



Notre système de santé va mal, l'hôpital va mal, ainsi que ses médecins

Difficultés pour trouver un médecin, dépassements d'honoraires, renoncement aux soins... les patients sont en colère et la santé s'est invitée dans le débat politique sans que les candidats l'aient vu venir. C'est plutôt rassurant, mais il y a urgence.

L'hôpital va mal, ainsi que ses personnels, y compris les médecins. T2A, codages, contrats d'objectifs et de moyens, plans de retour à l'équilibre et surtout management harceleur constituent les ingrédients du menu quotidien dans de nombreux établissements.

Trop souvent les médecins subissent sans rien dire, parfois se rebellent, mais de manière isolée et la technostructure médico-administrative sait éliminer les gêneurs en utilisant tous les moyens possibles, même s'il s'agit de briser des vies.

Cette situation est intolérable et ne peut plus durer. Nous vous proposons dans ce numéro un témoignage et un appel qui sont la preuve qu'il ne faut pas se taire, mais mettre sur la table tous ces problèmes pour ne pas rester seul.e.s.

C'est le rôle d'un syndicat de diffuser ces expressions afin d'ouvrir le débat, d'essayer



de développer des résistances et de proposer des alternatives en rassemblant le plus largement possible.

Ne pas baisser les bras, retrouver un sens à son travail et des valeurs collectives de solidarité constituent une des réponses pour que puissions redonner la santé à notre outil de travail qu'est l'hôpital.

*Dr Christophe Prudhomme
Collectif médecins*

Fédération CGT de la santé et de l'action sociale

SOMMAIRE

Témoignage : Comment une direction s'appuie sur un dysfonctionnement pour régler ses comptes **p.2**

Lettre ouverte concernant la santé aux candidats à l'élection présidentielle **p.3 à 6**

Les dernières mesures visant à améliorer l'attractivité du statut de praticien hospitalier **p.7**

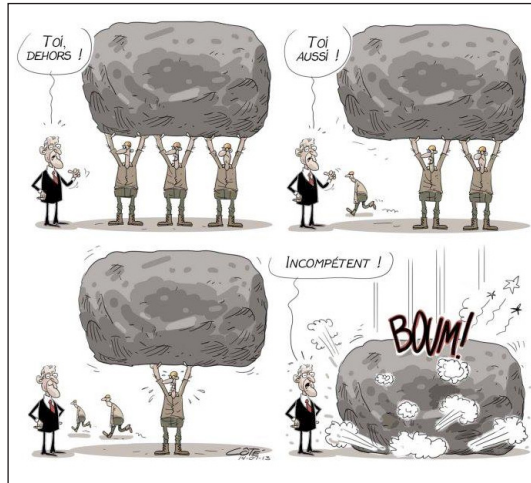
► Témoignage : Comment une direction s'appuie sur un dysfonctionnement pour régler ses comptes

Nathalie est une jeune femme brillante, cassante et ambitieuse. Elle est nommée chef d'un grand service. Son management s'appuie sur la division des équipes, rapportant des propos que certains auraient tenus sur d'autres pour alimenter sa stratégie de pouvoir. Quatre médecins, tous recrutés par elle, sont partis après deux à trois années de bons services. Le motif de leur départ était la mésentente avec Nathalie : deux seront arrêtés plusieurs mois pour *burn out*. Nous sommes dans un hôpital français, loin de la société Orange ou de la SNCF.

Cinq autres médecins du service, François, Paul et les autres ont alerté leur hiérarchie sur la souffrance au travail que traversaient leurs collègues. Les commissions *ad hoc* ont été saisies y compris celle qui se nomme « la commission de la vie hospitalière ». Ces commissions pleines d'empathie ont fait part de leur impuissance à régler un conflit managérial d'un service. Au contraire, leur sollicitation a conduit à une réaction destructrice de la part de la direction de l'hôpital.

Pour régler un conflit managérial, deux solutions : soit changer le manager, soit faire partir tous les mécontents.

La seconde solution est bien plus lucrative pour une direction qui dirige à coup de tableaux Excel, de réduction de la masse salariale. Une unité entière qui s'occupait de plus de 1 000 patients séropositifs pour le VIH est brutalement fermée, déstructurant totalement la prise en charge des malades dont un bon tiers fragilisés par la vie. Le SIDA ne rapporte plus à l'hôpital. Cette unité avait pourtant reçu de l'institution elle-même un trophée pour la qualité de ses liens avec la ville. Les consultations sont déficitaires et les malades ne sont plus hospitalisés. D'ailleurs, aucune structure privée ne soigne ces malades. « Ils n'ont qu'à aller en ville » répète le directeur, à côté des diabétiques et des hypertendus. Si en ville, ils n'ont pas accès à un soin de qualité, ce n'est pas la responsabilité de l'hôpital.



