



**Projet du SNPHARE
pour l'amélioration
des conditions de travail
des médecins
à l'hôpital public**

Février 2019

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
MÉTHODOLOGIE	3
1 - MÉDECIN HOSPITALIER : DÉMOGRAPHIE, MÉTIER ET STATUT	5
1.1 - Démographie et temps de travail des médecins hospitaliers	5
1.2 - Salaires et régimes indemnitaires	9
1.3 - Statut	10
2 - FORMATION INITIALE SPÉCIALISÉE ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU	14
3 - COOPÉRATION MÉDICALE ET MAILLAGE HOSPITALIER : LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE	16
3.1 - Gouvernance interne des GHT	16
3.2 - Le PH au sein du GHT	17
4 - SANTÉ AU TRAVAIL, REPRÉSENTATIVITÉ SYNDICALE, GOUVERNANCE ET CONTRE-POUVOIR	19
4.1 - Santé au travail	19
4.2 - Représentativité syndicale, gouvernance et contre-pouvoir	20
5 - L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION	21
5.1 - Le métier	21
5.2 - Réanimations, USI, USC	22
5.3 - Ambulatoire	23
CONCLUSION	24

PRÉAMBULE

L'exercice de la médecine en France est aujourd'hui soumis aux règles européennes déclinées dans le droit national. À l'image de la société, le métier de Praticien Hospitalier (PH) est en constante évolution. Celle-ci est partie intégrante d'un processus naturel. Des transformations subies et à pas forcés, en revanche, seraient une absurdité, particulièrement en absence de consultations des premiers intéressés. C'est aux PH de donner l'impulsion et d'avoir la main sur ce que doit être leur métier aujourd'hui et demain.

Le SNPHARE, syndicat national représentatif des médecins hospitaliers seniors quelle que soit leur spécialité, doit défendre les intérêts de ces derniers et, au-delà le service public hospitalier en fidélisant les médecins qui souhaitent y participer. Le SNPHARE conçoit son rôle comme une force de propositions, auprès des tutelles.

C'est dans cet objectif que, depuis plusieurs mois, une réflexion a été menée au sein du syndicat, pour proposer au métier de Praticien Hospitalier une évolution.

Ce développement repose sur son organisation, ses contraintes, ses impératifs, qu'ils soient présents ou à venir : une démarche avec du sens pour les praticiens non basée sur les seuls soucis d'optimisation, de rentabilité ou encore d'efficience.

Une évolution qui doit permettre aux PH d'exercer au mieux leur métier de soignant, tout en conciliant vie professionnelle et vie privée, dans l'intérêt non seulement des praticiens eux-mêmes mais aussi des patients et de l'Hôpital Public.

Ce document est le fruit de cette réflexion et la vitrine des propositions du SNPHARE pour les années à venir.

MÉTHODOLOGIE

Le Conseil d'Administration (CA) du SNPHARE a décidé de travailler sur les dix thèmes les suivants :

1 - LE TRAVAIL DU MEDECIN HOSPITALIER

Durée (quotidienne/hebdomadaire/mensuelle/quadrimestre/annuelle).

Répercussions sur les conditions de travail (intensification, travail posté, extension des horaires...).

2 - LES ACTIVITES RÉGLEMENTÉES EN ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Unités de Soins Continus/Unités de Soins Intensifs/Réanimations / Unités ambulatoires.

3 - LA CONTINUITÉ ET LA PERMANENCE DU SAVOIR

Formation initiale, réforme du 3^e cycle, développement professionnel continu.

4 - AMÉNAGEMENTS DES FINS DE CARRIÈRE

Fin de carrière, passerelles, cumul emploi-retraite, retraite progressive, caisse complémentaire.

5 - ÉQUILIBRE DÉMOGRAPHIQUE ET FORMATION INITIALE SPÉCIALISÉE

6 - ÉVOLUTION DU MÉTIER D'ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

Glissement de tâches/transfert de compétence/délégation de responsabilité/T2A en anesthésie et en réanimation.

7 - EXERCICE MÉDICAL EN EUROPE

Reconnaissance des diplômes/conditions de travail

8 - VIE MÉDICALE DANS NOS HÔPITAUX

CHSCT/ Représentativité institutionnelle et syndicale/ Gouvernance interne et contre-pouvoir/ Santé au travail

9 - COOPÉRATION MÉDICALE ET MAILLAGE HOSPITALIER (GHT)

10 – LE STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER

Spécialités médicales à permanence des soins / régimes indemnitaires du praticien hospitalier.

Ces dix thèmes ont été étudiés par les administrateurs et déclinés selon un même plan :

- Faire l'état des lieux de la situation actuelle**
- Faire des propositions pour l'avenir**

Puis l'ensemble des membres du CA enrichissait ou amendait le document présenté pour finalement valider une version définitive. Une « fiche action » était également élaborée afin de cibler les actions immédiates à mener par le SNPHARE.

