

S M A R N U

Syndicat des Médecins Anesthésistes Réanimateurs Non Universitaires

La Lettre Syndicale n° 50

Septembre 2009

EDITORIAL

La loi Bachelot a donc été publiée au JO du 23 juillet 2009. Elle marque l'aboutissement d'un nouvel échafaudage réglementaire initié par les décrets issus du projet Hôpital 2007. Certes, nombre des idées sont même antérieures à 2002, mais avec les décrets et arrêtés à sortir nous rentrons dans une nouvelle période, caractérisée par un nouvel objectif de santé publique : la maîtrise de la fraction du coût de la santé à la charge de la collectivité.

Notre discours syndical est axé autour de trois thèmes traditionnels : défense d'un système de santé public acceptant tous les malades pour tous les événements pathologiques, accès pour tous à des soins hospitaliers de qualité sans restrictions ; santé et satisfaction des médecins anesthésistes réanimateurs au travail.

C'est en tenant compte de ces trois grandes constantes que doit se définir notre nouveau discours syndical, compte tenu de la nouvelle donne. Il ne suffira plus de défendre un statu quo ante et, n'étant responsables ni du cadre économique ni de la gestion de la santé publique, il ne faudra pas être tentés par une cogestion, même d'opposition, d'une situation sur laquelle nous n'avons aucune prise. Par contre, nous devons analyser les dispositions nouvelles qui seront échafaudées (territoires de santé, ARS, nouveaux contrats de praticiens, nouvelles dispositions de gouvernance, conséquences de la marginalisation intentionnelle des acteurs et de leurs représentants à tous les échelons de la chaîne de décision...) et avouer que certaines sont attendues par leur principe par nous-mêmes depuis longtemps, que d'autres sont issues de l'air du temps, mélange de dérégulation, de libéralisme économique mais aussi, contradictoirement, de principe de précaution et de qualité normative. Ce sont celles-ci qui sont largement susceptibles de se retrouver en porte-à-

faux vis-à-vis de nos principes fondateurs, qui ne sont, après tout, que les prolongements de nos serments de docteur en médecine.

Notre discours syndical doit aboutir à la définition de revendications nouvelles, qui viendront s'ajouter à celles anciennes de définition et comptabilisation de la durée du travail, prise en compte de la pénibilité particulière du travail posté, nocturne, cadencé, rémunérations adaptées aux responsabilités particulières de la permanence des soins. Mais ces nouvelles revendications ne devront pas faire référence à un « âge d'or » maintenant disparu. Elles devront s'ancrer dans un réel bien actuel, que nous n'avons pas souhaité certes, mais qui est néanmoins bien présent. Elles devront accélérer, ou freiner certaines dispositions, suggérer, voire en imposer d'autres par des alliances, des mobilisations, du lobbying.

Pour cela nous avons des outils : vous, anesthésistes réanimateurs des hôpitaux publics d'abord, puis nos alliances au sein de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux et de la Fédération des Syndicats de la Permanence des Soins Hospitalière, notre implication européenne au sein de la FEMS, et un programme, dit Livre Blanc, actualisé régulièrement.

L'année qui débute sera donc un test. Serons-nous capables de nous adapter à la nouvelle situation, de nous faire entendre auprès des instances, avec un lobbying permanent pesant d'un poids nouveau ; de défendre nos mandants avec de nouveaux outils, avec des recours auprès de tribunaux prenant, en ces temps de contractualisation, une importance nouvelle ; de construire de nouveaux mouvements, avec des liaisons aux organisations de patients et consommateurs devenant un axe stratégique nouveau ?

Dr James BRODEUR, Président du SMARNU

Adhérez et faites adhérer au

Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs Non Universitaires

Toutes nos coordonnées sur le site www.smarnu.org

Définition du temps de travail : une réforme nécessaire !

Le statut de praticien hospitalier a initialement été conçu pour laisser une certaine souplesse dans l'organisation du médecin. Alors qu'il offrait un espace de liberté, au fur et à mesure de l'évolution de la société, ses ambiguïtés le rendent défavorable aux praticiens consciencieux.