Mais alors qui est responsable ? L'Agence Régionale de Santé ?

Sollicitée sur le sujet, elle peine à frémir, préférant ne pas remuer la poussière, laissant les malades à leur sort. Rappelons au passage que le SIDA est une maladie contagieuse et que le traitement bien pris protège de la contamination. La prise en charge est donc un enjeu individuel et collectif.

Mais revenons à l'hôpital où exercent Nathalie, Paul, François et les autres. La machine à détruire des docteurs est lancée sur l'autel de la rentabilité. Les médecins sont déplacés d'un service à un autre, des convocations individuelles envoyées par la direction visent à faire pression pour que les médecins cherchent ailleurs un avenir « où ils seraient plus heureux ». La collusion pôle/direction est lancée, le chef de pôle médecin, devenu gestionnaire, crée la confusion de genre, le raisonnement ne repose que sur la rentabilité, la prise en charge des malades en pâti.

Le copinage dépasse l'intérêt général que tout fonctionnaire devrait porter dans ses gènes.

Les questions se succèdent : « qu'enseigne-t-on à Rennes à nos directeurs ? Pourquoi l'intérêt financier de l'hôpital va-t-il à l'encontre de l'intérêt général ? Pourquoi encore en 2017, le management repose-t-il sur la pression des agents et non leur épanouissement au travail comme enseigné partout ? Quel est le droit des patients d'avoir une information sur l'organisation de leurs soins ?

La vie à l'hôpital a toujours été le reflet de notre société. Un grand coup de rafraîchissement est nécessaire, en s'appuyant d'abord sur les valeurs des hommes et des femmes qui y travaillent, en écoutant leurs propositions pour améliorer la qualité des soins et leurs conditions d'exercice. Il est temps que la direction centralisée et descendante des hôpitaux soit remplacée par une mobilisation des soignant.e.s qui sont au plus proche des malades et connaissent le mieux leurs besoins.

Emmanuel

► Lettre ouverte concernant la santé aux candidats à l'élection présidentielle

Je suis praticien hospitalier, médecin réanimateur médical depuis près de dix ans dans un CHU parisien. Je m'exprime en tant que médecin citoyen et ne veux en rien impliquer le service ou j'exerce. J'ai décidé de vous écrire car il est temps, dans notre pays, que l'expérience de la société civile professionnelle soit entendue.

Les programmes concernant la santé sont d'un misérabilisme affligeant, reposant sur les mêmes thèmes ressassés depuis un quart de siècle avec soit des mesures cosmétiques marketing appâtant l'électeur potentiel (remboursement à 100 % des prothèses auditives...), soit des mesures drastiques (économies, économies...), soit des mesures inégalitaires et injustes (remboursements par les assurances privées et mutuelles) sans aucune idée novatrice ou autre perspective d'avenir.

Assez de ces discours inutiles. Nos citoyens ont besoin de vérités, de projets concrets et réalisables. Assez de promesses non tenues, les politiques doivent oublier « leurs accords entre amis », retourner à leur essence dans la « cité », c'est à dire être au service du citoyen et non l'inverse.

Ainsi je tiens à vous faire partager plusieurs de mes réflexions sur le domaine de la santé.

Notre Sécurité Sociale a été pensée, il y a plus de 70 ans dans un pays comptant 45 millions d'habitants ayant une espérance de vie de 65 ans tout au plus. En 2017, nous sommes 66 millions d'habitants avec une espérance de vie voisinant les 80 ans, des patients survivants à des pathologies jugées auparavant incurables, comme les cancers et les hémopathies en particulier, pouvant se succéder sur une vie, nécessitant des traitements souvent lourds, pouvant avoir des effets secondaires entraînant d'autres pathologies (« les maladies du 21e siècle ») nécessitant d'autres examens complémentaires et traitements, sans oublier l'augmentation des patients dépendants, l'ensemble révélant « des structures hospitalières » inadaptées.

Ainsi, notre système de protection sociale ne sera plus viable dans les années à venir si nous n'opérons pas une véritable révolution culturelle ou les deux parties, soignants et patients, doivent se mobiliser et se « réformer » afin de préserver notre « graal » social sous l'égide de nos politiques.

