s'adresse à l'entourage, qu'il s'agisse de la famille du patient, de son conjoint en particulier, quelquefois de ses enfants adolescents (prescription contraceptive à une mineure) ou plus simplement d'amis, voire de collègues de travail.

Un exemple fréquent est constitué par les sollicitations du médecin lors des procédures de divorce. L' article 51 est précis à cet égard.

De même, bien ou mal intentionné, très habile parfois, un membre de la famille peut presser le médecin d'user de son autorité et de la confiance qu'il inspire pour persuader son patient de consentir à telle ou telle disposition préméditée. Il est clair que le médecin résistera à cette incitation si ce que l'on suggère est contraire à l'intérêt du malade.

C'est ce seul intérêt qui doit guider le médecin dont les propres intérêts doivent s'effacer, car le praticien pourrait être tenté de choisir, en partie pour sa propre commodité, un traitement plutôt qu'un autre.

7. Indépendance du médecin et argent

Aucun avantage personnel ne doit conduire le médecin. Son indépendance vis-à-vis de l'argent doit être claire : indépendance de façon directe (dessous de table) ou indirecte (commissions, ristournes, dichotomies) (art. 22 , 23 , 24).

La mise en application, confiée à l'Ordre, de l' article L.4113-6 du code de la santé publique (ancien art. L.365-1) (voir note 5) fait apparaître les dangers auxquels est exposée l'indépendance du médecin dans ses relations avec les industriels de la pharmacie, des techniques médicales, aussi bien dans les phases de recherche que dans les périodes d'utilisation des produits.

Pour garantir l'indépendance du médecin, le législateur a souhaité, que sa relation avec l'industrie soit transparente. Pour en permettre le contrôle, la convention passée entre eux doit faire l'objet d'un avis de l'Ordre. Dans cette mission de contrôle, ce qui est pris en compte- quelle que soit la nature de l'avantage consenti, en particulier dans les travaux de recherche- n'est pas le montant de la rémunération en lui-même, mais son adéquation à la charge de travail imposée. Une somme d'argent disproportionnée (ou des prises en charge de frais) ne peut être consentie à un médecin : cela reviendrait à le fidéliser directement ou indirectement, et ainsi à orienter ses prescriptions.

En autorisant les industriels à prendre en charge des frais de formation médicale continue, la loi a, par ailleurs, précisé et même souligné que l'hospitalité (lors des

congrès, colloques, journée, EPU) doit être d'un niveau raisonnable et rester accessoire par rapport à l'objectif principal de la réunion (art. 24).

En organisant ainsi un contrôle des relations entre médecins et firmes industrielles, le législateur a confirmé et conforté l'Ordre dans sa mission déontologique et permis que des excès manifestes, même s'ils restent marginaux, ne nuisent pas à la nécessaire respectabilité de la profession.

Dans le cas de recherches biomédicales, la publication des résultats est en général soumise à l'accord des deux parties, ce qui est destiné à préserver la propriété industrielle de la firme pharmaceutique, mais peut être contraire au désir d'un médecin de divulguer des données, positives ou négatives, utiles à la collectivité.

---

notes
(1) Klotz H.P. 1er congrès international de Morale médicale- Paris : Masson 1955, p 248.
(2) Monographie du Conseil national (mai 1994) concernant les relations entre les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé ;
(3) Hœrni B.- Pratique médicale en réseau et déontologie- Bulletin de l'Ordre décembre 1997
(4) Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire- Rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins, avril 1996.
(5) Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (art. 47), complétée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 (art. 9).

Exercice salarié de la médecine

Article R4127-95 du CSP

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

L'évolution des techniques médicales et des structures de santé qui en découlent ont entraîné le développement de l'exercice salarié de la médecine.

C'est le cas notamment des médecins de services de prévention (médecins du travail, de PMI, de santé scolaire), des praticiens-conseils des régimes d'assurance maladie et des médecins de soins (hôpitaux publics ou privés à but non lucratif, centres de lutte contre le cancer ou de réadaptation, centres de santé ou dispensaires, etc.), des médecins inspecteurs de santé publique des services de l'État (DDASS- DRASS- Direction départementale du travail).