En effet notre statut révèle de nombreuses incohérences et imprécisions :

- la durée de la demi journée, donc celle du temps de travail de base, (« obligations de service ») n'a jamais été définie ; pas plus celle de la plage de « Temps de Travail Additionnel » (TTA) ;
- la rémunération des plages de TTA varie de façon arbitraire, avec des plages de jour paradoxalement mieux rémunérées que celles de nuit (décompte de l'« indemnité de sujétion » oblige) ;
- rapporté à sa valeur horaire, l'heure de travail de nuit, de week-end et de férié est moins bien rémunérée que celle de jour dans la majorité des cas (alors qu'elle est à l'origine de la pénibilité de notre profession) ;
- nos heures additionnelles (au delà de 48h) ne bénéficient pas du statut d'heures supplémentaires, et ne sont donc pas fiscalement prises en compte ;
- et, maintenant les directeurs, en panne de temps médical, se mettent à considérer le temps maximal européen appliqué au statut de PH (48 h maxi hebdo lissées sur 4 mois) comme le temps minimal à travailler pour prétendre à la rémunération mensuelle !

La rémunération horaire nette d'un PH temps plein qui considérerait que sa journée de travail est de 8h

va varier de 21 à 34€ l'heure pour un temps plein (elle descend sous les 20€ chez les temps partiels). Paradoxalement celui qui prendra des gardes verra son salaire horaire diminuer tandis que celui qui considèrera que sa demi-journée dure deux heures verra sa rémunération horaire exploser.

En plus d'être profondément injuste et opaque, la rémunération statutaire dé motive ceux qui veulent s'investir, faute de reconnaissance, et provoque des tensions entre PH de spécialités différentes.

Au vu du profil démographique de notre spécialité, il devient urgent de clarifier notre statut afin que ceux qui choisiront de s'investir jouissent d'une véritable reconnaissance. Ce n'est certainement pas un nouveau contrat de « clinicien hospitalier » réservé à quelques postes qui apportera une solution viable au problème.

Parallèlement, il conviendra de mettre en place des garde-fous. Grâce à la mobilisation de tous, nous avons obtenu le maintien de la limite de travail à 48h hebdomadaires. Les coupes faites sur le montant des retraites et l'évolution démographique de notre spécialité entraîneront des pressions en faveur du report de l'âge de la retraite. Plus inquiétant encore, nous serons contraints à travailler de nuit jusqu'à un âge avancé !

Le SMARNU compte bien défendre la valeur « temps de travail » et ne pas accepter les évolutions issues de la dérégulation, donc défendre le statut de PH. Il faudra l'adapter dans le sens indiqué ci-dessus et pour toutes ces raisons, nous avons besoin de votre soutien, de vos idées et si vous êtes motivés pourquoi pas d'un peu de votre temps.

Dr Louison ANDRIAMIFIDY, Vice-Président.

Le contrat de clinicien hospitalier, nouveau miroir aux alouettes ?

Le rapport Aboud, (disponible in extenso sur le site www.smarnu.org) concernant "la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public" propose la création d'un emploi sous contrat de « clinicien hospitalier ». Ceci dans le but d'essayer de répondre aux problèmes démographiques touchant certaines régions et spécialités.

Des super praticiens mieux payés, (au moins le salaire actuel d'un PH en fin de carrière sans compter la part variable), mieux considérés, ayant quasiment rang de chef de pôle ou de service car impliqués dans les choix stratégiques de la structure et dans le recrutement des personnels y compris médicaux. Avec des objectifs contractuels de résultats sur des courtes durées (de un à cinq ans), système peu compatible à notre sens avec une organisation pérenne et collégiale des activités médicales dans nos établissements.

Un contrat signé avec l'« établissement », sans rédaction unique et nationale, l'ARS étant confinée à la mise en route de la procédure de recrutement, et le CNG au simple secrétariat (diffusion de l'information, "mise en commun de la typologie des contrats", statistiques et suivi des mouvements !). Pas de contrat national ou de convention

collective ! Non, un contrat entre un directeur et un PH. Est-ce un contrat ou une soumission?