1. MÉDECIN HOSPITALIER : DÉMOGRAPHIE, MÉTIER ET STATUT

1.1 Démographie et temps de travail des médecins hospitaliers

Le « trou démographique » médical que nous constatons actuellement est multifactoriel. Il coexiste avec une demande de soins accrue qui puise sa source dans deux phénomènes : le vieillissement de la population et le progrès médical.

Conséquences : intensification du travail, mutualisation des moyens (travail sur plusieurs sites, GHT), intérim médical, seniorisation des internes, primes d'attractivité, création de postes de praticiens cliniciens, cumul emploi-retraite, plutôt des pansements sur une jambe de bois. Par ailleurs, la pénurie médicale actuelle a contribué à l'accueil de praticiens étrangers qui représentent désormais 11% des médecins.

L'équilibre démographique n'est pas attendu avant 2040, il est donc impératif de chercher des solutions dès maintenant sous peine de voir les praticiens perdre pied à force de colmater les brèches et éteindre les incendies qui se multiplient dans les hôpitaux publics.

De plus, le métier de médecin hospitalier évolue. Là où le bât blesse, c'est qu'il se transforme non pas avec les médecins mais malgré eux. Cette évolution à marche forcée est source de souffrance au travail et participe grandement au manque d'attractivité actuelle des carrières médicales hospitalières.

Si cette dernière a déjà l'objet de propositions par le Ministère dans le passé, un constat s'impose : toutes les annonces faites sont soit insuffisantes soit non appliquées voire les deux.

C'est donc dans l'urgence qu'il nous faut agir sur un problème pourtant connu de longue date désormais, ceci sous peine de voir les médecins continuer à fuir l'Hôpital Public qui est le seul garant d'une égalité d'accès aux soins.

En France, le temps de travail est de 35 heures hebdomadaires quand les praticiens hospitaliers exercent pendant presque le double chaque semaine. Ils dépassent la législation européenne (48 heures maximum hebdomadaires), notamment dans certaines spécialités médicales ou chirurgicales. Une adaptation du temps de travail

doit être appliquée, aux exigences de la vie moderne, pour éviter de voir les médecins quitter l'hôpital public.

La permanence des soins, réalisée le plus souvent sous forme d'astreinte, prend en compte actuellement 3 temps : le temps d'attente, à disposition de l'employeur (forfait de 43 euros), le temps de trajet de 60 min pour l'aller-retour, le temps de travail proprement dit inclus dans les obligations de service ou dans le TTA, selon le contrat passé avec l'administration.

La télémédecine, dont l'indemnisation des actes est autorisée à l'hôpital public depuis le 15 septembre 2018, permettra à terme de faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous-denses en offre de soins. Elle favorise le partage d'informations et d'avis entre professionnels de santé pour un même patient. On distingue la téléconsultation (consultation à distance entre le médecin et le patient) et la télé-expertise (expertise d'un médecin spécialisé ou compétent, sollicitée par un médecin, sur la base d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient non présent).

Proposition n°1

Création d'une commission étudiant les causes de la fuite des médecins de l'hôpital public.

Proposition n°2

Chaque praticien doit pouvoir choisir annuellement le mode de décompte de son temps de travail (en heures ou en demi-journées -DJ).

Proposition n°3

Un décompte du temps de travail en heures pour les spécialités à fortes contraintes de permanence des soins et/ou les spécialités avec travail posté sur un plateau technique (le décompte en DJ serait alors dérogatoire).

Proposition n°4

Simplification des démarches pour pouvoir bénéficier d'un décompte horaire du temps de travail.

Proposition n°5

Le temps de travail du praticien hospitalier doit respecter la Directive Européenne sur le Temps de Travail : 48 heures maximum, lissées sur un quadrimestre, quel que soit le mode de décompte du temps de travail. Or la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016, dite loi El Khomri, autorise une durée de temps de travail maximale de 44 heures lissées sur 12 semaines.

Proposition n°6

Les obligations de service statutaires doivent être fixées à 40 heures de travail hebdomadaire, quel que soit le mode décompte du temps de travail, réparties sur huit demi-journées. Le temps de travail doit être lissé sur 7 jours, afin de limiter des excès de travail hebdomadaire délétères à la santé du praticien. Cette proposition intègre la directive européenne (48 heures maximum, lissées sur 16 semaines), le code du travail dont ne dépendent pas les praticiens hospitaliers (44 heures maximum, lissées sur 12 semaines) et l'arrêt du Conseil d'Etat, 5ème et 6ème chambre (n° 398069 du 4 avril 2018).

Proposition n°7

Le temps de travail additionnel doit être déclenché dès que le seuil des obligations de service est atteint.

