

INFOS MEDECINS

Edito

Dans ce numéro :

Edito	1
2011 = année des PRS	2-3
Temps de travail : attention danger !	4-5
Les points aveugles de la loi Bachelot pour les PH	6-8

La situation des hôpitaux se dégrade au rythme de l'application de la loi HPST et de l'étranglement financier mis en place avec les deux machines de guerre que représentent la T2A et l'ONDAM.

Le constat est effectivement alarmant. Tous les jours, nous pouvons constater que la CGT avait raison quand elle traitait Roselyne Bachelot de « menteuse » lorsqu'elle affirmait que l'emploi hospitalier augmentait. Aujourd'hui, les chiffres publiés par le ministère de la santé sont sans appel : l'hôpital aura perdu en 3 ans près de 40.000 emplois de personnels non médicaux, soit quasiment le même chiffre que l'éducation nationale. Même si l'emploi médical semble en augmentation, il ne s'agit que d'un leurre car les chiffres ne sont que le reflet de régularisations d'emplois

précaires, notamment ceux concernant nos collègues à diplôme hors union européenne qui ont pu faire régulariser leur situation.

S'ajoute aussi la volonté de réorganiser la permanence des soins en diminuant très fortement les moyens attribués à l'hôpital pour en redistribuer une partie vers le secteur privé lucratif. Même le député Jean Leonetti (UMP), président de la FHF*, lance un message d'alerte et déclare : « *On nous demande de réduire l'enveloppe de 7% et pour ça, de rémunérer la permanence d'un médecin dans le privé à 150 euros et celle d'un médecin dans le public à 40 euros : elle est où l'équité ?* ».

Comment faire plus et mieux, avec moins de personnel ? C'est impossible. Il en va de la responsabilité collective dans les établissements de refuser ces

réductions budgétaires et de le signifier clairement aux responsables. En effet, seule la résistance collective peut actuellement être efficace.

Le directeur qui est dans l'obligation d'imposer un plan de retour à l'équilibre, ne peut le faire seul : si les médecins le refusent, il faudra bien se mettre autour de la table et négocier avec la tutelle, à savoir l'ARS.

Des mobilisations ont déjà permis des reculs, comme à Guéret ou à Argenteuil sur la question de la radiothérapie. A nous de montrer que l'action collective peut être efficace !

Christophe Prudhomme
Collectif médecins
Fédération CGT de la santé
et de l'action sociale

* FHF : Fédération Hospitalière de France

2011 = année des Projets Régionaux de Santé (PRS)

Les PRS, créés par la loi 2009-879 dit l'« Hôpital, Patients, Santé, Territoires, (HPST) » du 21 juillet 2009 et le décret 2010-514 du 18 mai 2010, représentent la dernière pierre angulaire du dispositif HPST. Ils permettent d'imposer la marque de la droite libérale actuellement au pouvoir sur l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social pour les années à venir.

Arrêté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), après avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), le PRS a vocation à simplifier et coordonner les nombreux plans, schémas et programmes sectoriels qui coexistent dans les domaines sanitaire et médico-social afin d'améliorer la lisibilité du système d'organisation et de régulation et d'optimiser la transversalité et l'efficacité des actions.

Elaboré par les services de l'ARS, à partir des propositions des acteurs du secteur, notamment des conférences de territoires, le PRS comporte 3 éléments majeurs :

- **le plan stratégique régional de santé (PSRS)** qui après avoir fait le bilan de l'offre et des besoins fixe les orientations et objectifs sanitaires et médico-sociaux de la région.

- **les schémas régionaux :**
 - › organisation des soins (SROS* volet hospitalier et volet ambulatoire) ;
 - › prévention (volet prévention promotion de la santé (PPS) et volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN))
 - › organisation médico-sociale (SROSMS**)
- **les programmes qui prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS)** (programmes territoriaux de santé, contrats locaux de santé, programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC), plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), programme régional de gestion du risque (PPRGDR), programme de la télémédecine...).

L'évaluation de la mise en œuvre du PRS et de la réalisation des objectifs fixés dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) précède à la révision de ce projet régional de santé qui doit intervenir au moins tous les cinq ans, ou à tout moment jugé opportun par le directeur général de l'ARS.

