

Docteur Yves Rébufat
Président

Docteur Nathalie Cros-Terraux
Vice-Présidente

Docteur Véronique Agaësse
Secrétaire Générale

Décembre 2014

PLATE FORME REVENDICATIVE DU SNPHAR-E

Le Conseil d'administration du SNPHAR-E a décidé de faire évoluer sa plate-forme revendicative.

Le succès de son élargissement aux autres spécialités médicales montre que la stratégie de renouveau syndical, sans corporatisme, mais autour de valeurs propres aux médecins du service public hospitalier, est une nécessité face aux attaques que subissent l'hôpital et ses acteurs.

Depuis le vote de la Loi HPST en 2010 et ses décrets d'application, le PLFSS, la tarification à l'activité à 100% et la mise en concurrence à tout prix et sans nuance avec le secteur libéral, un bilan extrêmement sombre est tiré par les principaux acteurs du paysage hospitalier.

Dans les établissements on note l'émergence d'un sentiment d'incompréhension, de tensions de plus en plus vives face au mépris quotidien du travail des professionnels : désormais seules les notions de rentabilité, de retour à l'équilibre, de concurrence, de parts de marché semblent être les moteurs des décisions.

Cette plate forme est un appel à la reprise de négociations avec le Ministère de la Santé. Il est devenu urgent, avec la crise démographique actuelle et l'accroissement de l'activité, de répondre aux attentes des praticiens hospitaliers en terme d'attractivité de carrière au risque de ne plus pouvoir faire fonctionner l'hôpital faute de médecins pour le faire.

Plan de la plate forme :

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	page 2
ATTRACTIVITE DES CARRIERES HOSPITALIERES	page 3
1. Avancées statutaires	page 3
2. La performance hospitalière	page 6
3. Le temps de travail	page 7
4. La permanence des soins	page 8
5. La pénibilité	page 11
6. La retraite	page 12
7. Place du PH au sein de l'institution	page 13
8. Equilibre démographique	page 14

Service d'Anesthésie Réanimation
Hôpital Laënnec - CHU de Nantes
44093 Nantes Cedex 1
tél. 02 40 16 51 47
tél. 06 86 87 62 76
✉ yves.rebufat@snphar.fr

Service d'Anesthésie Réanimation
CHU de Dijon - Hôpital Général
3 rue du Faubourg Raines
21033 Dijon Cedex
tél. 06 81 58 27 95
tél. 03 80 29 30 31 poste 16 428
✉ nathalie.cros-terraux@snphar.fr

Service d'Anesthésie Réanimation
CHU d'Amiens – Centre St Victor
354 Bd de Beauvillé
80000 Amiens
tél. 06 33 63 20 62
tél. 03 22 82 40 00
✉ veronique.agaesse@snphar.fr

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

1. Garanties de fonctionnement du service public et de ses missions.

La Loi HPST a introduit des réformes majeures de l'organisation du système de santé ; il est nécessaire d'évaluer dès cette année les conséquences sur l'offre de soins publique. Les fondements de notre société solidaire (libre accès et égalité d'accès à un soin de qualité pour tous les patients, sans discrimination aucune) doivent être respectés sur tout le territoire. Les syndicats doivent être associés au sein de chaque ARS aux réflexions sur les réorganisations. Si la nouvelle loi de santé redéfinit le service public hospitalier, elle ne le rétablit pas dans sa forme antérieure à la loi HPST pour autant.

2. Refus de la seule logique comptable et de la mise en concurrence d'activités qui ne se ressemblent pas vraiment, qui règlent actuellement le financement des hôpitaux et les réorganisations au sein de chaque établissement et de chaque territoire de santé.

- Nous réclamions dès 2007 un moratoire sur le passage de la T2A à 100%. En 2011, nous pouvons affirmer que les effets pervers se font ressentir au quotidien, aussi bien sur les missions de service public, qu'en raison de pressions que les médecins subissent au quotidien pour choisir les actes rentables quelle que soit leur pertinence.

- L'évolution a finalement été ce que nous en percevions, une logique purement financière déconnectée de la réflexion sur la pertinence des actes et souvent niant la spécificité des missions de service public. Heureusement que l'idée de la convergence tarifaire public-privé fut rapidement abandonnée.

- Le nouveau management public, qui tente de régner dans les hôpitaux publics, a des effets délétères sur les organisations du travail professionnel et des conséquences sur la prise en charge des patients.

3. Valorisation des missions de service public, d'enseignement, de recherche, de permanence des soins en fonction des besoins de santé de la population.

4. Organisation régionale du système de santé, via les ARS, notamment pour les plateaux techniques selon une logique de besoins régionaux, des flux de populations et non une logique comptable, avec déconnexion des influences politiques. La nouvelle Loi de santé en redéfinissant des groupements hospitaliers de territoire doit y répondre.