Proposition n°8

Lorsque le décompte du temps de travail est en demi-journée, 24h de travail continu doivent être créditées de 5 DJ et la période de nuit de 3 DJ. L'effectif-cible des équipes devra par ailleurs en tenir compte.

Proposition n°9

Le travail non clinique doit être pris en compte voire sacralisé à hauteur de 20% ou 2 DJ par semaine (non contractuel sauf pour des activités extrahospitalières).

Proposition n°10

Le travail nocturne inhérent à la permanence des soins, doit être limité, compte tenu de sa pénibilité et de son effet néfaste sur la santé des travailleurs. La permanence des soins sur place doit être réalisée sur la base du volontariat et après avis du médecin du travail. Pour tout praticien, un compte pénibilité sur lequel est inscrit la permanence des soins réalisée au fil des ans, doit être ouvert par le Directeur d'établissement, afin de permettre un départ anticipé à la retraite.

Proposition n°11

Lorsqu'il n'est pas possible de garantir un temps de repos après 6 heures de travail (travail posté, permanence des soins), les temps de pause non pris doivent être comptés, cumulés et reportés sur un compte de « crédit temps ».

Proposition n°12

Le temps d'astreinte, étant un temps mis à disposition de l'employeur, doit être considéré en totalité comme du temps de travail effectif, inclus dans les obligations de service, conformé-

ment à la directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003, confirmée par la Cour de Justice de la Communauté Européenne, n° C-518/15, Arrêt de la Cour, en date du 21 février 2018. La forfaitisation des astreintes doit être supprimée.

Proposition n°13

Organisation obligatoire du repos quotidien, même pour les petites équipes (dimensionnement suffisant de l'équipe, activités non cliniques si nécessaire le lendemain). Si difficulté d'organisation, cumul des repos quotidiens qui doivent être pris tous les quadrimestres, en accord avec l'intéressé(e).

Proposition n°14

La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) doit statuer sur la compatibilité du travail en astreinte des praticiens, pour ce type de permanence des soins, pour respecter la sécurité des patients et celle des médecins.

Proposition n°15

Application du droit communautaire (arrêt de la CJUE du 21 février 2018 qui précise que tout le temps d'astreinte doit être considéré comme du temps de travail). Une journée de récupération pour deux astreintes non déplacées et une indemnisation sur la base d'une demi-garde sur place.

Proposition n°16

Suppression de la notion d'astreintes forfaitisées. Toute forme de permanence des soins doit être intégrée aux obligations de service.

Proposition n°17

Temps de travail à domicile et à l'hôpital dans le cadre de la télé-médecine doivent être comptabilisés et inclus dans les obligations de service.

Proposition n°18

Création d'unités de télé-médecine financées comprenant matériel et personnel formé pour une meilleure coordination dans chaque secteur (radiologie, ambulatoire, pathologies chroniques...)

Proposition n°19

L'accès en télé-expertise doit être possible depuis le domicile pour tout médecin hospitalier d'astreinte. Un acte de télé-expertise doit être indemnisé à la hauteur d'un déplacement en astreinte.

Proposition n°20

Mise en place de comités de suivi et résolution d'évènements indésirables possibles en lien avec la télé-médecine.

1.2 Salaires et régimes indemnitaires

Longtemps tabou chez les médecins hospitaliers, les revendications salariales et indemnitaires doivent sortir de l'ornière. Contrainte forte de la permanence des soins, journées à rallonge, des émoluments en début de carrière correspondant aujourd'hui à 2,8 SMIC contre 4 SMIC en 1984, autant de raisons pour le SNPHARE de briser le tabou de la rémunération des praticiens hospitaliers.

Proposition n°21

Du fait de la démographie médicale, il est difficile actuellement de donner pour temps de travail aux praticiens hospitaliers, 39 heures hebdomadaires et 20 jours de RTT de façon généralisée. Le SNPHARE propose que les émoluments actuels correspondent, de façon affichée, à une durée de temps de travail hebdomadaire dorénavant de 40 heures avec 20 jours de RTT dans un premier temps, pour atteindre les 39 heures avec 20 jours de RTT à terme.

Proposition n°22

L'indemnité de sujétion, pour la permanence des soins réalisée sur place, par tout personnel hospitalier ou hospitalo-universitaire, doit être unique, et portée à 479,64 euros bruts pour 12 heures, en 2019, puisque les contraintes sont les mêmes quels que soient les personnels.

Proposition n°23

Le temps de travail additionnel doit être compté à partir de 40 heures de travail hebdomadaire, lissées sur 7 jours (cf. l'arrêt du Conseil d'État, 5e et 6e chambre -n° 398069, 4 avril 2018) et valorisé au tarif de 650 € nets (en 2019).

Proposition n°24

Il faut développer l'intérim interne, au même tarif que l'intérim externe, afin d'offrir aux malades, les services d'un médecin qui connaît les règles et les habitudes de prise en charge optimale des patients de cet hôpital.