Loin d'être anecdotique, le PRS va imposer des **restructurations drastiques** aux secteurs



sanitaire et médico-social, c'est pourquoi les praticiens hospitaliers devront faire entendre leur voix afin de défendre un service public de qualité accessible à tous.

Le gouvernement impose que les nouveaux schémas régionaux soient validés pour l'été 2011 et les PRS publiés avant fin 2011, afin que les règles soient fixées et les premières mesures mises en œuvre avant l'élection présidentielle de 2012. De toute évidence, une telle échéance semble peu compatible avec un travail de qualité

permettant de mettre en application la démocratie sanitaire pourtant prôner par les promoteurs de la loi HPST. **La CGT sera vigilante et s'opposera à tout projet qui mettrait en péril la qualité du service public hospitalier ou confirait la santé de nos compatriotes au monde du profit et du capital.**

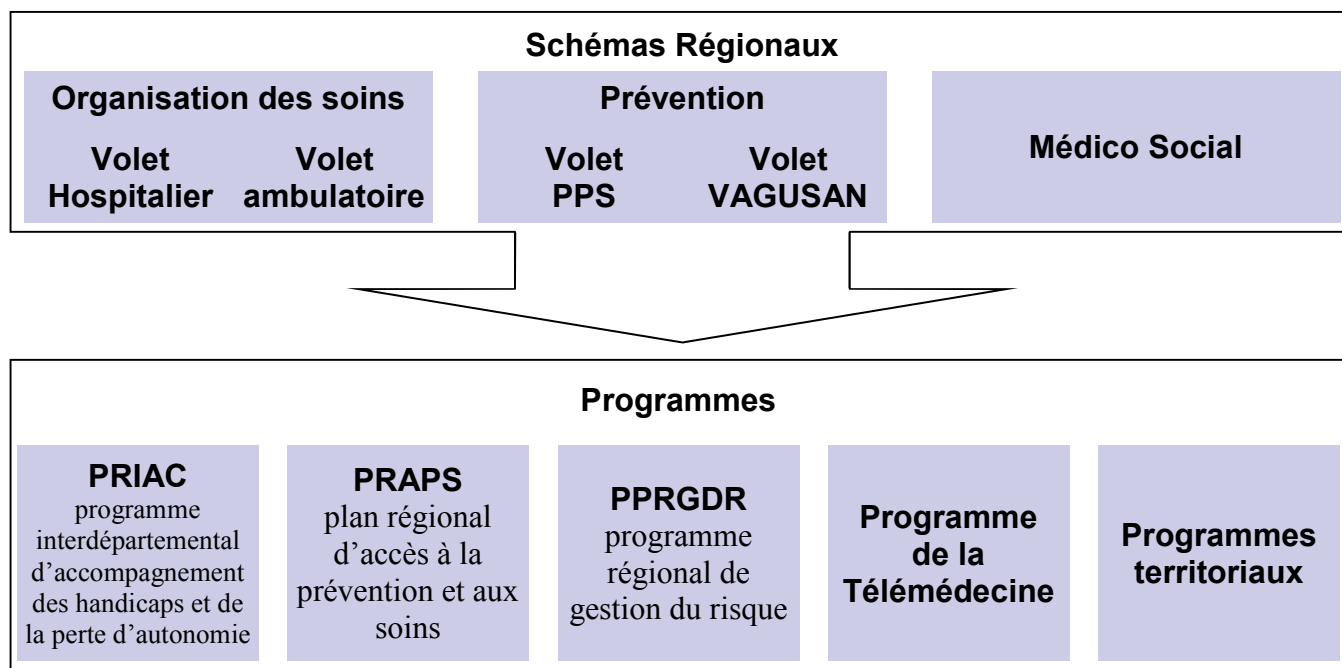
Yves Laybros
Praticien à l'hôpital Argenteuil
Représentant CGT à l'ARS d'Ile-de-France

*SROS : schémas régionaux d'organisation des soins

**SROSMS : schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale

Le PRS est composé de 3 éléments : art 1434-2 / décret n° 2010-514 du 18 mai 2010

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) :
Fixe les orientations et objectifs de santé pour la région



Temps de travail : attention danger !