Il est curieux qu'un rapport qui condamne la diversité des modes d'exercices et de rémunération de médecins hospitaliers, n'ait comme proposition que de rajouter une couche supplémentaire ! A moins que la tutelle n'ait comme arrière-pensée de passer progressivement tous les médecins sous contrat.

Continuons de militer pour la conservation d'emplois médicaux hospitaliers statutaires et exigeons une réforme et une revalorisation du statut de praticien hospitalier. Afin de conserver notre indépendance professionnelle vis-à-vis de l'administration, la garantie d'un emploi stable et des droits sociaux acquis difficilement depuis la création du statut.

Dr Denis CAZABAN, Trésorier

La gouvernance des pôles : dictature ou démocratie ?

Au moment où l'état veut moderniser la santé il semble licite de se demander si l'organisation des services répond à cette attente.

En effet certains mandats de chef de services et/ou de pôles semblent parfois se prolonger indéfiniment pareil à une véritable monarchie.

Pire encore, les mandats peuvent, à l'heure actuelle, être reconduits sans la consultation d'un seul praticien du service. En effet le Directeur, le vice président du directoire (président de la CME), ou les membres des commissions (CME, directoire, conseil de surveillance) ne sont souvent pas en contact direct avec les praticiens des services et n'ont donc souvent qu'un aperçu très indirect de ce qui peut s'y passer réellement. La réforme HPST ne fait qu'aggraver cet état de fait puisque dorénavant il suffira de plaire au directeur pour être reconduit dans ses fonctions (sur quels critères?).

Certains responsables de services ont de véritables dons de manager. Ils sont l'interface nécessaire entre l'administration et le médecin, ils motivent les équipes et savent mettre en valeur les qualités de chacun, ils inspirent naturellement le respect autant par leur professionnalisme que par leurs qualités humaines et leur présence sur le terrain. Cependant avec le temps ils vont parfois évoluer en véritables dictateurs cherchant plus à imposer leurs propres choix qu'à essayer de trancher de la manière la plus juste possible en cas de désaccord. Trop souvent, les postes à responsabilités représentent avant tout une opportunité de pouvoir organiser son propre planning sans jamais avoir de compte à rendre à ses confrères (signature des vacances et du planning de garde oblige).

Ce féodalisme se fait malheureusement au détriment des praticiens non chefs qui se voient alors réduits à de simples « exécutants » ou « producteurs d'actes ». Ce mode de fonctionnement peut conduire à des blocages majeurs dus à une minorité dont l'intérêt n'est pas toujours l'évolution de la structure ou la qualité des soins, mais surtout mène à la démotivation des équipes.

Le gouvernement semble avoir oublié que l'un des facteurs majeurs de motivation au travail est la possibilité de pouvoir s'investir et participer à l'évolution de l'outil de travail qu'est l'hôpital, et cette possibilité doit être ouverte à tous et non à une minorité! La part variable sur l'activité ne peut en aucun cas être un véritable facteur de motivation ; en effet, il est tout à fait possible de multiplier les actes « à l'utilité parfois discutable » dans le but unique de « faire du chiffre » sans pour autant être véritablement intéressé par le service rendu

Il n'y a aucune raison pour que chaque praticien ne puisse accéder aux postes à responsabilités.

Toutes les responsabilités, et surtout celles de chefs de service et de pôles, doivent être « tournantes », donner lieu à une formation à la fonction adéquate, et être attribuées au terme d'un débat, voire d'un vote, au sein de l'équipe médicale.

L'ensemble des praticiens disposant de formations et diplômes équivalents, rien ne justifie, à long terme la domination d'un praticien sur les autres (y compris les professeurs). Ainsi le terme de coordonnateur ou responsable serait plus approprié que celui de chef. Un statut de chef de service et de chef de pôle, indiquant clairement ses droits, responsabilités et obligations est indispensable.

Parmi les nombreux combats que nous aurons à mener dans les prochains mois nous défendrons le droit de s'exprimer et de s'impliquer dans l'avenir des services de chacun en demandant :

- la limitation dans le temps des mandats des responsables de service afin de permettre un véritable turn-over.
- la nomination des responsables de services par élection au suffrage universel direct par l'ensemble des praticiens du service.

