

**ACTION  
PRATICIENS  
HÔPITAL**



Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale

[culture-social.sec@assemblee-nationale.fr](mailto:culture-social.sec@assemblee-nationale.fr)

## PROPOSITION DE LOI

VISANT A AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

**Contribution de l'union syndicale Action Praticiens Hôpital,  
regroupant Confédération des Praticiens des Hôpitaux et Avenir Hospitalier.**

### PROPOS LIMINAIRES

Action Praticiens Hôpital a été auditionné par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers le vendredi 6 novembre 2020.

Action Praticiens Hôpital s'étonne d'un projet de loi dit « issu des recommandations du Ségur » totalement en décalage avec le contenu des discussions ayant eu lieu pendant cette concertation, qu'il s'agisse de gouvernance, d'attractivité ou de création de nouveaux métiers. Il amoindrit le rôle essentiel du praticien (« sans praticien, pas d'hôpital ») tant dans sa mission de soins que dans la gouvernance. Il n'apporte ni simplification des conditions d'exercice, ni confiance, contrairement à son titre.

Action Praticiens Hôpital demande le retrait de ce projet de loi qui, d'une part, est très insuffisant quant aux sujets traités dans le Ségur, et, d'autre part, n'est ni conforme aux discussions du Ségur, ni conforme aux attentes des praticiens hospitaliers pour la prise en charge de nos concitoyens à l'hôpital public.

## CHAPITRE PREMIER : CREATION D'UNE PROFESSION INTERMEDIAIRE (ARTICLE PREMIER).

### ANALYSE

**APH s'étonne que ce projet ait été construit contre l'avis unanime des intersyndicales lors du Ségur, aboutissant actuellement à une coquille vide.**

La dichotomie entre profession médicale et paramédicale a un sens, qui n'est pas lié à la durée des études (certaines professions dites médicales ex : sage-femme ont un cursus de 5 ans, certaines spécialités paramédicales ex : IADE, kiné ont un cursus de 5 ans), mais à l'autonomie dans la décision, la prescription et la responsabilité.

La création des infirmiers en pratique avancée (IPA) était une réponse adaptée pour autonomiser les paramédicaux dans certains domaines en collaboration avec un médecin référent. Pendant le Ségur, APH a rappelé que les premières promotions sont en train d'être formées mais que les financements des formations n'ont pas été anticipés. Notons au passage que la rémunération des IPA ne suit pas l'évolution de leur métier en termes de responsabilités et d'investissement personnel.

A titre d'exemple, l'expérience de la qualification de profession médicale « à responsabilité limitée » des sages-femmes est à analyser : la responsabilité limitée s'étend régulièrement, pour sortir du périmètre de compétence de ces professionnels, et il arrive que, faute de bagage médical spécifique, des erreurs de prise en charge soient – ou non – rattrapées, avec retard par les gynécologues-obstétriciens.

L'idée de création des professions intermédiaires ne répond qu'à l'appauvrissement organisé de l'offre de soins médicale, qui connaît aujourd'hui une situation de pénurie – qui devrait être corrigée dans les années à venir par le desserrage de l'accès aux études de médecine (suppression du numerus clausus, filières passerelles).

Une fois de plus, l'expérience des sages-femmes montrent que les professions intermédiaires ne seraient pas une solution aux déserts médicaux : celles-ci ne s'y installent pas, et reviennent en surabondance là où il n'y a pas de déficit... et où il y a des médecins.

La formation de ces professionnels s'exposerait enfin à l'écueil de leur apprentissage qui d'une part, est très consommateur de temps médical, déjà précieux, et d'autre part, diluerait les gestes réalisés par chacun (et expose donc au risque de pertes de compétences de tous : « on ne fait bien que ce qu'on fait tous les jours »).

Il s'agit donc, pour compenser une pénurie médicale organisée par des dizaines d'années de décisions politiques, de créer des sous-médecins « low cost ». Ce n'est pas l'intérêt de nos concitoyens.

APH s'étonne que ce projet ait été construit contre l'avis unanime des intersyndicales lors du Ségur, aboutissant actuellement à une coquille vide.

**APH est favorable à l'ouverture de passerelles entre les différentes filières de formation des professionnels de santé, permettant aux professionnels paramédicaux d'intégrer les études de médecine en cours de cursus.**

#### PROPOSITION APH

- Suppression de l'article

### CHAPITRE III : L'ATTRACTIVITE DU POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

APH s'étonne des articles 3 et 4 quand un travail parallèle est en cours entre les organisations syndicales et la DGOS pour simplifier le concours de PH et l'accès aux postes vacants « au fil de l'eau ».

La décision attribuée au seul directeur et non au binôme président de CME (PCME) – directeur d'établissement est contraire au principe de gouvernance médicalisée qui faisait consensus au Ségur.