La question du temps de travail est une question primordiale en terme de condition de travail et donc d'attractivité des postes, en particulier dans les services organisés en temps continu.

L'interpellation de la Direction Générale de l'Organisation des Soins au Ministère de la santé est d'autant plus d'actualité que les instances européennes veulent rediscuter de la directive sur le temps de travail en proposant de faire sauter un certain nombre de garanties jugées trop contraignantes, notamment pour les services de santé. Il s'agit en l'occurrence de la limite des 48 heures hebdomadaires qui seraient portée à 72 heures avec l'introduction de la notion de temps de travail actif et de temps de travail inactif. Par conséquent, cela signifie que les heures de travail en garde ne seraient plus décomptées en totalité, mais sur une base d'équivalence, ce qui constituerait une régression sans précédent !



**Madame la Directrice de la D.G.O.S.
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP**

Objet : Temps de travail

Montreuil, le 2 mars 2011

Madame la Directrice,

A la suite de la plainte de la CGT, le Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe a déclaré contraire à la Charte sociale européenne révisée la législation française en matière de temps de travail sur deux points essentiels : les forfaits en jours et les astreintes.

Dans ce contexte, la problématique du temps de travail des médecins hospitaliers revient sur le devant de la scène avec la multiplication de conflits avec les directions des hôpitaux.

Nous voulons attirer votre attention sur la situation faite aux médecins travaillant dans les services organisés en soins continus et nous souhaitons vous préciser rapidement notre position sur cette question.

Le service hebdomadaire d'un médecin hospitalier est fixé (depuis le décret 2002-1421 du 6 décembre 2002) à « dix demi-journées sans que la durée de travail puisse excéder 48 heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ».

Dans les services en « temps discontinu », cela se traduit par des temps de travail horaire extrêmement variables. En effet, la circulaire DHOS/M2/2003-219 du 6 mai 2003 précise « qu'un praticien à temps plein, est réputé avoir accompli ses obligations de service s'il a réalisé dix demi-journées (...) sans considération du nombre d'heures effectivement réalisées ». Du fait de l'absence de définition horaire de la demi-journée et des incertitudes autour des tableaux de service, nous constatons dans certains services que la limite des 48 heures est largement dépassée, alors que dans d'autres nous n'avons aucune garantie que le temps de travail effectif atteigne les 35 heures.

La situation des services organisés en soins continus et où les médecins sont postés, notamment les services d'urgence, pose actuellement un problème. Les 48 heures sont une borne maximale, applicables à une définition des obligations en demi-journée, elles ne peuvent en aucun cas devenir la norme, ni en demi-journée, ni en service horaire.

Nous constatons plusieurs difficultés :

- La première est que, pour de nombreux directeurs d'hôpitaux, la borne est devenue la norme.

Ainsi, certains médecins se sont vus supprimer des jours de RTT au motif qu'ils n'avaient pas réalisé 48 heures hebdomadaires sur le quadrimestre, et ce alors même qu'ils avaient réalisé les périodes de travail pour lesquelles ils étaient inscrits au tableau de service. Ceci est en contradiction avec la loi. La borne maximum de 48 heures ne peut effacer la durée légale du temps de travail dans les services en soins continus, un temps de travail de 39 heures est donc bien réglementaire.

- La seconde difficulté est liée au contenu du travail. Non seulement des directeurs imposent un temps de travail à 48 heures, alors qu'il n'est pas de leur pouvoir de le faire mais de plus, certains n'identifient que le travail posté. Pourtant, il est évident que le travail d'un médecin ne se résume pas à un travail clinique au chevet d'un patient.

Il existe un travail non posté, administratif, de réunion, de travail bibliographique, de rédaction de certificats et de comptes-rendus. Il existe aussi un temps de transmission des dossiers de patients en cours de prise en charge lié à la permanence des soins.

A ce sujet, l'organisation professionnelle SAMU/Urgence de France, évaluée à 20 % le temps de travail non posté d'un médecin urgentiste.