Proposition n°25

Une réécriture de l'arrêté du 30 avril 2003 est nécessaire aujourd'hui, afin de rendre plus lisibles les dispositions concernant la permanence des soins, et notamment l'astreinte dont la Cour de Justice de la Communauté Européenne (arrêt de la Cour n+ C-518/15 en date du 21 février 2018) a précisé que tout le temps d'astreinte était du temps de travail. À l'heure où une réflexion a été engagée par la CNAM sur la télémédecine, le SNPHARE

propose une indemnité de 30 euros par appel, lorsque le praticien ne se déplace pas, au cours de l'astreinte.

Proposition n°26

La prime d'engagement de carrière hospitalière, attribuée de façon arbitraire, devrait être remplacée par la disparition des 5 premiers échelons de la grille salariale des praticiens hospitaliers.

Proposition n°27

La prime d'exercice territorial doit être revue pour valoriser l'exercice en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) qui n'est guère attractive, à l'heure des déserts médicaux, dans certains territoires.

Proposition n°28

L'indemnité d'engagement de service public exclusif doit toucher l'ensemble des praticiens, dès la signature du premier contrat. Cette indemnité doit être augmentée tous les 3 ans à la signature d'un nouveau contrat pour atteindre 12 000 euros par an.

Proposition n°29

L'idéal serait d'utiliser ses jours épargnés sur le CET en temps de repos. Malheureusement, la démographie médicale ne le permet pas toujours. C'est pourquoi une revalorisation de l'indemnisation des jours de CET suivant l'évolution de l'indice des prix à la consommation est nécessaire.

1.3 Statut

Créé il y a plus de 30 ans, le statut de PH tel qu'il existe en 2019, même s'il reste indissociable du métier de PH, semble ne plus répondre à la fois aux exigences du métier et aux attentes des praticiens, en particulier les plus jeunes.

Il doit cependant rester un socle commun d'activités cliniques et de permanence des soins, sur lequel s'articulent des contrats valorisant la spécificité de l'exercice du médecin hospitalier (transmission du savoir médical aux plus jeunes, la recherche clinique mais aussi les missions institutionnelles par exemple).

La multiplicité des « sous-statuts » au sein d'un statut qui se veut unique doit être lissée voire disparaître.

L'évolution du statut de PH doit se faire dans le cadre de mesures d'attractivité qui

doivent être offertes à toutes les générations de praticiens hospitaliers.

C'est pourquoi le SNPHARE reste attaché au statut (même si celui-ci doit évoluer) et ne voit pas dans la contractualisation, un mode d'exercice d'avenir allant dans l'intérêt des médecins de l'Hôpital Public.

Proposition n°30

Rappel de l'indépendance professionnelle du médecin (art. R 4127-5 du CSP notamment)

Proposition n°31

Un statut unique déclinée en fonction de la quotité de travail (temps plein ou temps partiel) avec uniformisation de la couverture sociale. Il doit être appliqué à tous les médecins du travail hospitaliers.

Proposition n°32

Travail de nuit facultatif au-delà de 55 ans, sur la base du volontariat.

Proposition n°33

Révision du régime indemnitaire pour les médecins investis dans les GHT : 250 € par demi-journée hebdomadaire effectuée en dehors de son établissement d'origine avec gain d'échelon supplémentaire.

Proposition n°34

Contrat de médecin remplaçant pour diminuer le recours à l'intérim, dès les 4/5e du cursus d'interne réalisé et en attendant la phase de consolidation, avec gain d'échelons si carrière hospitalière ultérieure. Un contrat peut être proposé aux PH en poste, sur leur temps non clinique.

Proposition n°35

En cas de mise à disposition, la convention auprès d'un autre établissement de santé est conclue pour une période de 12 mois, renouvelable.

Proposition n°36

La mise en recherche d'affectation doit être de droit et de durée double, pour permettre une reconversion en absence de poste adapté à l'état de santé du praticien.

Proposition n°37

Sollicitation obligatoire du CNG pour les suspensions qui relèvent du directeur d'établissement. Les suspensions ne doivent pas excéder 6 mois avant toute décision du centre national de gestion (CNG).

Proposition n°38

Définir de nouveaux indicateurs de suivi d'activités intégrant la qualité des soins et le bien-être au travail plutôt que les seuls critères de productivité.

Proposition n°39

Respect de la réglementation en cours (formation continue, contrat de temps additionnel).

Proposition n°40

Revoir la grille de rémunération figée depuis 2010 : recrutement au 6^{ème} échelon actuel avec une carrière en 8 échelons étalée sur 24 ans (1^{er} échelon – correspondant à l'ancien 6^{ème} échelon – 2 ans, 2^{ème} échelon : 2 ans, 3^{ème} échelon : 2 ans, 4^{ème} échelon : 3 ans, 5^{ème} échelon : 4 ans, 6^{ème} échelon : 5 ans, 7^{ème} échelon : 6 ans). À l'âge de 60 ans, le praticien atteint un échelon supplémentaire de droit sans condition d'ancienneté dans l'échelon précédent.

