

Le SNPHARE reçu au ministère des Solidarités et de la Santé le 25... et le 28 octobre 2022

Dynamique et force de proposition malgré la morosité ambiante, le SNPHARE souhaite rester, plus que jamais, l'acteur d'un dialogue social constructif. C'est pourquoi, suite au changement de ministre de la Santé — avec un ministre issu de notre intersyndicale— nous avons demandé à être reçus à son nouveau cabinet. Cela nous paraissait d'autant plus important que la situation de l'hôpital public et le manque d'attractivité des carrières de PH appellent à des solutions urgentes.

Le Ségur a été source d'une grande frustration. Il s'agit entre autres, bien sûr, ici, du reclassement d'échelons, dont l'injustice est très mal passée et continue à être très mal vécue par nos collègues Praticiens Hospitaliers de milieu de carrière. Finalement, rendez-vous a donc été fixé le 25/10/2022 avec le cabinet du ministre, où Eric Le Bihan, notre Président, Anne Wernet et Francis Vuillemet sont allés porter vos doléances, revendications et propositions. Nous y avons été reçus par le Pr Antoine Magnan,

conseiller du ministre, pneumologue à l'hôpital Foch (Suresnes). Madame Sandrine Willaume, IADE de formation, pressentie pour nous recevoir également, était excusée.

Le Pr Magnan a fait preuve d'une écoute attentive, désireux aussi de comprendre davantage les points concernant plus spécifiquement l'anesthésie-réanimation.

Nous avons évoqué la gouvernance, la pratique avancée, la permanence des soins, la pénibilité et la retraite.



LA GOUVERNANCE

Pendant la première vague COVID, les praticiens ont montré combien ils étaient capables de s'adapter et de transformer l'hôpital, avec le soutien facilitant de l'administration.

C'est de cette néo-gouvernance improvisée et efficace que nous proposons au ministre de s'inspirer pour un système de gouvernance plus horizontal.

NOS REVENDECATIONS :

- Poursuite de la remédicalisation de la gouvernance.
- Accélération des processus décisionnels personnel/directeur d'établissement.
- Élections démocratiques servant de base à la CME.
- La CME tout entière (et non son seul président) doit être une instance décisionnelle.
- CME réinvestie d'une véritable mission de contrôle des projets d'établissement, ainsi que des conditions de travail des personnels médicaux.
- Désignation des chefs de service et de pôle par leurs pairs, idéalement par élection, les votants et éligibles étant les seuls praticiens titulaires (PH, HU).
- Bilan annuel des projets de service au sein de l'équipe, afin de redimensionner les moyens humains et financiers à hauteur des nécessités.
- Sortir d'un système qui privilégie les universitaires dans le pouvoir décisionnaire et d'autorité fonctionnelle.
- Formalisation de réunions régulières et obligatoires entre représentants syndicaux médicaux et direction.

LES IADE ET LA PRATIQUE AVANCÉE

Nous avons fait l'état des lieux des discussions entre les représentants des AR, des IADE et de la DGOS (cf. <https://snphare.fr/assets/media/le-point-sur-iade-phare97.pdf>) et rappelé nos exigences sur ce sujet qui touche à la sécurité des patients.

NOS REVENDECATIONS :

- Intégration systématique des médecins anesthésistes-réanimateurs (syndicats, CNP ARMPO) aux travaux de réflexion organisés par les tutelles sur l'évolution du métier d'IADE, qui impacte de facto les conditions d'exercice de l'anesthésie en France.
- Maintien des principes de l'organisation de l'anesthésie : respect du décret de 1994 et maintien du décret de compétence des IADE, de telle manière que le transfert de tâches et de responsabilités ne puisse en aucun cas s'attacher à la consultation pré-anesthésique et à l'acte anesthésique perinterventionnel, qui restent du ressort du médecin.

- Reconnaissance statutaire *ad hoc* des infirmiers anesthésistes, par une autre voie que la pratique avancée, par exemple : ajout d'un nouveau chapitre dans le Code de Santé Publique.

LA PERMANENCE DES SOINS

Les éloquentes résultats de l'enquête APH « Nuits blanches » (<https://snphare.fr/assets/media/enquete-nb-phare98.pdf>) ont servi de base de discussion.

NOS REVENDECATIONS :