► **LA GRANDE RÉFORME DEVANT ÊTRE FINALISÉE AVANT LA FIN DU QUINQUENNAT EST CELLE DE LA NUMÉRISATION DU DOSSIER MÉDICAL** avec l'aboutissement du dossier médical partagé accessible à tous professionnels santé *via* des codes protégés, respectant le secret médical, s'appuyant sur un fichier national et la carte vitale. Celle-ci ne doit pas être seulement une « carte de paiement » mais il doit figurer sur sa puce les coordonnées des praticiens qui suivent le patient, son groupe sanguin, ses allergies en particulier médicamenteuses, son accord ou non aux dons d'organes, son calendrier vaccinal, ses antécédents, ses traitements au long cours, ses compte-rendus d'hospitalisation et d'examen.



L'accessibilité rapide de ces données est essentielle et primordiale pour une bonne prise en charge des patients, en particulier dans l'urgence aussi bien à l'hôpital que dans le camion du SAMU, mais également dans le cabinet d'un médecin généraliste

ou spécialiste. Ces informations devront être obligatoirement réactualisées à chaque hospitalisation et consultation, permettant par ailleurs de dépister le nomadisme médical et ses conséquences.

► **L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE NOUS IMPOSE UNE MÉDECINE INDUSTRIELLE DONT LE SYMBOLE EST CELUI DES URGENCES SURCHARGÉES.**

Ainsi, la prise en charge de certains patients en fin de vie, grabataires ou en soins palliatifs, doit être davantage assumée par des hospitalisations à domicile encadrées par des praticiens formés spécifiquement à cette tâche et développée en particulier dans les maisons de retraite de type

EHPAD. Les décès malheureusement inévitables peuvent se faire tout aussi bien en dehors du cadre hospitalier, dans un environnement humainement plus personnalisé, avec l'accord des familles.

La meilleure régulation des patients aux urgences passent aussi par une meilleure régulation de la part du SAMU et des pompiers dont l'objectif sera, dans les grandes agglomérations, de diriger si possible les malades dans le centre hospitalier référent ou ils sont habituellement suivis même si celui-ci est situé en dehors du site de l'intervention.

Les halls des services d'urgences ne doivent plus être des cabinets de ville. Ainsi dans le cadre de la numérisation, il faut y développer la télémédecine permettant la mise en relation d'un urgentiste avec l'un.e de ses confrères de ville généraliste ou spécialiste dans leur cabinet ou au domicile du patient *via* un smartphone, afin de juger la pertinence du transfert aux urgences.

Cette télémédecine devra être développée entre les CHU, le GH, les CH, les cabinets de ville et les centres de santé. Cette modernisation de la communication à l'échelle nationale (voir internationale) pourrait permettre une prise en charge des patients plus adaptée et précoce en évitant possiblement des transferts interhospitaliers inutiles.

▣ CE QUINQUENAT DOIT RÉHABILITER LA PRÉVENTION.

1979, première loi anti tabac. Depuis près de 40 ans, nous connaissons les conséquences du tabagisme : maladies cardiovasculaires, insuffisance respiratoire chronique et responsabilité directe dans différents cancers. Et pourtant, nous déplorons plus de 15 000 nouveaux cas par an de cancers pulmonaires directement liés au tabac.

Depuis 1984, nous connaissons les modes de transmission du HIV et pourtant nous déplorons 6 000 nouveaux cas par an.

Depuis 3 ans, il est constaté chaque hiver une augmentation des hospitalisations pour grippe contemporanément à une diminution du nombre de citoyens vaccinés.

Indéniablement, les différentes politiques de préventions demeurent des échecs et il est totalement éthiquement et politiquement irresponsable de légaliser le cannabis, pouvant être à l'origine d'AVC et multipliant par 5 le risque du cancer du poumon si la prise régulière est associée à un tabagisme.

L'adage « Mieux vaut prévenir que guérir » doit être la clé de voute de notre système de santé.

Ainsi, il nous faut repenser la prévention. Elle doit passer par l'Éducation nationale avec une sensibilisation des élèves dès l'école primaire, puis aux collèges et aux lycées, aux méfaits du tabac, de l'alcool, des substances dites « festives » et de la malbouffe, sans oublier la sensibilisation à la prévention des maladies transmissibles, sous forme de films, d'affichages dans les établissements, s'appuyant sur les témoignages de patients hospitalisés ou non et d'associations.