De véritables mesures incitatives basées sur le volontariat pour les médecins acceptant de travailler pour des périodes plus ou moins longues dans **les zones médicalement défavorisées ou dans les structures rattachées au groupement** doivent être prises, sans que les lobbies puissent s'y opposer. Au niveau territorial, la concentration des plateaux techniques, une réelle réflexion sur la répartition des sites de la permanence des soins, selon une logique médicale et non politique ou administrative, tenant compte de certains particularismes géographiques s'impose avec tous les acteurs concernés.

ATTRACTIVITE DES CARRIERES HOSPITALIERES

L'attractivité des carrières médicales hospitalières n'est pas une incantation ou un chiffon rouge agité dans le vide. Aux problèmes démographiques des professions médicales, organisés par le numerus clausus et l'absence de régulation sur les spécialités ou la géographie, se surajoute la désaffection croissante pour la carrière de praticien hospitalier.

Cette désaffection a des causes : une crise démographique pas anticipée, un accroissement de l'activité liée au vieillissement de la population et au mode de financement des hôpitaux, des effectifs sous tension, une perte de contrôle de l'organisation du soins liée à une gouvernance inadaptée et un différentiel de rémunération entre le public et le privé plus qu'important dans certaines spécialités.

Une vraie réflexion doit de toute urgence avoir lieu sur les conditions qui permettraient d'attirer de nouveau les médecins vers l'hôpital public. Il ne sert à rien de vouloir garder de force les PH via une clause « Maginot » de non concurrence, mais il faut, au contraire, leur donner envie de rester.

Les propositions et négociations doivent porter sur des avancées statutaires réglementaires qui permettent notamment de concurrencer l'installation en milieu libéral, mais aussi des propositions visant à garantir pour le praticien hospitalier une reconnaissance de son investissement en temps, et une autonomie décisionnelle nécessaire à son épanouissement au travail.

AVANCEES STATUTAIRES

Des négociations sur la modernisation du statut des praticiens hospitaliers doivent s'ouvrir en urgence.

Préalable indispensable, nous voulons tout d'abord **renforcer le statut unique des praticiens hospitaliers et le rendre plus attractif pour les jeunes générations.**

Conjointement et face à la concurrence agressive du secteur à but lucratif, il nous apparaît indispensable de procéder à une revalorisation et à une horizontalisation de la grille de rémunération des praticiens hospitaliers. Des marges seront trouvées grâce à la suppression du consultanat, et au passage des médecins exerçant une activité libérale en temps partiel. Enfin, afin de lutter contre une possible précarisation des plus jeunes sur des postes temporaires, nous proposons d'encadrer strictement dans le temps et dans l'espace le recours aux praticiens contractuels.

La grille de rémunération doit être revalorisée selon une grille à l'ancienneté horizontalisée :

- un premier échelon correspondant à l'actuel échelon 8 (5500 €),
- un deuxième échelon à l'actuel échelon 10 (6000 €),
- un troisième échelon correspondant à l'actuel échelon 12 (7000 €)
- et un quatrième échelon correspondant à l'actuel échelon 13 (7500 €);

La durée de chaque échelon est de 2 ans, le 4^e échelon se prolongeant jusqu'à la retraite.

La rémunération des praticiens comprend :

- **Une indemnité de base** correspondant à la réalisation d'un **maximum** de 48 heures ou 10 demi-journées de travail hebdomadaire.
- **Une indemnité de temps de travail additionnel** correspondant au travail réalisé au-delà des 48 heures ou 10 demi-journées hebdomadaires ; son montant est le double du salaire quotidien, à titre dissuasif de recours à ce système. Le travail au delà de 48h doit être suffisamment coûteux pour induire réorganisations et recrutements et **dans les établissements recourant à l'intérim médical il doit être porté au même niveau que la rémunération de celui-ci c'est à dire à 65 € nets par heure.**

- **Une indemnité pour prime de service public exclusif revalorisé** à 1200 €. Les rémunérations liées à l'exercice libéral de certains médecins hospitaliers temps plein doivent être ainsi compensées justement au profit de ceux qui se consacrent entièrement à l'exercice public.

- **Une indemnité favorisant les investissements individuels** (valences de recherche, d'enseignement, ou administrative ; responsable d'UF) au prorata temporis, par des contrats prévisionnels incluant une évaluation rétrospective du service rendu.

- **Une indemnité d'intéressement à la performance collective, calculée sur la base de la PFR des directeurs d'hôpitaux.**

- **Des indemnités de sujétion** pour la permanence sur place, pour les astreintes non déplacées et pour chaque déplacement en astreinte. Cette indemnité dont le montant n'a pas évolué depuis de nombreuses années doit être portée à 450 €.