Dr Louison ANDRIAMIFIDY, Vice-Président

L'apport des Communautés Hospitalières de Territoire : rêve ou réalité ?

Pour la spécialité comme pour la garantie de l'accès aux soins, il faut rompre les cloisonnements entre établissements voisins. En ces temps de pénurie médicale, souvent relative, et d'attente maximale des patients en termes de qualité des soins, il faut aussi regrouper les moyens en une articulation cohérente. C'est le Territoire de Santé (TS) qui a été défini, au sein duquel le secteur hospitalier public sera structuré en Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

La notion de CHT structure plusieurs idées et réalisations anciennes (CHIC, GCS, contrats de coopération) en un tout cohérent. Le pilotage par l'ARS permet théoriquement aussi l'articulation des secteurs publics et privés dans un certain nombre de domaines (gestion des équipements lourds, permanence des soins, plans périnatalité et cancer par exemple). Les compétences médicales sont aussi partagées, permettant une gestion du temps médical au plus proche des capacités réelles existantes, et faisant disparaître des pénuries ici par transfert de temps médical là où il ya surnombre.

Autant pour le schéma idéal ! Voyons les pièges :

1. Les praticiens œuvrant dans un CHT doivent conserver leur statut de PH. Et dépendre d'un pôle mono-spécialité pour l'Anesthésie Réanimation.
2. Le TS ne doit pas être l'outil d'une privatisation de la santé, laissant à l'Hôpital Public le soin de gérer la permanence des soins, la médecine, les soins palliatifs et la chirurgie de recours.
3. Dans un CHT, un centre référent sera individualisé. De nombreuses activités « tournant » bien dans des centres non référents ne doivent pas être sacrifiées sur l'autel d'un « centre référent centrisme », comme existe un « CHU-centrisme ». Au contraire, le rôle du centre référent est bien d'engager des coopérations « renforçantes », si la taille des équipes médicales le permet.
4. Les CHU ne peuvent être seuls des centres référents, sous peine de démedicalisation de l'hôpital public, de transfert de charge vers l'hospitalisation privée, et schéma final d'un double secteur hypertrophié : privé restructuré et hypertrophié d'une part, et CHU d'autre part. Ce schéma serait générateur de problèmes d'accès aux soins de toute nature, et institutionnellement instable, au vu de l'importance de l'implication financière des investisseurs privés dans les cliniques, la garantie de l'accès aux soins de qualité n'étant pas leur priorité. C'est ici que l'on voit toute l'importance des Etablissements Publics de Santé non CHU (ex-CHG) dans le maillage du territoire national.

Alors qu'aucun des textes d'application n'existe, mais que la mise en place des ARS est proche, nous devons rester vigilants et influencer autant que possible sur les « décideurs », au sein des régions, (et en ces temps de préparation aux élections régionales !), pour que les CHT et leurs missions répondent au mieux aux attentes de la population et des exigences médicales.

Dr James Brodeur, Président du SMARNU

Retrouvez-nous au stand syndical lors de la SFAR, et pour les membres du syndicat participez à notre assemblée générale le vendredi 25 septembre 2009 à 18 h salle 352 AB

Bulletin d'adhésion

Nom :	Prénom :
Année de naissance :	Nationalité :

Coordonnées personnelles :

N° :	Voie :
Code postal :	Ville :
Tel :	Fax :
e-mail :	

Coordonnées professionnelles :

Centre hospitalier :	
Code postal :	Ville :
Tel :	Fax :
e-mail :	

Cotisation Année 2010:

Adhésion unique : 110 €
Adhésions groupées (à partir de 2 pers.) : 100 €
Adhésion Jeune PH (du 1^{er} au 4^{ème} échelon) : 50 €

Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à :

Docteur CAZABAN, Centre Hospitalier de Montfermeil, service d'anesthésie
10 rue du Général Leclerc 93370 Montfermeil

Merci d'établir vos chèques à l'ordre du SMARNU

CCP n° : 33.968.97V 033 La Source

L'apport des Communautés Hospitalières de Territoire : rêve ou réalité ?