La déontologie est la même quel que soit le mode d'exercice ou de rémunération du médecin. Un médecin salarié doit avoir, pour souci primordial, l'intérêt de la santé des patients. Il est soumis à toutes les règles déontologiques de sa profession (devoirs généraux, devoirs envers les patients, devoirs de confraternité).

Il doit disposer, pour l'exercice de ses fonctions, d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants, ainsi que d'un personnel compétent.

Le médecin salarié est tenu au secret professionnel notamment vis-à-vis de l'employeur ou de l'administration. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle (art. 72).

En retour, si ce même médecin perd son statut fonctionnel de médecin dans les nouvelles attributions qui lui sont confiées par l'administration, il veillera à ne pas exciper de sa qualité de médecin, que ce soit vis-à-vis du public ou du personnel, pour obtenir des informations couvertes par le secret professionnel que son nouveau statut administratif lui interdit de connaître.

Il s'interdira de même d'user de sa position hiérarchique pour obtenir de ses confrères en position fonctionnelle de médecin ces mêmes informations.

Si à cette occasion un avis médical lui était demandé il devrait se récuser.

L'indépendance du médecin étant avant tout un droit du patient (art. 5), le médecin salarié ne peut accepter que ses avis, ses actes, ses prescriptions y compris la rédaction de ses certificats soient limités par des directives. Il en est le seul responsable. Il ne peut y avoir de subordination ou de dépendance, vis-à-vis de l'établissement ou de l'organisme qui emploie le médecin, qu'au point de vue administratif (horaire, organisation du service...).

En raison même de son mode d'exercice, le médecin salarié ne peut avoir la maîtrise de ses honoraires.

S'il ne peut décider de leur montant, ni même de la gratuité, il serait contraire à la déontologie médicale qu'un médecin salarié accepte que l'organisme dont il dépend abaisse les honoraires au dessous des barèmes officiellement admis, eu égard à sa situation vis-à-vis de l'exercice autorisé par l'Ordre des médecins (art. 67).

Cette remarque reste valable si une ou toutes les responsabilités administratives sont assurées par un médecin et les différents titres qui peuvent lui être donnés ne la modifie pas. Seules des dispositions législatives ou réglementaires peuvent y déroger.

Bien entendu une concertation d'ordre médical peut toujours intervenir avec un médecin chargé de responsabilités particulières, mais elle ne peut être imposée.

Le problème se pose d'une manière particulière si ce médecin a lui-même une activité médicale proprement dite dans un groupe ou une équipe de l'établissement ou du service.

Dans ce cas, ces deux fonctions doivent rester distinctes et l'activité médicale reste soumise à ce qui est prévu pour toute équipe médicale ou cabinet de groupe.

Les dossiers médicaux doivent être conservés sous la seule responsabilité du médecin mais leur bonne conservation est de la compétence de la direction de l'organisme dont il dépend. Ils ne peuvent être consultés qu'avec son accord et par un médecin habilité à le faire. Cette disposition vise à interdire la communication d'un dossier par un personnel administratif ou paramédical, à plus forte raison à l'insu du médecin (art. 96).

Il précise également qu'il ne peut être communiqué qu'à un médecin habilité légalement à y accéder : médecin désigné par un malade ou praticien-conseil. Une place à part est celle de la saisie par une décision judiciaire qui donne lieu à une procédure précise.

Dans tous ces cas, le médecin concerné peut charger un confrère de la transmission, mais il est toujours préférable que le médecin concerné y procède personnellement afin de pouvoir y ajouter des explications orales.

Dans un service ou établissement, plusieurs médecins peuvent être appelés à utiliser le même dossier :

- S'il s'agit de l'absence momentanée du médecin en charge du malade, cela rentre dans le cadre d'un remplacement et le médecin remplacé reste responsable du dossier.

- Dans le cas d'une médecine d'équipe, on entre dans le cadre général de celle-ci.

De toute façon, le fait que plusieurs médecins puissent accéder pour des raisons diverses aux dossiers, doit inciter le médecin à la plus grande prudence dans la rédaction en ce qui concerne certaines de ses réflexions personnelles ou certaines confidences des malades.

L'ensemble des remarques formulées dans cet article et ses commentaires doivent faire l'objet d'une rédaction claire et précise dans les contrats dont la production est obligatoire pour le médecin (art. 84 du code de déontologie) mais également pour l'employeur (art. L. 4113-9 du code de la santé publique, ancien article L.462) sous peine de sanctions financières.