La décision de création de postes de praticien hospitalier doit répondre à un besoin de soin de la population. L'évaluation des ressources médicales doit être faite avec méthode, comme proposé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) qui calcule les effectifs médicaux nécessaires pour apporter l'offre de soins en rapport avec le projet d'établissement pour le bassin de population du territoire. Ce calcul d'effectif doit être opposable au CNG et à l'ARS.

La gestion des postes de PH doit se faire établissement par établissement, et non GHT par GHT (la nomination du PH se fait sur un établissement et non sur un GHT), être lisible, centralisée par le CNG, et régulée par des instances régionales pour limiter la mise en concurrence des hôpitaux (dumping de plus en plus fréquent) et respecter la réponse aux besoins de soins du territoire.

Enfin, ces mesures ne répondent pas à l'ambition du chapitre « attractivité du poste de praticien hospitalier ». L'attractivité, c'est notamment :

- La reconnaissance de la réalité du travail des praticiens hospitaliers : temps de travail, reconnaissance du travail non-clinique, permanence des soins, rémunérations en rapport avec compétences, responsabilités et pénibilité
- Une gouvernance équilibrée, qui redonne du poids aux médecins dans les instances institutionnelles.

#### ANALYSE APH

##### PROPOSITION APH

- Suppression de l'article 3
- Amendement de l'article 4 :

« Art. L. 6143-6-1. – À compter de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, et pour une durée de trois ans, le directeur de l'établissement **et le président de CME support du groupement hospitalier de territoire, sur proposition conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement de l'établissement partie et après avis de la commission médicale de groupement après mise en évidence d'un besoin supplémentaire de personnel médical dans le cadre d'un projet de soin dans le territoire, peuvent décider seul conjointement de solliciter auprès du CNG la création de postes de praticien hospitalier.**

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à cette décision dans un délai d'un mois. »

## CHAPITRE IV : SIMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

### ARTICLE 5 : REHABILITATION DES SERVICES

APH est très favorable à cet article qui redéfinit l'unité fonctionnelle qu'est le service. La loi doit aller beaucoup plus loin dans cette évolution qui doit redonner une dynamique aux services, en rétablissant le chef de service dans son autorité fonctionnelle. La structuration en pôle devient facultative comme indiqué pendant le Ségur.

- Le chef de service doit être désigné par ses pairs, dans la mesure du possible via une élection, après définition d'un projet de service. Le principe de démocratie doit s'appliquer dans le service comme il s'applique dans les commissions médicales d'établissement et de GHT. Cette nomination par la voie démocratique assure une légitimité au chef de service pour mener à bien les missions cliniques et non cliniques de chacun, et donc un investissement de l'équipe médicale et paramédicale qui suivent l'orientation définie.
- L'encadrement paramédical doit être sous l'autorité du chef de service et non du chef de pôle ou de la direction des soins (en finir avec les organisations en silos / tuyaux d'orgues), afin de maintenir une cohérence de la notion d'équipe pluriprofessionnelle autour du projet de service en cohérence avec les besoins de soins du territoire.
- Un pré-requis de formation au management serait souhaitable pour les candidats à des responsabilités managériales. Au minimum, le chef de service doit pouvoir bénéficier d'une formation en management dès son élection, et dans la mesure du possible avant sa prise de fonction.
- Le chef de service doit être un praticien titulaire, idéalement à temps plein. Dans les CHU, le chef de service peut être indifféremment un praticien hospitalier ou un praticien hospitalier et enseignant. Une attention particulière doit être portée à la parité.
- Le service doit avoir un budget propre.

#### PROPOSITION APH

Amendement de l'article 5 rajouter :

Le chef de service est désigné par élection par ses pairs, après présentation d'un projet de service ; peuvent être candidats à l'élection tous les praticiens titulaires, universitaires ou non. Il doit avoir accès, entre son élection et sa prise de fonctions, à une formation managériale.

Le cadre de service est placé sous l'autorité fonctionnelle directe du chef de service.

Le chef de service dispose d'un budget propre pour son service.

### ARTICLE 6 CONCERNANT LA FUSION DES CME ET CSIRMT

#### ANALYSE APH

La CME est la seule instance collégiale pour les médecins. Même si son rôle s'est nettement dégradé depuis la loi HPST, ne devenant qu'une instance consultative, ses missions sont centrées sur la vie des professionnels médicaux à l'hôpital, de leur nomination à leurs conditions de travail : elles ne sont pas systématiquement communes avec celles de la CSIRMT. Enfin, cette mesure implique une commission avec un nombre d'intervenants incompatibles avec des discussions communes.

Sa fusion avec l'instance collégiale des paramédicaux ne peut être totale. De 2005 à 2010, un comité d'établissement permettait la réunion régulière des CME et CTE.