Proposition n°41

Les praticiens hospitaliers avec un cursus de 2 ans d'assistant ou de praticien hospitalier contractuel, recrutés dans l'établissement où ils ont effectué leur post-internat, sont dispensés d'année probatoire.

Proposition n°42

Le praticien hospitalier en période probatoire ou nommé ne peut pas percevoir d'émoluments inférieurs à ceux qu'il percevait en tant que praticien hospitalier contractuel ou comme assistant.

Proposition n°43

La variabilité de la carrière doit être évoquée dès le début de carrière, sur un profil de poste, à partir d'un projet personnel et à travers des entretiens individuels annuels.

Proposition n°44

Un entretien annuel doit permettre d'offrir au praticien le développement de ses projets professionnels, s'intégrant à un projet de service. Cet entretien permet au praticien de faire évoluer ses projets et au responsable de structure de vérifier l'adéquation entre projet personnel et projet de service.

Proposition n°45

Santé au travail (constitution d'un dossier médical en santé au travail conformément à l'art L. 4624-2 du Code du travail, prévoyance payée par l'hôpital et le salarié, fiche de poste avec évaluation des RPS, véritable représentation médicale au CHSCT, curriculum laboris pour reconnaissance de la pénibilité).

Proposition n°46

Aménagement des fins de carrières, à partir de 55 ans (instauration de passerelles – activités médicales autres, expertise, management, enseignement, syndicat, ARS, ABM... - retraite progressive, cumul emploi-retraite sur maintien d'un exercice à temps partiel de PH 4ème échelon + 10 %, indemnité de départ à la retraite, utilisation du CET pour diminuer son temps de travail à salaire constant).

Proposition n°47

La pénibilité du travail nocturne doit être prise en compte dans le calcul de la retraite : tout médecin ayant participé à la permanence des soins devrait pouvoir faire valoir ses droits à la retraite plus tôt.

Proposition n°48

Un exercice mixte public/privé doit pouvoir être mis en place avec une quotité de travail hospitalier d'au moins 4 demi-journées (ou 16 heures) hebdomadaires.

2. FORMATION INITIALE SPÉCIALISÉE ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

La rentrée universitaire 2017 a vu arriver la réforme du 3^e cycle des études médicales (R3C). Ce dernier est désormais décliné en 3 parties : la phase socle, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation.

Cette réforme a provoqué énormément de remous au sein de toutes les spécialités et beaucoup reste à faire quant à sa mise en place détaillée.

Défendre les praticiens hospitaliers, c'est aussi défendre leurs spécialités et faire en sorte que les futurs collègues avec lesquels nous serons amenés à travailler, bénéficient de la meilleure formation, au sein de cette R3C d'ores et déjà validée par les hautes instances.

Obligatoire pour tout médecin, le DPC se trouve au carrefour de la formation et de l'évaluation. Il constitue à ce titre un enjeu majeur dans la carrière médicale. C'est pour cela que, malgré les dires de certains, le SNPHARE estime avoir son mot à dire concernant la formation des médecins hospitaliers.

Malgré la création en 2016 de l'Agence Nationale du DPC, beaucoup reste à faire pour clarifier le fonctionnement, le financement et l'accessibilité du DPC. En effet, ce dernier reste très flou voire illisible et les moyens qui lui sont attribués, semblent insuffisants au regard de l'enjeu que représente l'obligation de formation des médecins.

La recertification est un thème auquel le SNPHARE reste attaché. Le Conseil National Professionnel doit jouer un rôle prépondérant dans la recertification. La formation continue doit être obligatoire, d'une durée annuelle de 15 à 30 jours. Un financement doit être alloué à chaque médecin. Temps et budget doivent être sacrifiés pour la formation continue.

Proposition n°49

Promouvoir et développer des outils pédagogiques en adéquation avec les moyens à disposition (simulation haute-fidélité, *e-learning*...).

Proposition n°50

Encourager la rédaction de référentiels-métier déclinés par spécialité.

Proposition n°51

Formalisation de la validation du passage d'une phase à l'autre.

Proposition n°52

Création d'un cadre légal indispensable concernant les internes en phase de consolidation avec définition de l'autonomie et de la supervision

Proposition n°53

Obligation pour les services d'assurer la formation médicale continue de tous les PH (utilisation des 15 à 30 jours de FMC) et un financement de 1 500 € par an et par médecin.

Proposition n°54

Simplifier le processus DPC sur les cinq étapes du parcours DPC du PH (inscription, suivi et évaluation, attestation de validation, prise en charge, contrôle de l'obligation DPC).