- La troisième difficulté porte sur la circulaire DHOS/M2/2003-219 du 6 mai 2003.

Cette circulaire précise les modalités de mise en œuvre des décrets du 6 décembre 2002.

Or l'article II.4.1, intitulé « seuil de déclenchement du temps de travail additionnel » est en contradiction avec le texte du décret.

En ce qui concerne les praticiens en temps continu, le décret dit : « l'obligation de service hebdomadaire du praticien est (...) calculée en heures (...) et ne peut dépasser 48 heures ».

Le praticien peut accomplir, « sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaire, un temps de travail additionnel (...) ».

Le décret fixe donc bien une borne de 48 heures et ne fait de cette borne ni une obligation de service ni un seuil de déclenchement des plages additionnelles.

La circulaire dit « ce temps de travail additionnel correspond au temps de travail réalisé par les praticiens volontaires au-delà de leurs obligations de service, c'est-à-dire, pour un praticien temps plein, au-delà de dix demi-journées ou de 48 heures pour le praticien exerçant dans un service organisé en temps médical continu ».

La circulaire fixe donc explicitement, en contradiction avec la loi, l'obligation de service de 48 heures pour un praticien en temps continu.

Les conséquences sont une très grande disparité des « normes » édictées unilatéralement dans les hôpitaux. Certains services fixent les obligations de service à 40 heures, d'autres à 48 heures, d'autres encore à 40 heures si le praticien ne fait pas de garde et 48 heures s'il fait des gardes introduisant là une inégalité supplémentaire. Certains services reconnaissent le travail non posté, d'autres non. Enfin, le summum est atteint dans les préconisations émises lors des audits sollicités dans le cadre de plan de retour à l'équilibre qui proposent de revenir sur le décompte horaire et d'instaurer un décompte en demi-journées aboutissant à une norme de 60 heures par semaine. Curieux calcul où 24 heures équivalent à 4 demi-journées, ce qui permet de fixer la demi-journée à 6 heures !

Nous voyons donc que chacun interprète la loi à sa manière et que nous sommes clairement en infraction avec les normes actuellement en vigueur au niveau européen. Même si certains souhaitent une révision de la Directive européenne sur le temps de travail, c'est bien cette dernière qui représente actuellement la référence.

Dans ce contexte, nous considérons que le système mis en place est basé sur une réduction du temps de travail de 39 à 35 heures avec une compensation fixée à 20 jours de RTT. Il semble donc normal de prendre cette base de 39 heures pour les médecins travaillant dans les services en temps continu. Cela signifie qu'à partir de la 40ème heure, nous sommes en heures supplémentaires, ce qui doit déclencher le mécanisme du temps additionnel.

Nous vous demandons de clarifier rapidement la situation en donnant des consignes précises aux directeurs des hôpitaux afin que ce mode de décompte devienne la règle dans tous les hôpitaux français.

Le recrutement des praticiens dans de nombreux services d'urgence devient de plus en plus difficile. Une des motivations des candidats potentiels concerne les conditions de travail et plus particulièrement le temps de travail. Si nous ne réglons pas rapidement ce problème, il apparaît évident que les hôpitaux qui imposent des normes de temps de travail défavorables n'arriveront plus à recruter et ne pourront plus assurer leurs missions sans avoir recours à des intérimaires, source de dépenses très élevées et très souvent de dégradation de la qualité du service rendu.

Nous restons disponibles pour vous rencontrer afin de discuter plus en détail de ce problème et nous espérons recevoir une réponse rapide à nos questions.

Nous vous prions de recevoir, Madame la Directrice, l'expression de nos meilleures salutations.

Nadine PRIGENT
Secrétaire Générale

Les points aveugles de la loi Bachelot pour les Praticiens Hospitaliers (PH)

La loi HPST est elle amendable ? Devons-nous reposer des jalons pour exiger un retrait et une nouvelle loi ?