Amélioration du statut de PH contractuel (PHC) :

- couverture sociale équivalente à celle du PH ;
- contrat limité dans le temps à 3 ans maximum ;
- contractualisation limitée dans l'espace : création d'un quota maximum de PHC par rapport à l'effectif du personnel médical.

Mise en place d'un contrat de médecin remplaçant attractif à la fois sur le plan des rémunérations et du statut, destiné aux jeunes médecins titulaires d'une licence de remplacement. Ce cadre permettrait les remplacements pour les congés prolongés (CET), et de régler le problème inacceptable des médecins mercenaires. Ce pool de médecins remplaçants devra être géré au niveau régional (ARS) voire du CNG. Contrat calqué sur le statut d'assistant spécialiste des hôpitaux, avec ancienneté, et rémunération sur la base du 1^{er} échelon d'un statut rénové (correspondant au 8^{ème} échelon actuel).

Encadrement strict de l'activité libérale, des expertises et du consultanat. L'activité libérale ne doit pas dépasser les 20% réglementaires, avec contrôle effectif et sanctions en cas de dépassement ou de tricherie. Les médecins consacrant 20% de leur temps à une activité libérale ou à des expertises seront rémunérés pour leur temps public donc comme un temps réduit à 80%. Suppression du principe du consultanat : cette position ne devrait pouvoir qu'être honorifique, à l'exclusion de toute rémunération autre que symbolique ou indemnisation de frais.

Normalisation du statut de praticien à temps partiel :

- couverture sociale équivalente à celle du PH
- normalisation des droits à la retraite au prorata temporis par rapport à ceux des PH temps plein (Ircantec)

Aménagement des fins de carrière afin de faciliter le maintien dans l'emploi pour les seniors

- s'ils le désirent, un exercice à temps partiel, dès l'âge de 60 ans,
- ou sous la forme d'une retraite progressive.
- En cas de cumul emploi retraite, rémunération au 2^{ème} échelon nouveau, permettant de maintenir ces médecins en exercice avec une rémunération décente en regard avec les services rendus.

LA PERFORMANCE HOSPITALIERE

Le concept de performance est désormais détourné de son vrai sens. Pour les directions, la performance est avant tout financière. Pour le SNPHAR-E, la performance est une vraie valeur professionnelle, qui fait ***partie intégrante du métier de médecin hospitalier, et ne nécessite pas de rémunération supplémentaire.***

Par contre, il est important de valoriser la performance collective, véritable moteur des investissements collectifs, seul garant de la qualité clinique. Le niveau de l'intéressement collectif sera rapporté au niveau de la PFR des directeurs d'hôpitaux.

Le concept des valences individuelles. Il est indispensable de permettre et de reconnaître les investissements de chacun en sus de l'activité clinique, coeur de notre métier. Le statut unique de PH reposant sur la mission de soins, doit permettre la reconnaissance ***de fonctions extra-cliniques*** (enseignement, recherche, gestion, vigilances, chefferie de service, de pôle, etc.) par des contrats prévisionnels avec évaluation rétrospective du service rendu.

La possibilité d'avoir recours au mercenariat médical doit être interdite. Certaines spécialités dans des établissements ne fonctionnent qu'avec des mercenaires, sans aucune garantie de qualité ni de sécurité. Une vraie politique de performance hospitalière doit s'appuyer sur des médecins titulaires, engagés au sein de leur établissement, sur la base d'une vraie politique d'attractivité nationale des carrières. La politique de remplacement doit s'organiser au niveau territorial et pas local.

Formation initiale et continue des médecins (DPC)

- **La FMC est un droit, mais aussi un devoir pour tout PH.** Des moyens financiers décents doivent être attribués aux PH, sur la base d'un crédit-formation prospectif intégré dans le contrat de pôle d'affectation (5 000 € par an et par PH). **Le choix des formations doit se faire en toute indépendance.**

Médecins étrangers : garanties de qualification, de formation, et d'intégration.

L'apport de médecins étrangers, diplômés au sein ou hors de l'Union Européenne, est un fort atout pour nos hôpitaux, à condition que les standards de formation reconnus soient respectés, et que ces médecins puissent bénéficier des mêmes avantages que les médecins français.

Le recours à une homologation des compétences et connaissances via un examen européen (tel que l'European Diploma in Anesthesiology and Intensive Care (EDA) organisé par l'European Society of Anesthesiology (ESA)) assurerait une garantie de qualité unanimement reconnue.

Au total, aucune autorisation d'exercer ne doit être délivrée en dehors de l'obtention du diplôme de spécialité et de la qualification ordinale sur la base réglementaire, celle-ci excluant toute reconnaissance de compétence acquise hors diplôme. L'évaluation universitaire et diplômante doit être la même pour les PADHUE que pour les DESAR ou médecins à diplôme européen, avec homologation des compétences et connaissances via un examen européen.