Pour la spécialité comme pour la garantie de l'accès aux soins, il faut rompre les cloisonnements entre établissements voisins. En ces temps de pénurie médicale, souvent relative, et d'attente maximale des patients en termes de qualité des soins, il faut aussi regrouper les moyens en une articulation cohérente. C'est le Territoire de Santé (TS) qui a été défini, au sein duquel le secteur hospitalier public sera structuré en Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

La notion de CHT structure plusieurs idées et réalisations anciennes (CHIC, GCS, contrats de coopération) en un tout cohérent. Le pilotage par l'ARS permet théoriquement aussi l'articulation des secteurs publics et privés dans un certain nombre de domaines (gestion des équipements lourds, permanence des soins, plans périnatalité et cancer par exemple). Les compétences médicales sont aussi partagées, permettant une gestion du temps médical au plus proche des capacités réelles existantes, et faisant disparaître des pénuries ici par transfert de temps médical là où il ya surnombre.

Autant pour le schéma idéal ! Voyons les pièges :

1. Les praticiens œuvrant dans un CHT doivent conserver leur statut de PH. Et dépendre d'un pôle mono-spécialité pour l'Anesthésie Réanimation.
2. Le TS ne doit pas être l'outil d'une privatisation de la santé, laissant à l'Hôpital Public le soin de gérer la permanence des soins, la médecine, les soins palliatifs et la chirurgie de recours.
3. Dans un CHT, un centre référent sera individualisé. De nombreuses activités « tournant » bien dans des centres non référents ne doivent pas être sacrifiées sur l'autel d'un « centre référent centrisme », comme existe un « CHU-centrisme ». Au contraire, le rôle du centre référent est bien d'engager des coopérations « renforçantes », si la taille des équipes médicales le permet.
4. Les CHU ne peuvent être seuls des centres référents, sous peine de démedicalisation de l'hôpital public, de transfert de charge vers l'hospitalisation privée, et schéma final d'un double secteur hypertrophié : privé restructuré et hypertrophié d'une part, et CHU d'autre part. Ce schéma serait générateur de problèmes d'accès aux soins de toute nature, et institutionnellement instable, au vu de l'importance de l'implication financière des investisseurs privés dans les cliniques, la garantie de l'accès aux soins de qualité n'étant pas leur priorité. C'est ici que l'on voit toute l'importance des Etablissements Publics de Santé non CHU (ex-CHG) dans le maillage du territoire national.

Alors qu'aucun des textes d'application n'existe, mais que la mise en place des ARS est proche, nous devons rester vigilants et influencer autant que possible sur les « décideurs », au sein des régions, (et en ces temps de préparation aux élections régionales !), pour que les CHT et leurs missions répondent au mieux aux attentes de la population et des exigences médicales.

Dr James Brodeur, Président du SMARNU

Retrouvez-nous au stand syndical lors de la SFAR, et pour les membres du syndicat participez à notre assemblée générale le vendredi 25 septembre 2009 à 18 h salle 352 AB

✂-----

Bulletin d'adhésion

Nom :	Prénom :
Année de naissance :	Nationalité :

Coordonnées personnelles :

N° :	Voie :
Code postal :	Ville :
Tel :	Fax :
e-mail :	

Coordonnées professionnelles :

Centre hospitalier :	
Code postal :	Ville :
Tel :	Fax :
e-mail :	

Cotisation Année 2010:
Adhésion unique : 110 €
Adhésions groupées (à partir de 2 pers.) : 100 €
Adhésion Jeune PH (du 1^{er} au 4^{ème} échelon) : 50 €

Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à :
Docteur CAZABAN, Centre Hospitalier de Montfermeil, service d'anesthésie
10 rue du Général Leclerc 93370 Montfermeil

Merci d'établir vos chèques à l'ordre du SMARNU

CCP n° : 33.968.97V 033 La Source

S M A R N U

Syndicat des Médecins Anesthésistes Réanimateurs Non Universitaires

La Lettre Syndicale n° 50

Septembre 2009

EDITORIAL

La loi Bachelot a donc été publiée au JO du 23 juillet 2009. Elle marque l'aboutissement d'un nouvel échafaudage réglementaire initié par les décrets issus du projet Hôpital 2007. Certes, nombre des idées sont même antérieures à 2002, mais avec les décrets et arrêtés à sortir nous rentrons dans une nouvelle période, caractérisée par un nouvel objectif de santé publique : la maîtrise de la fraction du coût de la santé à la charge de la collectivité.