Les simples formules de "exercera son art en toute indépendance" ou de "bénéficiera de toutes facilités pour suivre une formation continue" ou "en fonction des nécessités du service" se révèlent trop souvent insuffisantes, car elles permettent toutes les interprétations si leurs modalités ne sont pas rédigées de manière détaillée.

C'est d'ailleurs une telle rédaction que prévoit, sur le plan européen, la Charte européenne des médecins salariés établie en 1984 par le comité permanent des médecins européens.

Article R4127-97 du CSP

Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

Cet article précise, d'une manière générale, les conditions de rémunération d'un médecin exerçant en tant que salarié.

Ces modalités peuvent avoir une grande importance vis-à-vis de l'indépendance du médecin dans son activité médicale proprement dite. C'est pourquoi on ne conseillera jamais assez aux intéressés d'attacher une grande importance à la rédaction de leur contrat dans ce domaine et de demander, au préalable, l'avis de l'Ordre ou des syndicats.

On se trouve trop souvent, comme d'ailleurs pour d'autres dispositions de ces contrats, devant des textes signés et donc ensuite difficiles à modifier.

Les rémunérations et leurs modalités doivent être définies dans les obligations contractuelles liant le médecin à l'organisme qui l'emploie. On peut distinguer trois modalités :

- un paiement mensuel ou horaire (le plus fréquent),

- un paiement à l'acte lorsqu'il s'agit d'une activité constituée d'actes précis (par exemple consultations),

- et enfin plus rarement une rémunération forfaitaire pour une tâche définie.

Le caractère particulier de l'exercice médical impose une certaine souplesse dans les horaires de travail, comme d'ailleurs pour tout cadre, et donc une certaine notion forfaitaire. Mais cette notion ne doit aboutir ni à une surcharge systématique de travail demandé, ni au non-respect également systématique par le médecin de ses horaires de travail.

Ces remarques faites, le paiement mensuel ou horaire reste la modalité à appliquer lorsque le contrat prévoit des horaires de travail.

Le paiement à l'acte peut être également appliqué lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une activité de consultation, n'impliquant pas d'obligation technique ou contractuelle d'une certaine permanence de présence.

Dans ce cas, il est généralement prévu un certain pourcentage de prélèvement sur la valeur de ces actes afin de faire face aux frais de fonctionnement par analogie avec la situation du médecin libéral. Mais ce prélèvement doit correspondre à des frais justifiables afin d'éviter qu'il ne s'agisse d'une sorte de partage d'honoraires destiné à financer certaines dépenses excessives ou d'autres activités.

Le paiement à l'acte est à déconseiller car l'expérience a prouvé qu'il peut permettre d'aboutir à des licenciements déguisés, contraires au droit du travail, en orientant les malades vers d'autres consultations, ce qui est un moyen de pression sur l'indépendance du médecin. Le paiement à l'acte est incompatible avec l'obligation d'heures de présence, car, à l'extrême, on pourrait obliger un médecin a être présent sans aucune rémunération.

Pour y remédier, il a été proposé une rémunération horaire à laquelle s'ajoute un pourcentage sur les actes. Cette solution est inadmissible car elle constitue le type même du paiement au rendement. Il en est de même pour des rémunérations liées au coefficient d'occupation de lits.

La seule solution acceptable en cas de paiement à l'acte est de prévoir des horaires de mise à disposition, des locaux, du matériel et du personnel sans obligations de présence autres que celles nécessitées par la valeur de l'activité prévue.

On peut par contre prévoir un minimum de rémunération lié au déplacement du médecin. Mais cela ne doit pas être confondu avec le paiement horaire augmenté d'un pourcentage des actes cités ci-dessus.

Le montant de la rémunération ne dépend pas directement de l'Ordre. Mais celle-ci doit néanmoins être en rapport avec la formation et les responsabilités des médecins.

En revanche, il paraît nécessaire de prévoir les modalités d'évolution de cette rémunération par indexation sur certains indices (valeur des actes, salaire de la fonction publique ou des cadres, etc.). Cela doit éviter des pressions sur l'indépendance du médecin soit pour limiter ou augmenter certaines prescriptions, soit pour obtenir des avantages injustifiés pour des patients (certificats de complaisance, arrêts de travail, etc.).