- Restituer la place de l'hôpital public dans la permanence des soins ; sanctuariser le financement de cette dernière.
- Décompte par défaut en temps continu pour les spécialités à forte contrainte de PDS et/ou travail posté.
- Si décompte en demi-journées : 24 h = 5 DJ (ou une nuit= 3 DJ).
- Reconnaître le temps de travail en garde.
- Reconnaître le temps de travail en astreinte : l'intégralité de l'astreinte est du travail effectif, conformément à l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, « arrêt Matzak » (C-518/15, 21 fév. 2018).
- Intégrer du temps de trajet dans le temps effectif de travail en astreinte déplacée, quel que soit le mode de rémunération/récupération de l'astreinte.
- Intégrer la télé-expertise (dont l'importance quantitative ne cesse de croître en astreinte) comme du travail effectif, à l'égal d'un déplacement (indemnisation et décompte du temps de travail). L'inclure dans les obligations de service.
- Donner un accès fonctionnel en dehors du domicile à la télé-expertise (moyens téléphoniques, informatiques, sécurisation) à tout praticien hospitalier soumis aux astreintes.
- Valoriser les actes de télé-expertise réalisés par les PH au sein de l'hôpital.
- Supprimer la forfaitisation des astreintes.
- Pérenniser le principe des mesures de revalorisation de la permanence des soins :
 - Garde à 600 euros brut.
 - Plafond des astreintes relevé à 400 euros brut.
- Supprimer l'obligation de participation à la permanence des soins à partir de 55 ans. Au-delà : principe du volontariat et accord du médecin de santé au travail.
- Établir un compte pénibilité comptabilisant l'ensemble de la PDS réalisée pendant la carrière et reconnaissant la pénibilité du travail de nuit pour la retraite, et ce dès la première plage d'astreinte ou de garde.

LA RETRAITE ET LA PÉNIBILITÉ

Il s'agit, encore une fois ici, de mettre en lumière les spécificités de nos métiers, notamment la

pénibilité liée à la sujétion et à la permanence des soins, le problème des études longues entraînant une entrée tardive dans la carrière, avec une absence de prise en compte de nos premières années comme étudiants à l'hôpital (« externat ») ; et enfin, il s'agit d'obtenir une place légitime pour discuter de ces sujets, que ce soit à l'IRCANTEC (où nous n'avons jusqu'ici qu'un strapontin...) ou dans le cadre de la réforme des retraites (où nous avons été « oubliés »...).

NOS REVENDEICATIONS :

- Arrêt de l'érosion des points IRCANTEC.
- Représentation des PH au Conseil d'administration de l'IRCANTEC ès qualités de syndicat représentant des PH, selon la représentativité syndicale définie au Conseil Supérieur des Professions Médicales et à hauteur de la contribution des PH dans les recettes de cette caisse (soit 17 % de l'effectif du CA).
- Prise en compte de la pénibilité du travail de nuit pour la retraite :
 - Permettre un départ anticipé à la retraite (au prorata de la permanence des soins réalisée durant la carrière).
 - Compensation en durée de cotisation et en points retraite (IRCANTEC).
- Contrat « pénibilité » local, s'appuyant sur une réglementation nationale permettant :
 - Facilitation du décompte horaire du temps de travail.
 - Bonification du temps du travail de nuit.
 - Prise en compte de la pénibilité, pour un départ en bonne santé.
- Possibilité de passerelles (temps et formation)/reconversion vers d'autres activités cliniques (médecine du travail, Sécurité Sociale, médecine scolaire...) ou missions d'appui à l'intérieur (DIM) ou à l'extérieur de la structure hospitalière (ARS, HAS, etc.)
- Favoriser le Cumul emploi retraite, avec une rémunération attractive.
- Possibilité de retraite progressive à partir de l'âge de 62 ans.

AU TOTAL

Nous nous félicitons donc d'avoir pu au moins être entendus, espérant néanmoins que cet entretien sera suivi d'effets concrets !

Francis Vuillemet, Anne Wernet, Éric Le Bihan

LE RENDEZ-VOUS AU MINISTÈRE AVEC LE CNP D'ANESTHÉSIE- RÉANIMATION MÉDECINE PÉRI-OPÉRATOIRE

Hasard de calendrier, le CNP d'anesthésie-réanimation – médecine péri-opératoire a été reçu trois jours plus tard, le 28 octobre, par le même cabinet : Pr Antoine Magnan et Mme Sophie Willaume.

L'ensemble des modalités d'exercice de l'anesthésie-réanimation étaient représentées par le Dr Laurent Delaunay (président du CNP-ARMPO, SNARF), le Dr Franck Verdonk (vice-président 1 du CNP, SNJAR), le Dr Anne Wernet (vice-présidente 2 du CNP, SNPHARE) et le Pr Pierre Albaladejo (past-président, SFAR et enseignant).

Les sujets évoqués ont été, dans l'ordre :

- La périnatalité (demandes aux AR de remplacer les pédiatres en maternité, ce qui n'est pas réglementaire, travaux sur les maisons de naissance, accouchements à domicile).
- Les soins critiques (feuille de route, ratios IDE/patients) et les discussions sur les soins renforcés, qui devraient être des lits réservés à des patients à charge médicale ou paramédicale lourde, dans les services d'hospitalisation.
- La pratique avancée et les IADE (Mme Willaume semblant tout à fait en accord avec notre vision de la responsabilité et du respect des décrets, mais ne s'avançant pas davantage, compte tenu de multiples rapports IGAS et textes de lois en préparation).
- La permanence des soins (cf. supra, avec un point spécifique à la permanence des soins des libéraux).
- La démographie de l'anesthésie-réanimation.