Sur le terrain, mis en tension par la T2A, les directions ont tendance à adopter une conduite économique et sociale agressive

Pour la CGT se pose aujourd'hui la question des outils « mobilisables » dans les luttes, contre ceux qui mettent à mal la « démocratie sanitaire », et ont la prétention d'« assouplir » les droits statutaires.

Des décisions qui interpellent

Nous vivons une déferlante de plans décidés unilatéralement par des ARS, comme en Ile-de-France, des plans directoriaux de « retour à l'équilibre », d'externalisations d'activité en direction du secteur privé.

Il s'agit notamment de ne pas remplacer les départs en retraite, de « différer » les remplacements au moyen des statuts temporaires : les plans se ressemblent.

Les collègues chefs de pôles ou de présidents de CME se voient engagés ou coopèrent, parfois avec zèle, aux politiques managériales correspondantes, et nous connaissons des cas de recours au harcèlement.

Des demandes de « mises en recherche d'affectation » que la CGT jugeait aberrantes, ont dû être aussi combattues, par exemple, au motif de non-renouvellement de crédits MIGAC pourtant destinés à un département de santé publique dépendant d'un CHU.

Un contrôle de légalité à mobiliser

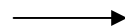
Face à ces situations, quels recours pouvons-nous mobiliser, ainsi que nos collègues ?

En cas de demande de mise en recherche d'affectation, et de refus du Centre national de gestion (CNG) ou de la Commission nationale statutaire (CNS), il n'y a habituellement aucune communication ni PH concerné, ni aux syndicats, du détail des délibérations. Pourtant, cette communication pourrait permettre de prendre appui sur ces délibérations pour envisager une éventuelle suite.

Ainsi, la CGT exige la publication des délibérations et leurs motivations ayant conduit le CNS ou le CNG au refus de la demande du directeur, de mettre un PH en recherche d'affectation, voire, ce qui est déjà arrivé, de supprimer son poste.

Une telle publication contribuerait à établir un recours contre les demandes non motivées, comme une demande de mise en recherche d'affectation de PH en dehors de situation de restructurations et d'insuffisance professionnelle démontrée. Actuellement, un directeur peut se retrouver à supprimer un poste avant d'avoir obtenu du CNG la mise en recherche d'affectation d'un PH. Cette décision peut ainsi être contestée.

Une instruction interministérielle récente (DGOS/



PF1 no 2010-350 du 23 septembre 2010) fixe le rôle l'ARS dans le contrôle de légalité des décisions prises par les directeurs avec le directoire. Les décisions budgétaires inappropriées (l'insuffisance des décisions de « retour à l'équilibre ») sont visées, mais le champ de la responsabilité sociale (suppression d'emplois) et de la conformité statutaire des mesures envisagées n'est pas abordé !

Or, depuis un décret de janvier 2011, l'ARS a repris les missions d'inspections exercées

précédemment de la DRASS, « *Lorsqu'un établissement ou un service [...] connaît des difficultés de fonctionnement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut le soumettre à l'examen d'une mission d'enquête dont il fixe la composition* ». (Décret n° 2011-70 du 19 janvier 2011). De telles inspections ont permis d'instruire parfois utilement des questions individuelles statutaires en cas d'avis locaux divergents. Il faut donc solliciter des inspections de l'ARS en cas de situation conflictuelle au sein de l'établissement.

Des instances de dialogue social éprouvées

Second outil : une obligation de négociation syndicale est prévue dans les attributs des directeurs dans la loi HPST (L6143-2-1), lors de l'établissement d'un plan social. D'autant que la gestion prévisionnelle et prospective des emplois, ainsi que la valorisation des acquis professionnels fait partie des fonctions du directeur du centre hospitalier (L6143-2).

Faisons en sorte que cette obligation légale de négociation syndicale faite aux directeurs soit étendue à toute suppression de poste !

Les attaques vis-à-vis des conditions de travail concernent toutes les catégories hospitalières, de ce point de vue, les médecins sont bien des salariés comme les autres. A l'opposé du corporatisme, des réponses interprofessionnelles sont pertinentes. La CGT revendique que les atteintes repérées sur les conditions de travail de toutes les catégories, comme les situations de harcèlement, de « burn out », de « turn over », soient mis à l'ordre du jour des CHSCT, tout comme l'organisation des unités de soins, incluant les questions d'effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs. Sur ces dernières questions, les CTE peuvent également être des lieux où porter le débat.