Certains contrats d'engagement exposent à des formes d'exploitation, notamment en termes de charge de gardes, forcément préjudiciables à la qualité des soins rendus et à la santé de ces médecins. Il n'est pas possible de cautionner un tel exercice dégradé, et en aucun cas le service rendu ne doit primer sur la qualité des soins et la sécurité des patients pris en charge.

TEMPS DE TRAVAIL

La directive européenne 2003/88/CE et les arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes doivent être respectés :

- suppression du principe de l'opt-out (temps de travail hebdomadaire moyenné supérieur à 48 heures) ;
- refus de toute dissociation de la garde en périodes dites actives et inactives ;
- maintien du quadrimestre comme période référentielle pour le calcul des plages additionnelles ;
- au titre des valences, les activités d'encadrement, d'enseignement (recherche), et de gestion de structures institutionnelles doivent être reconnues comme du travail effectif et réalisées pendant et dans le cadre de ses obligations de service ;

Le temps de travail doit être mesuré, reconnu et valorisé

1. **Décompte du temps de travail :** des règles de fonctionnement au niveau de l'ARS et des EPS doivent assurer la transparence nécessaire.

- **Une organisation régionale** avec analyse de toutes les lignes de gardes et astreintes, incluant les représentants des PH et les institutionnels doit être mise en place, réévaluée tous les ans en fonction de critères d'activité et d'utilité publique territoriale, ce qui permettra d'assurer la transparence nécessaire.

- **Les EPS doivent fournir un moyen de décompte horaire du travail réalisé**, prospectif et rétrospectif.

- L'existence d'un **tableau de service mensuel nominatif**, commun à tous les médecins de l'EPS, appliquant la réglementation, prospectif et rétrospectif, et validé par le responsable du pôle, faisant apparaître les heures et les demi journées de jour et de nuit conditionne la paie. **Les déclarations frauduleuses sont passibles de pénalités financières.**

- Une commission est mise en place dans chaque EPS pour l'analyse du temps médical et son utilisation.

Selon l'organisation du travail et la volonté de chaque équipe, le temps est mesuré soit à la demi journée, soit en comptabilisation horaire.

Toute activité sur le lieu de travail et en télé médecine est considérée comme du temps de travail y compris la continuité des soins, la permanence des soins, les déplacements en astreinte, le DPC et les réunions institutionnelles. Les activités non cliniques comme la recherche, les missions institutionnelles, l'activité syndicale sont du temps de travail, qui font partie d'un profil de carrière et peuvent être contractualisées au sein du pôle avec évaluation.

Si l'organisation des plateaux techniques oblige les demi-journées à dépasser régulièrement 4 heures (blocs en 10 ou 12 heures, réanimations, activité H24), l'équipe concernée peut sur sa simple demande, basculer en décompte horaire. En règle général, le décompte du temps de travail en heure doit être autorisé sur simple demande d'une équipe de soins.

Le temps de travail consacré à l'activité privée et aux expertises exercées au sein d'un établissement public de santé doit être dissocié des obligations statutaires hebdomadaires. Les PH exerçant une telle activité privée ou des expertises devront être considérés comme des PH à temps réduit (80 %).

Le concept de « journée hebdomadaire d'activité d'intérêt général » doit être précisé afin notamment d'y inclure et d'y définir les activités syndicales exercées par les PH.

2. Temps de travail statutaire :

Le temps de travail statutaire moyenné des praticiens est de **40 heures**, réparties en dix demi-journées. Il **ne peut excéder 48 heures sauf contractualisation** de temps additionnel sur volontariat. **La rémunération de base correspond à 40 heures de travail.**

Le calcul de l'effectif nécessaire au sein d'une équipe médicale prend en compte cette valeur de 40 heures. C'est en cela que la notion d'autonomie de la gestion de son temps de travail prend son sens. Au-delà de 40 heures, il n'y a plus d'autonomie possible.

3. Temps de travail supplémentaire :

Les heures effectuées de 40 à 48 heures ne sont pas du temps additionnel, mais sont du temps de travail supplémentaire qui doit être rémunéré contractuellement sur la base de 1,5 fois le tarif horaire de base. (les heures supplémentaires sont valorisées à 150% du taux de base).

Pour le travail non contingenté par une organisation horaire stricte, la comptabilisation du temps de travail peut se faire à la demi-journée sans que cette organisation ne pénalise les médecins. La demi-journée vaut alors **administrativement** 4 heures de travail moyennées. Au-delà de 10 demi-journées travaillées (équivalent de 40 heures travaillées en décompte horaire), les 2 premières demi-journées travaillées en plus sont du temps de travail supplémentaire rémunéré sur la base de 1,5 fois le tarif horaire de base. Les demi-journées travaillées au-delà de 12 demi-journées (équivalent de 48 heures travaillées en décompte horaire) sont du temps de travail additionnel.