Notre discours syndical est axé autour de trois thèmes traditionnels : défense d'un système de santé public acceptant tous les malades pour tous les événements pathologiques, accès pour tous à des soins hospitaliers de qualité sans restrictions ; santé et satisfaction des médecins anesthésistes réanimateurs au travail.

C'est en tenant compte de ces trois grandes constantes que doit se définir notre nouveau discours syndical, compte tenu de la nouvelle donne. Il ne suffira plus de défendre un statu quo ante et, n'étant responsables ni du cadre économique ni de la gestion de la santé publique, il ne faudra pas être tentés par une cogestion, même d'opposition, d'une situation sur laquelle nous n'avons aucune prise. Par contre, nous devons analyser les dispositions nouvelles qui seront échafaudées (territoires de santé, ARS, nouveaux contrats de praticiens, nouvelles dispositions de gouvernance, conséquences de la marginalisation intentionnelle des acteurs et de leurs représentants à tous les échelons de la chaîne de décision...) et avouer que certaines sont attendues par leur principe par nous-mêmes depuis longtemps, que d'autres sont issues de l'air du temps, mélange de dérégulation, de libéralisme économique mais aussi, contradictoirement, de principe de précaution et de qualité normative. Ce sont celles-ci qui sont largement susceptibles de se retrouver en porte-à-

faux vis-à-vis de nos principes fondateurs, qui ne sont, après tout, que les prolongements de nos serments de docteur en médecine.

Notre discours syndical doit aboutir à la définition de revendications nouvelles, qui viendront s'ajouter à celles anciennes de définition et comptabilisation de la durée du travail, prise en compte de la pénibilité particulière du travail posté, nocturne, cadencé, rémunérations adaptées aux responsabilités particulières de la permanence des soins. Mais ces nouvelles revendications ne devront pas faire référence à un « âge d'or » maintenant disparu. Elles devront s'ancrer dans un réel bien actuel, que nous n'avons pas souhaité certes, mais qui est néanmoins bien présent. Elles devront accélérer, ou freiner certaines dispositions, suggérer, voire en imposer d'autres par des alliances, des mobilisations, du lobbying.

Pour cela nous avons des outils : vous, anesthésistes réanimateurs des hôpitaux publics d'abord, puis nos alliances au sein de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux et de la Fédération des Syndicats de la Permanence des Soins Hospitalière, notre implication européenne au sein de la FEMS, et un programme, dit Livre Blanc, actualisé régulièrement.

L'année qui débute sera donc un test. Serons-nous capables de nous adapter à la nouvelle situation, de nous faire entendre auprès des instances, avec un lobbying permanent pesant d'un poids nouveau ; de défendre nos mandats avec de nouveaux outils, avec des recours auprès de tribunaux prenant, en ces temps de contractualisation, une importance nouvelle ; de construire de nouveaux mouvements, avec des liaisons aux organisations de patients et consommateurs devenant un axe stratégique nouveau ?

Dr James BRODEUR, Président du SMARNU

Adhérez et faites adhérer au
Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs Non Universitaires
Toutes nos coordonnées sur le site www.smarnu.org

Lisez le Livre Blanc du SMARNU sur notre site www.smarnu.org, rubrique : « texte et rapports récents ».

Définition du temps de travail : une réforme nécessaire !

Le statut de praticien hospitalier a initialement été conçu pour laisser une certaine souplesse dans l'organisation du médecin. Alors qu'il offrait un espace de liberté, au fur et à mesure de l'évolution de la société, ses ambiguïtés le rendent défavorable aux praticiens consciencieux.