Proposition n°55

Personnalisation des modalités du DPC en fonction de la spécialité et du mode d'exercice.

Proposition n°56

Le budget DPC d'un EPS doit être transparent. Les refus de financement doivent être argumentés avec remontée vers les instances ordinales et les Conseils Nationaux Professionnels.

Proposition n°57

Exiger un rapport annuel concernant les évaluations des organismes formateurs.

Proposition n°58

Le DPC doit être décompté dans le temps des obligations de service.

Proposition n°59

Articuler la formation des praticiens au sein des GHT via la mutualisation de certains parcours DPC quand cela est possible et pertinent.

3. COOPÉRATION MÉDICALE ET MAILLAGE HOSPITALIER : LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

La création des « groupements hospitaliers de territoire », les GHT, (article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) s'inscrit dans la logique : du parcours patient, de la gradation des soins, d'une offre de proximité de référence de recours, d'une égalité d'accès pour tous, à des soins sécurisés de qualité, des problèmes de démographie médicale et de la dette sociale de l'Etat.

La création des GHT, selon l'état d'avancement des projets locaux, a déjà ou va profondément modifier les conditions d'exercice des praticiens ainsi que le fonctionnement de chacun des établissements publics de santé concernés.

Il nous faut donc être particulièrement vigilants sur leur mise en place et leur fonctionnement afin qu'il n'y ait pas d'impact négatif sur l'exercice des praticiens ou que celui-ci soit acceptable par ces derniers.

Le sujet est extrêmement vaste, aussi le SNPHARE a-t-il décidé de décliner ses propositions en plusieurs parties.

3.1 Gouvernance interne des GHT

Proposition n°60

Maintien des institutions représentatives de chaque établissement.

Proposition n°61

Élection d'une CME de GHT sur le modèle des AP (Paris, Marseille) et des Hospices Civils de Lyon.

Proposition n°62

Le comité stratégique doit être élu et non nommé.

Proposition n°63

Le conseil de suivi de GHT doit être élu et non nommé.

Proposition n°64

Création d'un pôle inter-établissement après adoption par les équipes concernées.

Proposition n°65

Rédaction du projet de pôle par les équipes constitutives de celui-ci.

Proposition n°66

Le responsable du pôle inter-établissement doit être élu et non nommé pour un mandat de 4 ans, renouvelable.

Proposition n°67

Création d'un bureau inter-pôle.

3.2 Le PH au sein du GHT

Proposition n°68

Le volontariat est la règle pour tous les postes partagés. Aucune contrainte ne peut être exercée sur le praticien, s'il n'est pas candidat, notamment pour les statuts temporaires.

Proposition n°69

Définition du temps partagé entre chaque établissement et en quotité de temps avec un minimum de 50 % dans l'établissement d'affectation, précisée sur un contrat entre le praticien et l'administration.

Proposition n°70

Le CNG se charge : de la publication permanente des postes, des nominations pour les mutations, de prononcer les recherches d'affectation, après avis de la Commission Régionale Paritaire.

Proposition n°71

En cas de vacance ou suppression de poste, la nomination doit se faire en priorité au sein du GHT avant publication au tour national.

Proposition n°72

De nouvelles fiches de poste doivent être élaborées par les équipes puis être validées au niveau du pôle.

Proposition n°73

L'Agence Régionale de Santé se charge : de publier les fiches de poste avec contrôle par la CRP, des nominations internes après avis de la CRP.

Proposition n°74

Création au sein de chaque GHT d'une cellule Gestion des Ressources Humaines, type « commission de vie hospita-

lière » avec représentation paritaire CME-Direction-syndicats de praticiens ; cette cellule et son rôle doivent être définis par un décret avec composition, attributions obligatoires (passage obligatoire en cas de mutation interne GHT, en cas de mobilité, en cas de conflit).

Proposition n°75

Rôle accru de médiation des CRP, lors de conflit au sein des GHT réglementé par décret

4. SANTÉ AU TRAVAIL, REPRÉSENTATIVITÉ SYNDICALE, GOUVERNANCE ET CONTRE-POUVOIR

La Commission Médicale d'Établissement (CME), instance représentative des médecins à l'hôpital n'est que consultative et n'a aucune compétence pour débattre du volet social des PH. Se pose de facto, la question de la représentativité et des moyens syndicaux pour les médecins hospitaliers, pour laquelle les pouvoirs publics ont, trop de fois, botté en touche.

Si certaines choses semblent aller dans le bon sens comme la Stratégie Nationale de Qualité de Vie au Travail (SNQVT), il reste encore beaucoup à faire dans le domaine social concernant les médecins hospitaliers.

Actuellement, les outils de contre-pouvoir aux directions hospitalières sont insuffisants et le peu qui existe est mal utilisé.