Rappelons combien les missions d'expertise indépendantes issues des CHSCT (missions sur les conditions de travail type Secafi, Syndex, etc.) se sont montrées déterminantes comme points d'appuis, indépendants de la direction, pour lutter contre des conditions de travail trop tendues.

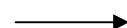
Face au harcèlement, faire appel à l'obligation de protection fonctionnelle

Dans un tel contexte, le harcèlement devient un comportement fréquent.

A ce jour, la loi ne prévoit la protection fonctionnelle (en présence d'éléments constitutifs de harcèlement, obligation de fournir des moyens juridiques et d'aménagement de fonctions visant à faire cesser le harcèlement) que pour la personne du directeur au sein de la Fonction publique hospitalière (L6143-7-1), alors qu'elle existe pour tout fonctionnaire des autres fonctions publiques, depuis 1983.

La prévention du harcèlement (à tous niveaux hiérarchiques) est une obligation reconnue (avec obligation de résultat) par la jurisprudence à l'administration employeur dans l'ensemble de la fonction publique. Sous la forme de la protection fonctionnelle, elle doit pouvoir demain être mobilisée aussi au profit du personnel médical et non médical de la Fonction publique hospitalière. Notre pratique montre combien ce type de situation, devenue fréquente, nécessite une obligation de protection.

Il s'agit là de mettre concrètement les directions d'hôpitaux et l'édifice ARS-CNG devant ses obligations de prévention de la maltraitance de tous les travailleurs de la santé.



Quelle expertise indépendante en matière de démocratie sanitaire ?

Pour mémoire, au terme de la loi, chaque territoire de santé est doté d'une instance consultative, la conférence de territoire, qui doit veiller à la cohérence « *des projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique* ».

En région Rhône-Alpes, le représentant de la principale association de patients, annonçait dans un communiqué du 14 février des conférences de territoires peinant « *à voir le jour* » et « *dépourvues de moyens* ». De fait, en fonction des régions, leur fonctionnement et leur « *poids* » suivent de nombreuses variantes.

En matière d'expertise indépendante, que prévoit la loi HPST en dehors des fonctions d'inspection, type médecin inspecteur de la santé des anciennes DRASS, l'IGAS est présentée comme une structure d'inspection utilisée dans le dispositif HPST. Dans le cas du centre hospitalier de Poissy, son inspection se positionne en redresseur de torts managériaux et budgétaires. Mais cette mission ne fait état d'aucune référence en matière d'égalité d'accès aux soins pour la population : aucune référence non plus à la démocratie sanitaire, ni au respect des règles statutaires, c'est-à-dire à la responsabilité sociale de l'hôpital employeur.

La démocratie sanitaire prônée par la loi HPST est en trompe l'œil et vide de tout contenu.

Des mesures de défense à l'abrogation

Ces quelques points, à propos de la loi HPST, sont des outils de défense immédiate, mais ne nous dispensent pas de notre constat, à savoir cette loi atomise notre service de santé, ses obligations de santé publique et les statuts qui la servent, alors que les besoins croissent encore et toujours.

Aujourd'hui, il est nécessaire de se recentrer sur l'essentiel, c'est-à-dire connaître et répondre aux besoins pour développer un socle social durablement égalitaire. Pour ce faire, cette loi aboutissant au découpage de nos besoins en santé en « *activité rentable* » et « *activité déficitaires* » avec un profond impact sur le service à la population et nos conditions de travail, doit être abrogée. Notre objectif est l'édification d'une démocratie sanitaire sur des bases différentes.

Eric Tron de Bouchony
Praticien à l'hôpital de Saint-Nazaire



Bulletin d'adhésion

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Age : Profession : :
Entreprise (nom et adresse) :

prendre contact
me syndiquer



A retourner :

Fédération CGT Santé Action Sociale - Secteur Qualité de vie syndicale
263 rue de Paris - Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX - orga@sante.cgt.fr