Paraît également antidéontologique l'augmentation au choix par l'employeur de cette rémunération, ce choix pouvant être motivé par des considérations non médicales et de plus contraires à l'intérêt des malades. Ce choix peut néanmoins intervenir pour confier des tâches ou responsabilités supplémentaires.

Pour mémoire, l'article correspondant à l'exercice en clientèle privée *(italiques = commentaires CNOM)*

Article R.4127-92 du CSP

Un médecin ne peut accepter que dans le contrat qui le lie à l'établissement de santé où il est appelé à exercer figure une clause qui, en faisant dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères liés à la rentabilité de l'établissement, aurait pour conséquence de porter atteinte à l'indépendance de ses décisions ou à la qualité de ses soins.

Cet article rappelle, une fois encore, le principe de l'indépendance professionnelle du médecin, qui ne peut être aliénée par des considérations commerciales. Les conseils de l'Ordre sont donc très attentifs à dépister les clauses de rendement ou de rentabilité. La médecine ne s'exerce pas comme un commerce. Elle ne peut donc, en raison même de sa nature, être soumise aux lois du marché.
Toutefois, le médecin doit prendre conscience des réalités économiques aussi bien dans la gestion d'un cabinet libéral que dans son exercice au sein d'un établissement public hospitalier ou privé. Il existe des contingences matérielles, des frais fixes, comprenant essentiellement le salaire des collaborateurs ainsi que leurs charges sociales : tous ces éléments doivent être pris en considération. Tout médecin doit donc s'efforcer de trouver une adéquation entre le souci légitime de bien traiter ses patients et les réalités économiques.

Réforme du statut de PH et déontologie médicale
le CNOM écrit au Ministre de la santé le 20 juin 2006

Monsieur Xavier BERTRAND
Ministre de la Santé et des Solidarités
Cabinet du ministre
8, avenue de Ségur
75350 PARIS Cedex 07 SP

Paris, le 20 juin 2006

Objet : Statut des praticiens hospitaliers

Monsieur le Ministre,

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le projet de modification du statut des praticiens hospitaliers à temps plein dans sa version issue de la concertation avec les organisations syndicales.

Certaines organisations professionnelles se sont publiquement inquiétées des menaces sur l'indépendance professionnelle que cette réforme porterait et des praticiens hospitaliers, nous ont aussi fait part de leurs interrogations sur la place des médecins dans un dispositif dont la complexité servirait le pouvoir des administrateurs.

La compatibilité de la réforme statutaire avec l'indépendance professionnelle se pose essentiellement dans deux hypothèses : le processus d'affectation et la part complémentaire variable.

1 – Le processus d'affectation

Dans le nouveau statut les praticiens seraient nommés par le ministre dans un établissement. Ils seraient ensuite affectés dans un pôle d'activités sur proposition conjointe du responsable de pôle et du président de la CME.

Ce processus affecte-t-il l'indépendance professionnelle du corps médical ? La réponse est négative dès lors que le directeur de l'hôpital ne pourra pas prendre une décision contraire aux propositions des instances médicales.

La rédaction du projet souffre cependant d'un certain nombre d'ambiguïtés et des réponses claires doivent être rapidement apportées à des questions précises.

- quelle est l'autorité d'affectation : le directeur de l'hôpital ou le centre national de gestion ?
- la désaffectation ne devrait-elle pas suivre le même processus que l'affectation ?
- le directeur dispose-t-il d'un droit de recours en matière d'affectation et dans quelle hypothèse ?

- pourquoi dans une période de pénurie médicale avoir créé pour les praticiens hospitaliers une position statutaire intitulée « en recherche d'affectation » et quelles sont les hypothèses envisagées ?

De façon plus générale la question du recrutement des praticiens, la définition des besoins médicaux, les décisions de restructuration et de fusion doivent relever de la gestion médicalisée qui constitue un des axes de la gouvernance hospitalière.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins demande aux praticiens de s'engager résolument à prendre toute leur place dans ce dispositif afin que la prise en compte des besoins des patients, qu'ils sont les mieux à même d'apprécier, reste le critère déterminant des décisions au sein de l'hôpital.