4.1 Santé au travail

Proposition n°76

Allouer les moyens d'une santé au travail renforcée avec obligation de résultats sur des indicateurs intégrés au bilan social de l'établissement : pourcentage de visite en santé au travail, absentéisme, *turn-over* mesuré, taux de vacance de postes, temps de travail additionnel.

Proposition n°77

Constitution d'un dossier médical en santé au travail conformément à l'art. L. 4624-2 du Code du travail avec fiche de poste comprenant une évaluation des risques psycho-sociaux.

Proposition n°78

Création d'une commission Qualité de Vie au Travail obligatoire, sous-commission de la CME, dont le président et le VP sont élus par les membres de la CME, les autres membres (à parité) sont élus parmi l'ensemble des médecins.

Proposition n°79

Statut de praticien hospitalier pour les médecins du travail permettant d'être indépendants de la direction. Promotion de l'Observatoire de la Souffrance au Travail (OSAT) auprès des praticiens hospitaliers : <http://osat.aph-france.fr>

Proposition n°80

Promotion de la commission SMART du CFAR : <http://cfar.org/sante-au-travail-smart/>.

4.2 Représentativité syndicale, gouvernance et contre-pouvoir

Proposition n°81

Installer un processus démocratique pour la représentation à la CME : profession de foi des candidats, charte de l'élu.

Proposition n°82

Concernant la nomination des chefs de pôle : organisation au sein des pôles, d'un suffrage entre tous les médecins PH/seniors dont le PCME devra obligatoirement tenir compte, avant nomination du chef de pôle. La nomination d'un chef de pôle, contraire au suffrage, devra être dûment motivée.

Proposition n°83

Interdiction de voter pour les membres de droit non élus de la CME.

Proposition n°84

Les représentants de la CME au CTE et CSIRMET doivent avoir un mandat avant leur participation aux instances, choisi en fonction de l'ordre du jour de la prochaine instance et doivent rendre des comptes à la CME sur leurs interventions.

Proposition n°85

Les représentants au Comité Stratégique Territorial doivent être élus par la CME et les PH, sur proposition libre de candidatures.

Proposition n°86

Toute représentation syndicale médicale locale doit être élue par l'ensemble des médecins de l'hôpital. Le comité territorial est élu par l'ensemble des médecins des hôpitaux constitutifs du GHT en respectant la représentativité à l'échelle du GHT.

Proposition n°87

Le droit syndical, autorisé par l'art. R 6173 du code de la santé publique, doit s'accompagner de locaux à disposition, d'un crédit de temps syndical, d'autorisation facilitée d'absence.

5. L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Historiquement, le SNPHARE est un syndicat de médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR). Même s'il s'est élargi à toutes les autres spécialités depuis plusieurs années, les MAR restent les adhérents majoritaires au syndicat, c'est pourquoi le conseil d'administration a fait le choix d'approfondir certains points propres à cette profession.

5.1 Le métier

Le binôme MAR-IADE est un des pivots de l'activité du MAR au bloc. Il est régulièrement au centre de débats concernant la délégation de tâches (action par laquelle un médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin) ou le transfert de tâche (action de déplacer un acte de soin d'un corps de métier à un autre). Ces débats permettent de mettre un coup de projecteur sur les différentes évolutions présentes et à venir du métier d'anesthésiste-réanimateur.

Comme pour les PH en général, ces évolutions doivent avoir pour base, les aspirations des praticiens qui doivent être la source des évolutions et non de simples prestataires à qui elles s'imposeraient. Si ce n'est pas le cas, le risque de perdre le cœur et le sens de notre métier est grand.

En effet, en ces temps de pénurie, la profession d'anesthésiste-réanimateur est attaquée de toute part. Les pouvoirs publics n'ont de cesse de proposer des mesures visant à réduire le MAR à un simple coordinateur des actes d'anesthésie au bloc ou dans d'autres plateaux techniques. Dans le monde idéal de certains, il aurait bien plus de deux salles en charge, les actes (complètement détachés de leur indication ou de la prise en charge de complications éventuelles) seraient réalisés par des IADE (ou une autre profession infirmière de pratiques avancées en cours de développement), les consultations également, quant à la prise en charge post-opératoire des patients, elle serait confiée aux chirurgiens ou à un médecin généraliste ayant suivi une formation évidemment incomplète...

Alors même que c'est la médicalisation de la spécialité « Anesthésie-Réanimation » qui a contribué à diminuer drastiquement la morbi-mortalité péri-opératoire, certains souhaiteraient retirer toutes leurs compétences aux MAR.

Côté réanimation, la création de la spécialité « Médecine Intensive et Réanimation » contribue elle aussi à la fragilisation de la spécialité AR.

Quant aux SAMU-SMUR, ils ont vu depuis quelques temps déjà, les MAR céder leur place aux médecins urgentistes.

Si nous n'y prenons pas garde, les MAR seront bientôt réduits à superviser l'activité des salles de bloc opératoire et c'est tout. En termes d'attractivité, on a vu mieux...