4. Temps de travail additionnel

A terme, l'opt out ou temps de travail additionnel devrait être supprimé, par une meilleure gestion des plateaux techniques et une meilleure organisation régionale de la permanence des soins.

De façon transitoire et conformément à la loi, le SNPHAR-E accepte l'existence de plages, à condition qu'une contractualisation claire et préalable ait été signée entre le PH intéressé et son administration, et ceci après avis de la commission d'organisation de la permanence des soins de l'établissement.

Ce temps additionnel doit avoir une seule définition et une seule rémunération : ce sont des heures ou des demi journées effectuées au delà des 48 heures réglementaires hebdomadaires, moyennées sur 4 mois. Les disparités constatées dans la rémunération actuelle du temps additionnel doivent disparaître (de jour ou de nuit).

La rémunération de la plage additionnelle doit être portée à un niveau dissuasif, (**650 € nets /plage**) afin de favoriser plutôt le recrutement de médecins hospitaliers plutôt que l'embauche de médecins mercenaires.

Pour les dépassements exceptionnels au delà des heures ouvrables, dans le cadre d'une obligation de service, et afin de pousser les organisations à plus d'efficacité, (dépassements pour finir un bloc opératoire ou une procédure), ces dépassements seront facturés à 65€/H.

Des registres de suivi de temps additionnel doivent être établis au sein des EPS comportant les contrats signés en fonction des spécialités et le détail des périodes et heures de travail additionnel effectués par chaque praticien afin que chaque Directeur puisse en disposer ainsi que le service de santé au travail.

PERMANENCE DES SOINS

Nous exigeons une véritable réflexion sur l'organisation territoriale de la permanence des soins, portant notamment sur la pertinence et l'utilité des permanences au titre de la garde et de l'astreinte. Cette réflexion doit engager tous les acteurs. Chaque permanence des soins doit être justifiée au niveau sanitaire, et le budget de la permanence des soins ne doit pas être une variable d'ajustement des rémunérations manipulée localement pour maintenir les effectifs.

Le statut unique du praticien hospitalier est le socle de l'organisation médicale hospitalière. Toutefois certaines disparités d'exercices peuvent être la source d'une désaffection des Praticiens Hospitaliers pour un exercice au long cours à l'hôpital public. Pour les spécialités qui participent activement à la permanence des soins, cette désaffection est une réalité à prendre en compte rapidement. En effet **la participation à la permanence des soins est une contrainte forte**, principalement dans le secteur public, c'est une source de pénibilité réelle dont on connaît aujourd'hui les conséquences sur notre santé au long cours, et c'est une spécificité insuffisamment reconnue aujourd'hui. Il est donc nécessaire et urgent de **faire des propositions pour valoriser, atténuer et compenser cette pénibilité source de désengagements.**

Le travail de nuit toute une carrière doit être bonifié :

- pour les PH à la demi journée : une permanence de nuit vaut 3 demi-journées, une permanence de samedi ou de dimanche vaut 5 demi-journées.
- Pour les PH en temps médical continu : le temps de travail de nuit est bonifié selon un taux de 25% (12 heures = bonus de 25 % soit 3 heures et comptent donc pour 15 heures dans le temps de travail réalisé).
- Le principe du bonus de 25% est appliqué aussi au temps de déplacement en astreinte.
- Refus de toute dissociation de la garde en périodes dites actives et inactives ; en aucun cas elle ne peut être réalisée sous la forme de plages additionnelles.

La permanence sur place :

- Une revalorisation financière de la garde à 450500 € témoignerait de la reconnaissance de cette mission de service public. Une telle augmentation n'est pas induite face à la rémunération des libéraux qui participent à la PDS ou à la régulation au SAMU, à la rémunération des mercenaires, ou aux demandes d'indemnisation des responsables élus au conseil de l'Ordre pour leur activité (500 euros/jour), ou à la rémunération des personnels hospitalo-universitaires.
- La permanence sur place est intégrée aux 10 demi-journées hebdomadaires des obligations statutaires.

L'astreinte :

- **Instauration d'un seul niveau d'astreinte.**
- L'astreinte se décompose en trois temps :
un temps d'attente au cours duquel des avis médicaux peuvent être effectués à distance (téléphone, Internet, télé médecine) ;
un temps d'intervention et de soins à l'hôpital ;
et, enfin, un temps de déplacement.
- L'organisation de la permanence des soins sous forme d'astreinte doit permettre le respect du **repos quotidien après un déplacement** (conformément à la réglementation). Cependant, pour les établissements à effectifs limités ne permettant pas l'application du repos quotidien sans baisse d'activité, le SNPHAR-E propose une solution transitoire : le temps déplacé peut être récupéré dans le mois suivant l'astreinte, ou peut abonder le CET.