2 – La part complémentaire variable

Sur ce sujet le Conseil national de l'Ordre des médecins demande que la rédaction du relevé de décisions du 31 mars 2005 signé par le ministre de la Santé soit reprise : le relevé de décisions garantissait expressément que la part complémentaire variable ne pourrait remettre en cause la déontologie médicale et cette garantie n'est pas reprise dans le projet que vous nous avez communiqué.

Des précisions sont indispensables pour porter une appréciation déontologique sur ce nouveau dispositif de rémunération. Elles portent sur la notion d'engagement collectif, l'instance auprès de laquelle il est pris, les modalités de redistribution des fruits de l'engagement et enfin les indicateurs retenus.

La poursuite d'objectifs de qualité est évoquée dans le projet pour justifier la part complémentaire variable, mais peut-on concevoir que des praticiens prennent des engagements de qualité et pas d'autres ?

Le Conseil national de l'Ordre des médecins sera vigilant sur ces points comme il l'a été récemment vis-à-vis d'un accord portant sur le bon usage des antibiotiques à l'hôpital.

Un certain nombre de leviers sont aujourd'hui évoqués pour améliorer les comptes de l'hôpital : ils portent sur la diminution des coûts ou l'augmentation de l'activité financée par la T2A. En aucun cas ces instruments ne peuvent avoir pour objet ou pour effet d'altérer l'indépendance professionnelle des praticiens qui constitue une garantie fondamentale de la qualité des soins prodigués aux patients du service public hospitalier.

En espérant que ce courrier retiendra toute votre attention, je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Jacques ROLAND

SYNTHESE.des,POSTES VACANTS PH – avril 2007

DISCIPLINE *(SPECIALITE)*	CHU	CHU Recrut. Prio.	*TOTAL CHU*	CHnonU	CHnonU Recrut. Prio.	TOTAL CHnonU	TOTAL SECIALITE	≈ 5% / ≈ 10%
BIOLOGIE	**BIOLOGIE**			**BIOLOGIE**				
Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière	*9*		*9*	*5*		*5*	14	
Biochimie	*6*		*6*	*3*		*3*	9	
Biologie cell., histo., bio. du dvpt. et de la reprod.	*6*		*6*	*1*		*1*	7	
Biologie médicale	*4*		*4*	*38*	*2*	*40*	44	
Biophysique.	*1*		*1*	*1*		*1*	2	
Génétique	*5*		*5*	*0*		*0*	5	
Hématologie biologique	*4*		*4*	*1*		*1*	5	
Immunologie biologique	*5*		*5*	*1*		*1*	6	
Toxicologie et pharmacologie	*1*		*1*			*0*	1	
TOTAL DISCIPLINE	41		**41**	50	2	**52**	**93**	
CHIRURGIE	**CHIRURGIE**			**CHIRURGIE**				
Chir. Générale et digestive	*13*		*13*	*66*	*2*	*68*	81	
Chri. Générale	*3*		*3*	*17*	*2*	*19*	22	
Chir. Infantile	*12*		*12*	*5*		*5*	17	
Chir. Maxillo-faciale	*2*		*2*	*1*		*1*	3	
Chir. Orthopédique et Traumatologique	*16*		*16*	*79*	*3*	*82*	98	
Chir. Plastique et de Reconstruction	*3*		*3*	*0*		*0*	3	
Chir. Thoracique et Cardio-Vasculaire	*6*		*6*	*4*		*4*	10	
Chir. Urologique	*12*		*12*	*33*		*33*	45	
Chir. Vasculaire	*5*		*5*	*11*		*11*	16	
Gynéco-Obst.	*30*		*30*	*166*	*40*	*206*	236	🔥
NeuroChirurgie	*6*		*6*	*2*		*2*	8	
OPH	*11*		*11*	*26*	*4*	*30*	41	
ORL	*8*		*8*	*13*	*1*	*14*	22	
Stomatologie	*0*		*0*	*1*		*1*	1	
TOTAL DISCIPLINE	127		**127**	424	52	**476**	**603**	
MEDECINE	**MEDECINE**			**MEDECINE**				
Anatomie et cytologie pathologiques	*12*	*1*	*13*	*19*		*19*	32	
Anesthésie Réanimation	*143*	*35*	*178*	*307*	*206*	*513*	691	🔥🔥
Cardiologie et maladies vasculaires	*23*	*3*	*26*	*150*	*17*	*167*	193	
Dermatologie et vénérologie	*11*		*11*	*5*		*5*	16	
Endocrinologie et métabolisme	*6*		*6*	*34*	*3*	*37*	43	
Explorations fonctionnelles	*1*		*1*	*0*		*0*	1	
Gastro-entérologie et hépatologie	*14*		*14*	*65*	*6*	*71*	85	
Génétique médicale	*9*		*9*	*1*		*1*	10	
Gériatrie	*42*		*42*	*211*	*13*	*224*	266	🔥