Proposition n°88

La position du SNPHARE est relativement simple et pourrait se résumer ainsi : l'Anesthésie-Réanimation est une spécialité à part entière dont tous les aspects imposent une médicalisation par des praticiens formés spécifiquement notamment aux problématiques de médecine péri-opératoire, médecine d'urgence et soins critiques. Par ailleurs, les IADE sont nos collaborateurs agissant déjà en délégation de tâches, nous soutenons fermement leur demande de valorisation financière qui est parfaitement justifiée. L'exclusivité collaborative avec les IADE n'est pas négociable. Aucune autre spécialité (gastroentérologues, chirurgiens ou autres) ne peut assumer la responsabilité d'une anesthésie.

Enfin, le SNPHARE demande qu'une tarification spécifique à l'anesthésie soit mise en place afin de mettre fin au chainage de la tarification de l'anesthésie à l'acte chirurgical.

5.2 Réanimations, USI, USC

L'Anesthésie-Réanimation est par ailleurs une activité très réglementée et possède son propre cadre réglementaire. Concernant l'anesthésie, il s'agit en particulier du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. Pour le versant réanimation, la réglementation (décrets n° 2002-465 et 2002-466 et circulaire n° 2003/413 du 27 août 2003) définit le champ d'activité des différents types de structures (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) et les obligations minimales de structure et d'organisation. Enfin, l'Anesthésie-Réanimation est particulièrement concernée par le développement de la chirurgie ambulatoire.

Proposition n°89

Il est souhaitable que les unités de réanimations s'orientent vers une activité dite « polyvalente », aucun patient n'étant purement chirurgical ou purement médical

Proposition n°90

Il est souhaitable que les équipes médicales continuent à être constituées de praticiens venant d'horizons et de for-

mation différents, tout en gardant le ratio actuel soit un peu plus de 50 % de MAR parmi les médecins de réanimation, USI, USC.

Proposition n°91

Fusion des espaces réanimation et surveillance continue en une seule entité de réanimation afin d'élargir cet espace à la réhabilitation précoce post-réanimation.

Proposition n°92

Le dimensionnement en PNM des services de réanimation, USI, USC doit être sanctuarisé, selon les chiffres définis réglementairement.

Proposition n°93

Création d'espaces de coopération multidisciplinaires ayant notamment pour objet l'élaboration de règles collectives et d'indicateurs pertinents de qualité/sécurité qui seront inscrits dans les objectifs du contrat de pôle.

Proposition n°94

Présence obligatoire d'un ETP de psychiatrie/psychologie dans les services de réanimation (pour les patients, les proches et les personnels)

Proposition n°95

Élaboration de nouveaux indicateurs pour mesurer la charge de travail (le taux d'occupation des lits et le pourcentage de suppléments de réanimation étant largement insuffisants à ce niveau)

5.3 Ambulatoire

Proposition n°96

Évaluation sociétale globale du coût de l'ambulatoire avant de poursuivre le « virage ambulatoire » à marche forcée

Proposition n°97

Redimensionnements des équipes médicales et paramédicales des structures ambulatoires afin de faire face à l'activité très accrue de celles-ci

Proposition n°98

L'intérêt du virage ambulatoire doit être analysé en terme de qualité des soins pour les patients, d'économie de santé, en tenant compte du relais de soin qui est assuré, de ce fait, par la ville.



CONCLUSION

De nombreux plans ont été discutés entre syndicats et gouvernement pour attirer puis garder les praticiens à l'hôpital public. Ils n'ont jamais été complètement ou pas du tout mis en place. Les demi-mesures instaurées n'ont jamais eu l'effet escompté sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

On peut relever les répercussions de cette politique sur la prise en charge des patients, malades et parturientes. De nombreux facteurs entrent en jeu dans la qualité des soins, dont le financement de l'hôpital public mais aussi les conditions de travail des soignants. Il est important que les hospitaliers retrouvent du sens, dans la pratique de leur métier. Il faut que les médecins puissent s'exprimer et être entendus au sein des institutions. L'enveloppe budgétaire qui doit permettre à l'hôpital de remplir toutes ses missions de service public sur l'ensemble du territoire, doit aussi pouvoir financer une médecine du travail de qualité. Ces recommandations doivent accompagner des mesures nouvelles concernant le temps de travail, les salaires et régimes indemnitaires et le déroulement de carrière, pour les médecins hospitaliers.

Le SNPHARE a rédigé son projet, à partir de la réflexion initiée en 2016, au sein de son Conseil d'administration. Ces propositions ont été présentées au Ministère des solidarités et de la santé, lors de la consultation pour les chantiers de « Stratégies de Transformation du Système de Santé (STSS) », en 2018. Cette plateforme est évolutive et a déjà été modifiée, en réaction aux récentes mesures gouvernementales.