- Retraites : **participation entière de l'astreinte dans l'assiette des cotisations sociales et retraites** (au premier euro, sans échéancier).

- **Indemnisation : Les modalités d'indemnisation** doivent valoriser les actes de soins, sans négliger la pénibilité des consultations à distance (téléphone, Internet, télémedecine) qui peuvent être nécessaires et pas forcément évaluables facilement. Ainsi, le SNPHAR-E propose :

La convergence de la rémunération forfaitaire de base des astreintes avec celle du secteur libéral (150€).

une rémunération horaire du déplacement, débutant à l'heure d'appel. Les déplacements en astreinte donnent lieu à une indemnisation maximum équivalente à celle d'une permanence sur place revalorisée (Cf. permanence sur place), d'une permanence et demie pour les samedis et de deux permanences pour les dimanches et jours fériés ;

Le choix d'une rémunération en temps additionnel est individuel et ne peut pas être collectif.

- La mise en place d'une **transparence totale** pour les déplacements en astreinte, avec l'aide de l'informatique, incluant la possibilité de **sanctions financières en cas de fausses déclarations**.

- **Refus d'une quelconque forfaitisation des astreintes à domicile.**

Pénibilité du travail de nuit :

Il est nécessaire, au vu des conséquences sur la santé du travail de nuit, de les prévenir ; pour ce, il faut fixer un **seuil de pénibilité, qui permettra de repérer les populations à risque, et de mettre en place une politique de prévention.**

Au-delà d'un nombre prédéfini de permanences à l'hôpital accomplies par un praticien sur une année, celui-ci peut se voir octroyer contractuellement, sur une période de 5 ans renouvelable, un certain nombre de droits.

A partir d'un seuil estimé de PDS fixé à 30 gardes ou astreintes déplacées par an (soit 1000 sur une carrière), par contractualisation individuelle et d'équipe avec l'EPS pour une période de 5 ans, les règles suivantes sont appliquées aux contractants :

Seul le dépassement de ce seuil de pénibilité induit la possibilité d'un contrat local avec le directeur. Ce contrat local s'appuie sur une réglementation nationale qui permettrait une meilleure reconnaissance du temps de travail et de la pénibilité propre de ces praticiens, et la prévention de ses conséquences : facilitation du décompte horaire du temps de travail ; bonification en temps du travail de nuit ; définition d'une durée horaire moyenne administrative pour la demi-journée ; temps de travail des praticiens fixé à 40 heures ou 10 demi-journées de 4 heures ; intégration complète des gardes et astreintes dans le temps de travail ; indemnisation du delta 40-48 heures en temps de travail supplémentaire ; au-delà de 48 heures ou de 12 demi-journées travaillées il s'agit de temps de travail additionnel dont l'indemnisation est fortement revalorisée ; possibilité de gérer activement son stock et son flux de CET ; prise en compte de la pénibilité dans la retraite.

La Loi sur les retraites (Art. L. 4624-2) oblige les employeurs à la constitution d'un dossier « **dossier médical en santé au travail** ». Ce dossier, constitué par le médecin du travail, retrace les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis. Il s'agit donc d'un « curriculum laboris », relevé individuel rétrospectif et prospectif d'exposition aux conditions spécifiques de certains exercices. La constitution de ce dossier en santé au travail doit être une obligation dans chaque établissement, et y figureront l'exposition au travail de nuit. Un suivi actif en médecine du travail doit être obligatoire, et participera à la prévention des risques psycho-sociaux.

La participation à la permanence des soins pour les praticiens âgés de plus de 60 ans doit être facultative sans que la nécessité de service ne soit opposable.

La Pénibilité du Travail de nuit est prise en compte pour la Retraite

1. **Limitation à 160 trimestres de la durée de cotisation pour l'obtention d'une retraite à taux plein pour ces praticiens ayant fait au minimum 1000 gardes ou astreintes déplacées durant une carrière.**

2. **Doublement des cotisations Ircantec (part salariale et employeur) sur les gardes et astreintes.**

3. **Aménagement des fins de carrière avec possibilité de travail à temps réduit** grâce à plusieurs dispositifs, qui permettraient **de maintenir une activité avec des horaires aménagés et de reculer l'âge de la prise de retraite :**

- Obtention de droit d'un **temps réduit à partir de 60 ans** (au choix du praticien).
- Possibilité garantie **d'utiliser les jours de CET épargnés au fil de l'année, régulièrement, avec un rythme fixe** (ex 1 jour fixe de CET par semaine).
- Création d'un **contrat de médecin remplaçant** pour les internes titulaires d'une licence de remplacement, afin de faciliter le remplacement total ou partiel des médecins absents pour prise de CET.