Cette fusion serait un signal supplémentaire de la démedicalisation de l'hôpital, totalement contraire au principe de sanctuarisation du rôle des médecins dans l'hôpital, et donc n'est pas une mesure d'attractivité mais une mesure répulsive pour les praticiens hospitaliers.

Par ailleurs, il était prévu dans Ma Santé 2022 la création d'un CSE qui permettrait d'intégrer les médecins au CHSCT de l'établissement et de traiter des questions de qualité de vie au travail : c'est dans cette instance que professionnels de santé médicaux et non-médicaux doivent se retrouver.

#### PROPOSITION APH

Amendement de l'article 6 :

« Art. L. 6146-10. – À compter de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, ~~et pour une durée de douze mois~~, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la commission médicale d'établissement peuvent être regroupées une fois par an ou dans le cas d'une situation **exceptionnelle, chaque commission continuant à suivre également son fonctionnement propre.** »

#### ARTICLE 7 : VACANCE DE LA DIRECTION D'UN ETABLISSEMENT

##### ANALYSE APH

Cet article valide le passage à une direction commune du GHT, chaque départ de directeur d'un établissement hors établissement support n'étant pas remplacé. Ceci est contraire à l'engagement pris lors de la création des GHT. Une direction commune va augmenter encore le fossé entre les professionnels de terrain et leur direction...

On est totalement à l'inverse de la médicalisation de la gouvernance, élément essentiel pour un fonctionnement efficace et bienveillant.

La co-direction du comité stratégique par PCMG et directeur a complètement disparu alors que cela avait été négocié et accepté lors de « Ma Santé 2022 ».

#### PROPOSITION APH

Suppression de l'article.

#### ARTICLE 8

Pas de commentaire

#### ARTICLE 9 : COMPOSITION DU DIRECTOIRE

APH s'étonne de la diminution de la place des médecins dans le directoire, qui est une instance de décision. C'est encore une fois contraire au principe de gouvernance équilibrée.

Les usagers siègent au conseil de surveillance.

#### PROPOSITION APH

Suppression de l'article.

## ARTICLE 10 CONCERNANT LE RECRUTEMENT DES PRATICIENS INTERIMAIRES.

### ANALYSE APH

Les praticiens, titulaires et intérimaires, ne sont pas responsables de la pénurie médicale. La flambée des tarifs des intérimaires, notamment à certaines dates de l'année, résultent de l'économie de marché liant l'offre à la demande. La lutte contre l'intérim médical ne peut se résumer à une chasse aux sorcières, encore moins avec la mise en place d'un système coercitif dans lequel l'intérimaire serait payé par un établissement conformément à la signature d'un contrat avec le directeur, et aurait à rembourser une partie de la somme sur simple dénonciation du contrat par le directeur a posteriori. Ce type de mesure s'est déjà soldé par un échec : cf. loi d'encadrement des tarifs de l'intérim médical (24 novembre 2017), qui non seulement n'ont pas été efficaces, mais ont valu un rappel à l'ordre de la Ministre des Solidarités et de la Santé de l'époque par l'Ordre des Médecins. Soit les deux parties doivent être sanctionnées, soit aucune ne doit l'être, et des solutions positives à la lutte contre l'intérim médical, et non coercitives, doivent être trouvées : c'est l'application des mesures d'attractivités proposées par nos organisations.

**APH s'interroge sur la portée du signal donné par les députés qui valideraient ainsi le principe qu'un directeur puisse se rétracter, selon son bon vouloir, sur une convention qu'il a signée une fois la mission réalisée par l'intérimaire alors qu'en toute connaissance de cause ce même directeur serait en contravention avec la loi sur le tarif d'une prestation qui n'est pas fixée de façon claire et loyale.**

### PROPOSITION APH

Suppression de l'article.

### PROPOS COMPLEMENTAIRES

Deux points complémentaires ont été évoqués lors de la réunion du 6 novembre

- La prise en compte dans la carrière – et donc dans l'ancienneté – des activités réalisées hors de l'union européenne, notamment pour les praticiens à vocation hospitalo-universitaire. Dans le cadre de la reconnaissance de l'ensemble des services rendus par les praticiens, APH est favorable à cette requête, et **demande que sur un principe d'équité l'intégration des années effectuées sur un poste de « praticien hospitalier provisoire » - indépendamment de la nomination au titre de praticien hospitalier – s'agissant également d'un service rendu, à l'hôpital public, par des jeunes praticiens.** Cette mesure de reprise d'ancienneté sur un principe d'équité entre les praticiens nous semble essentielle et devrait être inscrite dans la loi.
- La simplification annoncée par le Ségur avait acté la simplification des procédures d'accréditation pour les biologistes médicaux. APH s'étonne de l'absence de reprise de ce point-là dans la loi, et **demande qu'il y soit rajouté.**