En effet notre statut révèle de nombreuses incohérences et imprécisions :

- la durée de la demi journée, donc celle du temps de travail de base, (« obligations de service ») n'a jamais été définie ; pas plus celle de la plage de « Temps de Travail Additionnel » (TTA) ;
- la rémunération des plages de TTA varie de façon arbitraire, avec des plages de jour paradoxalement mieux rémunérées que celles de nuit (décompte de l' « indemnité de sujétion » oblige) ;
- rapporté à sa valeur horaire, l'heure de travail de nuit, de week-end et de férié est moins bien rémunérée que celle de jour dans la majorité des cas (alors qu'elle est à l'origine de la pénibilité de notre profession) ;
- nos heures additionnelles (au delà de 48h) ne bénéficient pas du statut d'heures supplémentaires, et ne sont donc pas fiscalement prises en compte ;
- et, maintenant les directeurs, en panne de temps médical, se mettent à considérer le temps maximal européen appliqué au statut de PH (48 h maxi hebdo lissées sur 4 mois) comme le temps minimal à travailler pour prétendre à la rémunération mensuelle !

La rémunération horaire nette d'un PH temps plein qui considérerait que sa journée de travail est de 8h

va varier de 21 à 34€ l'heure pour un temps plein (elle descend sous les 20€ chez les temps partiels). Paradoxalement celui qui prendra des gardes verra son salaire horaire diminuer tandis que celui qui considèrera que sa demi-journée dure deux heures verra sa rémunération horaire exploser.

En plus d'être profondément injuste et opaque, la rémunération statutaire démotive ceux qui veulent s'investir, faute de reconnaissance, et provoque des tensions entre PH de spécialités différentes.

Au vu du profil démographique de notre spécialité, il devient urgent de clarifier notre statut afin que ceux qui choisiront de s'investir jouissent d'une véritable reconnaissance. Ce n'est certainement pas un nouveau contrat de « clinicien hospitalier » réservé à quelques postes qui apportera une solution viable au problème.

Parallèlement, il conviendra de mettre en place des garde-fous. Grâce à la mobilisation de tous, nous avons obtenu le maintien de la limite de travail à 48h hebdomadaires. Les coupes faites sur le montant des retraites et l'évolution démographique de notre spécialité entraîneront des pressions en faveur du report de l'âge de la retraite. Plus inquiétant encore, nous serons contraints à travailler de nuit jusqu'à un âge avancé !

Le SMARNU compte bien défendre la valeur « temps de travail » et ne pas accepter les évolutions issues de la dérégulation, donc défendre le statut de PH. Il faudra l'adapter dans le sens indiqué ci-dessus et pour toutes ces raisons, nous avons besoin de votre soutien, de vos idées et si vous êtes motivés pourquoi pas d'un peu de votre temps.

Dr Louison ANDRIAMIFIDY, Vice-Président.

Le contrat de clinicien hospitalier, nouveau miroir aux alouettes ?

Le rapport Aboud, (disponible in extenso sur le site www.smarnu.org) concernant "la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public" propose la création d'un emploi sous contrat de « clinicien hospitalier ». Ceci dans le but d'essayer de répondre aux problèmes démographiques touchant certaines régions et spécialités.

Des super praticiens mieux payés, (au moins le salaire actuel d'un PH en fin de carrière sans compter la part variable), mieux considérés, ayant quasiment rang de chef de pôle ou de service car impliqués dans les choix stratégiques de la structure et dans le recrutement des personnels y compris médicaux. Avec des objectifs contractuels de résultats sur des courtes durées (de un à cinq ans), système peu compatible à notre sens avec une organisation pérenne et collégiale des activités médicales dans nos établissements.

Un contrat signé avec l' « établissement », sans rédaction unique et nationale, l'ARS étant confinée à la mise en route de la procédure de recrutement, et le CNG au simple secrétariat (diffusion de l'information, "mise en commun de la typologie des contrats", statistiques et suivi des mouvements !). Pas de contrat national ou de convention

collective ! Non, un contrat entre un directeur et un PH. Est-ce un contrat ou une soumission ?

Il est curieux qu'un rapport qui condamne la diversité des modes d'exercices et de rémunération de médecins hospitaliers, n'ait comme proposition que de rajouter une couche supplémentaire ! A moins que la tutelle n'ait comme arrière-pensée de passer progressivement tous les médecins sous contrat.