Cette prévention passe également par la médiatisation de spots explicatifs, voire *trash*, en particulier sur le net *via* les réseaux sociaux ou l'envoi de SMS, lors de la période vaccinale anti-grippale par exemple.

Notre liberté individuelle est acquise et doit être respectée mais pas au détriment de notre système de santé collectif.

La prévention c'est aussi l'acquisition par chaque citoyen des gestes basiques de la réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque, dans les établissements scolaires *via* la médecine scolaire (avec validation de cette acquisition lors du Bac), dans les entreprises *via* la médecine du travail ou lors de passage d'examen comme le permis de conduire.

La prévention, c'est aussi la réhabilitation de la médecine du travail, trop souvent négligée ces dernières années, dans les administrations et les entreprises, avec la reconnaissance des nouvelles pathologies du 21^e siècle telle la pénibilité de certaines professions, le *burn out* et le harcèlement moral. Cette prévention passe également par une meilleure qualité de vie au travail, avec une réduction du temps de travail hebdomadaire (il est illusoire de prétendre au plein emploi dans les conditions actuelles, il faut partager le travail et se dégager du despotisme de la croissance à tout prix. A quoi auront servi les Trente Glorieuses si elles sont suivies par les Quarante Malheureuses...) et également par un étalement des horaires (peut-on encore tolérer, dans les grandes agglomérations, l'entassement de corps humains dans les transports publics souvent inadaptés, durant les heures de pointe : le contact trop rapproché avec l'autre tend à s'en éloigner).

La prévention, c'est aussi l'évolution de la Loi Evin vers l'interdiction du sponsoring des manifestations sportives par les entreprises commercialisant les sodas et par les chaînes de fast-food, symboles de la malbouffe.

L'autre type de prévention à promouvoir est la sensibilisation des patients à l'observance de leur traitement et à la désensibilisation à l'automédication pouvant conduire à des conséquences parfois graves, comme la prise d'anti-inflammatoires dans les angines. Ainsi pour limiter cette dérive, les publicités pour les médicaments devront être interdites dans les médias. Il vaut mieux consulter que s'automédiquer.

Chacun.e de nous doit être sensibilisé.e à l'ensemble de ces préventions si nous voulons éviter de voir s'approcher des oiseaux de mauvais augure imposant différents barèmes de remboursement des soins, tenant compte des facteurs de risque évitables.

➤ **UNE MEILLEURE TRANSPARENCE SUR LA FABRICATION DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES DOIT ÊTRE APPORTÉE**, avec en particulier l'obligation d'afficher sur les boîtes le pourcentage du principe actif pour chaque comprimé par rapport à celui du médicament originel, ainsi que le potentiel allergique de certains excipients.

➤ **DURANT CE QUINQUENNAT, IL FAUDRA AUSSI EN FINIR AVEC LE DÉSAMANTAGE DES BÂTIMENTS PUBLICS ET PRIVÉS** en s'appuyant sur des audits.

➤ **LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DOIT TOUJOURS S'APPUYER SUR LES COTISATIONS PATRONALES ET SALARIALES MAIS AUSSI SUR LES REVENUS DU CAPITAL.**

Ainsi, les stock-options, les plus-values, sans oublier les contrats faramineux et indécents dans le domaine sportif et les médias devront être taxés. Les partis politiques ne doivent pas être exemptés et doivent participer à l'élan de solidarité. Ce mode de financement complémentaire doit être étendu au-delà de la France, à l'ensemble des pays de la Communauté Européenne afin de limiter la fuite des capitaux. Le capital n'est pas exempté de la solidarité. Personne n'est à l'abri de la maladie.

La répartition de ce financement doit s'appuyer sur l'activité des hôpitaux, des établissements à but non lucratif, des maisons de retraite et aider l'activité des médecins de ville, en particulier les généralistes.

➤ **LES DISCUSSIONS ET DÉBATS LORS DES CONFÉRENCES SUR LE CLIMAT (COP) NE DOIVENT PAS SEULEMENT SE LIMITER À L'ENVIRONNEMENT** mais aussi évoquer la gestion des antibiorésistances et de la surpopulation de notre planète.

Un touriste français sur deux ayant séjourné en Asie ou dans certains pays du pourtour méditerranéen peut contracter et être porteur pendant près d'un an de bactéries multirésistantes. Les apports d'antibiotiques dans les élevages ont les mêmes conséquences. La mondialisation n'est pas seulement macroéconomique, elle est aussi microscopique. Il est grand temps d'organiser une conférence internationale sensibilisant les pays à la bonne gestion des prescriptions des antibiotiques avant la survenue d'un fléau. Ainsi il ne faut pas seulement rechercher de nouvelles molécules dont les prescriptions inadaptées excessives aggraveraient ces résistances, mais il faut aussi relancer la production de certains antibiotiques jugés non rentables, mais pour lesquels des prescriptions adaptées permettraient pourtant de limiter l'antibiorésistance.