DISCIPLINE *(SPECIALITE)*	CHU	CHU Recrut. Prio.	*TOTAL CHU*	CHnonU	CHnonU Recrut. Prio.	TOTAL CHnonU	TOTAL SECIALITE	≈ 5% / ≈ 10%
Hématologie clinique	*11*		*11*	*10*	*1*	*11*	22	
Hémobiologie-Transfusion	*1*		*1*	*1*		*1*	2	
Hygiène hospitalière	*3*		*3*	*9*	*2*	*11*	14	
Maladies infectieuses, maladies tropicales	*5*		*5*	*8*		*8*	13	
Médecine de la reproduction et gyéncologie médicale	*0*		*0*	*1*		*1*	1	
Médecine du travail	*5*		*5*	*1*		*1*	6	
Médecine d'urgence	*81*	*6*	*87*	*335*	*127*	*462*	549	🔥🔥
Médecine générale	*33*		*33*	*244*	*19*	*263*	296	🔥
Médecine interne	*23*		*23*	*30*	*1*	*31*	54	
Médecine légale	*2*		*2*	*0*		*0*	2	
Médecine physique et de réadaptation	*11*		*11*	*36*	*7*	*43*	54	
Néphrologie	*16*		*16*	*40*	*6*	*46*	62	
Neurologie	*43*		*43*	*61*	*10*	*71*	114	
Oncologie	*7*	*1*	*8*	*47*	*7*	*54*	62	
Pédiatrie	*90*	*4*	*94*	*126*	*68*	*194*	288	🔥
Pharmacologie clinique et toxicologie	*1*		*1*	*0*		*0*	1	
Pneumologie	*26*		*26*	*49*	*2*	*51*	77	
Radiothérapie	*3*	*1*	*4*	*15*	*3*	*18*	22	
Réanimation médicale	*15*	*2*	*17*	*44*	*18*	*62*	79	
Rhumatologie	*5*		*5*	*17*	*1*	*18*	23	
Santé publique	*21*		*21*	*37*	*4*	*41*	62	
TOTAL DISCIPLINE	663	53	**716**	1903	521	**2424**	**3140**	
ODONTOLOGIE	**ODONTOLOGIE**			**ODONTOLOGIE**				
Ondontologie polyvalente	*4*		*4*	*5*		*5*	9	
TOTAL DISCIPLINE	4		**4**	5		**5**	**9**	
PHARMACIE HOSPITALIERE	**PHARMACIE HOSPITALIERE**			**PHARMACIE HOPSITALIERE**				
Pharmacie hopsitalière	*29*		*29*	*74*	*1*	*75*	104	
TOTAL DISCIPLINE	29		**29**	74	1	**75**	**104**	
PSYCHIATRIE	**PSYCHIATRIE**			**PSYCHIATRIE**				
Psychiatrie polyvalente	*54*	*4*	*58*	*564*	*198*	*762*	820	
TOTAL DISCIPLINE	54	4	**58**	564	198	**762**	**820**	🔥🔥
RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE	**RADIOL. & IMAG. MED.**			**RADIOL. & IMAG. MED.**				
Médecine nucléaire	*5*	*1*	*6*	*13*		*13*	19	
Radiologie	*41*	*11*	*52*	*184*	*155*	*339*	391	
TOTAL DISCIPLINE	46	12	**58**	197	155	**352**	**410**	🔥🔥
TOTAL POSTES VACANTS	**964**	**69**	**1033**	**3212**	**929**	**4141**	**5174**	