5. Gestion ciblée des ressources humaines :

- Ciblage vers des **emplois protégés** en terme de pénibilité, mais avec une forte plus value : formation des étudiants et internes, des infirmières, informatique médicale, saisie des actes, évaluation.
- Possibilité de **changement de spécialité** à partir de 55 ans, pour transfert vers une spécialité moins pénible.
- Mesures attractives pour favoriser le **cumul emploi retraites**, avec maintien d'un exercice à temps partiel sur la base minimale salariale d'un PH 4ème échelon.

6. Comme la Loi sur les retraites le permet jusqu'au 31 décembre 2013, **création à titre expérimental, d'un dispositif d'allègement ou de compensation de la charge de travail des salariés occupés à des travaux pénibles, en l'occurrence le travail de nuit.**

Les PH pourraient bénéficier de ce dispositif s'ils ont été exposés pendant une durée minimale définie (proposition : plus de 1000 gardes ou astreintes déplacées sur la carrière). Ils doivent ne pas remplir les conditions pour liquider leur retraite à taux plein.

L'allègement de la charge de travail pourrait prendre la forme :

– d'un passage à temps partiel pour toute la durée restant à courir jusqu'à ce que le PH puisse faire valoir ses droits à retraite, durée pendant laquelle le PH bénéficierait d'une indemnité complémentaire fixée par l'accord ;

– de l'exercice d'une mission de tutorat au sein de l'établissement de santé, mission au titre de laquelle le PH bénéficierait d'une indemnité complémentaire fixée par l'accord.

La compensation de la charge de travail pourrait prendre la forme :

- du versement d'une prime ;
- de l'attribution de journées supplémentaires de repos ou de congés.

PENIBILITE

En 2013, la réforme des retraites introduit le compte personnel de prévention de la pénibilité ou compte individuel pénibilité. Ce compte devait prendre en compte les 10 facteurs définis par la loi. (Art D.4121-5 du Code du Travail).

Ce code définit des pénibilités qui sont susceptibles de donner lieu à compensation ou à des politiques de préventions. Elles sont listées ci dessous.

Pénibilités définies dans le Code du Travail, et pouvant amener à prévention/compensation dans le privé.

- travail en équipes alternantes et travail atypique de nuit (horaires comprenant au moins 1 heure de travail entre 0 et 5H du matin associé à du travail de jour en alternance, au moins 50 nuits par an.
- travail de nuit, au moins 120 nuits par an (non cumulable avec le précédent).
- agents chimiques dangereux y compris poussières et fumées (sont retenus les dangers suivants : toxicité aigue, corrosion cutanée, lésion oculaire grave, sensibilisants respiratoires, cancérogénicité, mutagénicité sur les cellules germinales, toxicité pour la reproduction, effets sur l'allaitement, toxicité pour certains organes cibles, ou toxicité par aspiration) durée d'exposition supérieure à 150h par an.
- activités en milieu hyperbare (intervention à plus de 1200 hPa, 60 fois par an).
- bruit (80 DB (niveau d'exposition du bruit à l'oreille) ou 135 dB (niveau de pression acoustique de crête) plus de 600 heures par an.
- manutentions manuelles de charge (Levé porté de poids > 15KG ou 10 KG en cas de prise au sol ou au dessus des épaules ou de déplacement en charge), ou poussé-tiré des poids > 250 kg, le tout 600 H/an.
- manutention de 7,5 tonnes 120 jours /an.
- postures pénibles (position forcée des articulations, accroupi, à genoux, bras au dessus des épaules torsion du torse >30° et torse fléchi >45°), 900 H par an.
- vibrations mécaniques (2,5 m/S² pour les mains et les bras, 0,5 pour le corps entier) 450 H par an.
- températures extrêmes (<5° ou > 30°) plus de 900 heures par an.
- travail répétitif (temps de cycle <1 mn, ou cycle > 1 mn qui comporte 30 actions techniques par minute), 900 heures par an.

Cependant, le dispositif proposé est ouvert aux salariés de droit privé et pas à la fonction publique qui dispose déjà de dispositifs de prévention et de suivi. Les médecins hospitaliers ne sont pas des agents de droit privé et n'appartiennent pas à la fonction publique hospitalière.

Nous demandons la reconnaissance des critères qui nous concernent tout particulièrement :

- 1- Le travail de nuit (cf. chapitre permanence des soins).
- 2- Les autres pénibilités seront à étudier et à intégrer dans une prévention et une reconnaissance efficace.

L'enquête réalisées par les intersyndicales sur la pénibilité a fait ressortir d'autres items fréquents :

- amplitude de travail trop importante dans une journée, absence de pause méridienne
- le « stress » généré par des pressions diverses : charge mentale, stress psychique et physique, pression administrative, conflits interprofessionnels, risque médical, le manque chronique d'effectif, le travail multi tâches...
- manutention des patients, conduite de nuit, exposition aux rayons X, travail en sous sol...