Il faut par ailleurs promouvoir les élevages bio limitant l'apport des antibiotiques au strict minimum nécessaire. La productivité ne doit pas se faire à n'importe quel prix.

En 1973, l'opinion mondiale est sensibilisée par la famine au Sahel. 1985, il existe un élan artistique international vis-à-vis de la famine en Ethiopie. En 2015, près d'un terrien sur 7 souffre de la faim. En 2050, la population mondiale comptera 10 milliards d'habitants. Combien souffriront de famine ? Devons-nous encore attendre une nouvelle catastrophe humanitaire et de nouveau verser des larmes de crocodile ? La surpopulation de notre planète est en danger et son sauvetage doit aussi passer par une conférence solidaire et internationale, respectant les ethnies et les cultures. La France, à la tête de l'Europe, doit initier cette démarche.

➤ **LA FORMATION DES FUTURS MÉDECINS MÉRITE ÉGALEMENT RÉFLEXION.** La population a besoin de praticiens de terrain soignant les malades dans leur globalité et pas seulement un enchevêtrement de maladies. Actuellement, nos universités « élitisent » trop les études médicales, au risque de faire passer les médecins à côté de leurs patients comme les politiques passent à côté des citoyens. Notre objectif est de soigner des femmes et des hommes et non « des souris de laboratoire ». La formation des futurs médecins généralistes et spécialistes doit être plus pratique et moins théorique, s'appuyant, dans la deuxième partie des études, sur le parrainage de médecins seniors hospitaliers non universitaires.

Les recherches fondamentales et cliniques doivent encore plus être promues, mais pas aux dépens de la formation de la très grande majorité des futurs praticiens qui exerceront demain sur le terrain.

La formation médicale continue ne doit pas être un « mirage dans le désert ». La médecine et son exercice évoluent perpétuellement. Ainsi, des réactualisations annuelles obligatoires et des formations doivent être proposées à chaque praticien selon sa spécialité sous l'égide des CHU.

D'autre part, nos facultés de médecine doivent s'ouvrir encore plus à d'autres approches médicales comme l'hypnose ou l'acupuncture dont l'exercice pourrait permettre de diminuer les prescriptions d'analgésiques en particulier.

➤ **L'HÔPITAL PUBLIC DOIT GARDER SA SPÉCIFICITÉ DE PRESTATAIRE DE SOINS DANS L'EXCELLENCE DES CONNAISSANCES** mais ne doit pas négliger son autre rôle, qui est celui de l'aide sociale auprès des patients les plus démunis. Il est choquant de voir conclure le compte-rendu d'hospitalisation d'un SDF par un... retour à domicile ! Où est la prise en charge sociale pouvant faire suite à cette hospitalisation ? A leur sortie, les services sociaux hospitaliers doivent initier l'amorce d'une réinsertion à ces patients, même si certains d'entre eux demeureront malheureusement toujours des marginaux. N'oublions pas : près d'un français sur 7 vit sous le seuil de pauvreté. Demain, cela peut être nous ! La prise en charge sociale



hospitalière est tout aussi importante que la prise en charge somatique.

Mais les conditions de travail dans nos hôpitaux se détériorent de plus en plus chaque année : sous effectifs de soignants, sureffectifs de patients, moins de lits d'hospitalisation et une gouvernance ne s'appuyant que sur la rentabilité.

L'hôpital ne doit pas être et ne sera jamais une entreprise.

Nous avons dans nos hôpitaux des équipes de soignants fantastiques, compétents, de bonne volonté, dévoués à leurs tâches, n'hésitant pas à faire des heures supplémentaires lors des moments de crises. A quoi servent les visites hypocrites des officiels si elles sont suivies par le mépris ? Il n'existe aucune considération pour les soignants de la part des tutelles, pour leurs risques d'épuisement, de burn

out, voire malheureusement de suicide. Il en va de même pour les médecins, qui, dans certaines spécialités peuvent cumuler jusqu'à 100 heures de présence par semaine gardes comprises, sans prise de repos de sécurité pourtant tout à fait légitime.