Continuons de militer pour la conservation d'emplois médicaux hospitaliers statutaires et exigeons une réforme et une revalorisation du statut de praticien hospitalier. Afin de conserver notre indépendance professionnelle vis-à-vis de l'administration, la garantie d'un emploi stable et des droits sociaux acquis difficilement depuis la création du statut.

Dr Denis CAZABAN, Trésorier

La gouvernance des pôles : dictature ou démocratie ?

Au moment où l'état veut moderniser la santé il semble licite de se demander si l'organisation des services répond à cette attente.

En effet certains mandats de chef de services et/ou de pôles semblent parfois se prolonger indéfiniment pareil à une véritable monarchie.

Pire encore, les mandats peuvent, à l'heure actuelle, être reconduits sans la consultation d'un seul praticien du service. En effet le Directeur, le vice président du directoire (président de la CME), ou les membres des commissions (CME, directoire, conseil de surveillance) ne sont souvent pas en contact direct avec les praticiens des services et n'ont donc souvent qu'un aperçu très indirect de ce qui peut s'y passer réellement. La réforme HPST ne fait qu'aggraver cet état de fait puisque dorénavant il suffira de plaire au directeur pour être reconduit dans ses fonctions (sur quels critères?).

Certains responsables de services ont de véritables dons de manager. Ils sont l'interface nécessaire entre l'administration et le médecin, ils motivent les équipes et savent mettre en valeur les qualités de chacun, ils inspirent naturellement le respect autant par leur professionnalisme que par leurs qualités humaines et leur présence sur le terrain. Cependant avec le temps ils vont parfois évoluer en véritables dictateurs cherchant plus à imposer leurs propres choix qu'à essayer de trancher de la manière la plus juste possible en cas de désaccord. Trop souvent, les postes à responsabilités représentent avant tout une opportunité de pouvoir organiser son propre planning sans jamais avoir de compte à rendre à ses confrères (signature des vacances et du planning de garde oblige).

Ce féodalisme se fait malheureusement au détriment des praticiens non chefs qui se voient alors réduits à de simples « exécutants » ou « producteurs d'actes ». Ce mode de fonctionnement peut conduire à des blocages majeurs dus à une minorité dont l'intérêt n'est pas toujours l'évolution de la structure ou la qualité des soins, mais surtout mène à la démotivation des équipes.

Le gouvernement semble avoir oublié que l'un des facteurs majeurs de motivation au travail est la possibilité de pouvoir s'investir et participer à l'évolution de l'outil de travail qu'est l'hôpital, et cette possibilité doit être ouverte à tous et non à une minorité ! La part variable sur l'activité ne peut en aucun cas être un véritable facteur de motivation ; en effet, il est tout à fait possible de multiplier les actes « à l'utilité parfois discutable » dans le but unique de « faire du chiffre » sans pour autant être véritablement intéressé par le service rendu

Il n'y a aucune raison pour que chaque praticien ne puisse accéder aux postes à responsabilités.

Toutes les responsabilités, et surtout celles de chefs de service et de pôles, doivent être « tournantes », donner lieu à une formation à la fonction adéquate, et être attribuées au terme d'un débat, voire d'un vote, au sein de l'équipe médicale.

L'ensemble des praticiens disposant de formations et diplômes équivalents, rien ne justifie, à long terme la domination d'un praticien sur les autres (y compris les professeurs). Ainsi le terme de coordonnateur ou responsable serait plus approprié que celui de chef. Un statut de chef de service et de chef de pôle, indiquant clairement ses droits, responsabilités et obligations est indispensable.

Parmi les nombreux combats que nous aurons à mener dans les prochains mois nous défendrons le droit de s'exprimer et de s'impliquer dans l'avenir des services de chacun en demandant :

- la limitation dans le temps des mandats des responsables de service afin de permettre un véritable turn-over.
- la nomination des responsables de services par élection au suffrage universel direct par l'ensemble des praticiens du service.

Dr Louison ANDRIAMIFIDY, Vice-Président