RETRAITE

Le SNPHAR-E ne peut accepter la baisse des retraites de l'IRCANTEC survenues ces dernières années. Il est primordial de revenir à un **taux de remplacement de l'ordre de 60 % du dernier revenu d'activité**.

Temps réduits et Temps partiels : **répartition "proratisée"** des cotisations entre Tranche A et Tranche B comme le prévoit le droit commun de l'IRCANTEC (art. L. 242-8 du Code de la sécurité sociale).

Majoration de la pension totale IRCANTEC par une **surcote de 5 % pour chaque année réalisée après l'obtention du nombre requis de trimestres pour obtenir une retraite à taux plein**.

Selon le souhait du PH, le **compte épargne temps valorisé** devrait pouvoir être utilisé pour le rachat de points IRCANTEC ou pour alimenter une sur-complémentaire (PERCO ou PREFON) avec participation de l'employeur à hauteur de 5000€ par an.

Prise en compte des **émoluments hospitaliers des praticiens Hospitalo-Universitaires** (MCU-PH ; PU-PH) dans un régime par répartition obligatoire de la fonction publique.

Indemnité de départ à la retraite, comme tout agent de la fonction publique s'élevant de un à 2 mois en fonction de l'ancienneté.

Reconnaissance de la pénibilité de l'exercice médical de nuit (cf chapitre pénibilité)

PLACE DU PH AU SEIN DE L'INSTITUTION HOSPITALIERE

Une charte intra hospitalière commune doit être conçue au sein de chaque établissement, partagée entre les médecins et les directeurs d'établissement, fixant les règles minimales : objectifs de l'établissement, du pôle, du service ; quel accueil, quelle installation, quelle organisation du travail, quelle circulation de l'information, quelle reconnaissance du travail effectué, etc ; afin que chaque PH se sente reconnu et exister en tant que médecin hospitalier intégré à son EPS.

Une réflexion spécifique doit s'engager sur les CHU, leur place dans le paysage hospitalier en terme de recours, d'excellence mais aussi de proximité. **Les Ordonnances de 1958 sont dépassées** au vu des différentes réformes récentes, notamment via la disparition des services hospitaliers socle ancien de l'organisation hospitalière. Les investissements de chacun au sein de l'institution hospitalo-universitaire doivent être reconnus et valorisés, et les rôles et fonctions de chacun doivent être régulièrement évalués, en dehors de tout esprit de caste.

Gouvernance hospitalière et pôles d'activité médicaux : des règles de démocratie intra hospitalière doivent être instaurées pour favoriser le dialogue social et le **principe de la participation des PH** au fonctionnement des structures hospitalières. **Tous les niveaux de responsabilité, doivent être accessibles aux PH non universitaires.** Il est primordial que les médecins puissent participer démocratiquement et en toute transparence aux décisions, notamment celles qui concernent leur exercice.

Le management tourné vers des structures gigantesques est voué à l'échec : déresponsabilisation, anonymat, désorganisation, cloisonnements, perte d'objectifs : il est nécessaire de donner plus de place aux structures internes constituées au plus près de l'exercice clinique. Ces structures internes, unité de base des pôles, peuvent grâce à des contrats d'objectifs et des règles de démocratie, permettre aux PH de se sentir intégré à la vie de l'hôpital, condition de base de leur engagement, et de leur maintien dans la structure.

Il est illusoire de demander à un même praticien de pouvoir simultanément assumer une réelle activité clinique, et de faire preuve d'une expertise en gestion humaine, en enseignement, en recherche, et en gestion. Ces fonctions doivent être dissociées, et assurées sur des périodes limitées, avec évaluation régulière des réalisations d'objectifs, par l'administration et par les pairs.

Il faut redonner aux CME une vraie fonction décisionnelle d'analyse du fonctionnement de l'EPS, de conception du projet médical, de gestion de l'organisation médicale, et de gestion de la qualité de l'EPS.

EQUILIBRE DEMOGRAPHIQUE

L'équilibre démographique doit se concevoir autant au niveau national qu'au niveau régional, et au sein de la région. Un service public se doit de ne pas entretenir des disparités inadmissibles pour la population.

La réflexion se situe sur une vraie politique d'attractivité des carrières publiques, avec des adaptations possibles selon les spécialités et selon les âges de la carrière. C'est un des objectifs de cette plate forme.

Il faut redonner envie aux jeunes médecins de rester à l'hôpital public, permettre à ceux qui veulent une part de nomadisme de l'exercer avec des systèmes de bonification (véritables primes multi site, primes à l'installation, primes pour postes prioritaires), avec un profil de carrière prospectif intéressant.

Il faut permettre aux seniors de rester sereinement travailler s'ils le désirent, sans ressentir de mépris. Et de participer au nomadisme avec bonification s'ils le désirent.