Il est urgent d'améliorer les conditions de travail des équipes paramédicales et médicales en augmentant et en adaptant leurs effectifs, en donnant des moyens techniques adaptés aux soins de nos patients du 21^e siècle.

Dr Jean-Luc Baudel



Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact me syndiquer



NOM : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone : Email :
 Etablissement (nom et adresse) :

Fédération Santé et Action Sociale - Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX - ufmic@santer.cgt.fr - Tél. : 01 55 82 87 57

Les dernières mesures visant à améliorer l'attractivité du statut de praticien hospitalier

1. Le temps additionnel de nuit (TTA) disparaît au profit d'un TTA uniquement de jour, mieux rémunéré. Par ailleurs, les astreintes dites « de sécurité » disparaissent au profit des astreintes dites « opérationnelles » mieux rémunérées.

2. Harmonisation des droits sociaux des PH contractuels et assistants spécialistes avec ceux des PH titulaires. Cette harmonisation concerne les droits à congés liés à l'état de santé (maladie, longue maladie, congé longue durée, accident ou maladie professionnels, grossesse).

3. Augmentation de l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif (IESPE).

L'IESPE concerne tous les PH temps plein, les PH temps partiel, les PH attachés temps plein, les Assistants Spécialistes temps plein. Par contrat, le praticien percevant l'IESPE s'engage à ne pas exercer d'activité libérale dans l'établissement dans lequel il est nommé. Pour les PH temps partiel et les PH attachés temps plein, cela sous-entend qu'ils s'engagent à n'exercer qu'en établissement public de santé. Cette prime est de 490,41 € mensuels. Depuis le 1^{er} janvier 2017, elle est passée à 700 € pour les praticiens justifiant, au cours de leur carrière, de manière continue ou non, d'un minimum de 15 ans d'IESPE. Cette mesure n'est donc pas égalitaire car elle ne profite pas à tous les praticiens. Cependant, notons qu'elle touche bien plus de praticiens que la création d'un 14^{ème} échelon. Bien entendu, le SNPHARE s'attachera à ce qu'elle soit étendue à tous les PH et assistants spécialistes concernés dans le futur.

4. Création d'une prime d'engagement de carrière hospitalière.

Cette prime se divise en deux volets :

❖ 10 000 € pour les spécialités en tension (seules l'Anesthésie-Réanimation et la Radiologie sont concernées à ce jour, mais la liste sera révisée annuellement).

❖ 20 000 € pour les praticiens recrutés sur un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est (ou risque d'être) insuffisante dans l'établissement.

Il est vrai que la définition de ce critère d'insuffisance d'offre de soins peut être librement interprété par les directions, mais rappelons que cette prime est financée par l'Etat, ce ne sont pas les directions qui trancheront mais les Agences Régionales de Santé. Les Commissions Régionales Paritaires en particulier, dont font partie les organisations syndicales, auront ici un rôle crucial à jouer.

Les deux volets sont cumulables. Le versement de la prime se fait en deux fois, chaque versement représentant la moitié du montant total.

Sont concernés les praticiens recrutés comme PH contractuel ou Assistant Spécialiste. Si c'est votre cas et que vous souhaitez bénéficier de cette prime, vous devez demander à signer une convention d'engagement de carrière hospitalière par laquelle vous vous engagez à passer le concours de PH et, une fois titularisé(e), à travailler au moins 3 ans dans un établissement public de santé. Si au bout de ces 3 ans (l'année PH probatoire compte dans ces 3 ans) vous souhaitez rester PH, vous pouvez signer un avenant pour 3 ans supplémentaires et vous bénéficierez alors d'un avancement de deux ans, soit d'un échelon (donc pour 8 ans vous serez échelon 7 au lieu de 6). Pour celles et ceux ayant passé le concours de PH cette année, vous pouvez prétendre à la prime, à condition de ne pas avoir postulé avant la parution du texte. En revanche, pas de rétroactivité pour celles et ceux ayant passé le concours de PH, les années précédentes.

5. Création d'une prime d'exercice territorial pour les praticiens exerçant sur plusieurs sites qui doivent être distants d'au moins 20 kms par rapport au site d'exercice principal.

Le montant est fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site d'exercice principal. Malheureusement, cette mesure est imparfaite, car plus vous passez de demi-journées hors de votre site principal, moins elle est intéressante.

❖ 1 demi-journée/semaine : 250 €

❖ 2 à 3 demi-journées : 450 €

❖ 4 demi-journées : 700 €

❖ 4 demi-journées ou plus, sur au moins deux sites différents du site principal : 1 000 €