



INFOS MEDECINS

Etre solidaires pour défendre nos conditions de travail

Dans ce numéro :

Edito	1
Le harcèlement au travail, méthode de contrôle des récalcitrants et d'ajustement des effectifs ?	2-3
Médecin hospitalier : plus de statuts = moins de garanties	4-6

Dans ce numéro, vous trouverez deux articles importants sur l'évolution du statut de médecin hospitalier et sur la problématique du harcèlement au travail.

De plus en plus de médecins poussent la porte des locaux syndicaux pour trouver des réponses à des questions sur le droit du travail et aussi un soutien face à des difficultés professionnelles, conséquences d'un véritable harcèlement.

Nous étions beaucoup à considérer que l'hôpital était un milieu relativement protégé dans ce domaine, mais aujourd'hui la situation a radicalement changé. Du fait de la mise en œuvre des dernières réformes qui tendent à transformer l'hôpital en une entreprise comme une autre, la priorité est donnée à des techniques de management visant à améliorer à tout prix la productivité.

Les conséquences pour les patients et les personnels commencent à se faire

duement sentir : manque de lits, liste d'attente pour les rendez-vous, intensification et désorganisation du travail sont le lot quotidien...

Dans une entreprise de main d'œuvre comme l'hôpital où le personnel représente les deux tiers des dépenses, les emplois - y compris ceux des médecins - sont devenus la variable d'ajustement pour remplir les objectifs d'équilibre budgétaire.

Quand les départs naturels ne suffisent pas, certains considèrent que tous les moyens sont bons pour se débarrasser des « sureffectifs ». Nous nous trouvons alors dans des situations qui s'apparentent à celles dénoncées dans des entreprises comme France Télécom, à savoir la mise en place de tous les moyens de pression possibles et imaginables pour faire partir les « indésirables ». Cette pratique n'est pas spécifique d'une catégorie professionnelle particulière.

Qu'ils soient médecins ou cadres administratifs, les « managers » en position hiérarchique se mettent facilement dans la peau d'un « harceleur », imbus de leur position de pouvoir et motivés par des ambitions qui prennent le pas sur toute éthique professionnelle.

Le seul moyen de s'opposer à ces pratiques est de ne pas rester isolé. Seules la solidarité et l'action collective sont susceptibles d'organiser des contre-pouvoirs efficaces. C'est un des rôles des syndicats. **La CGT sera toujours aux côtés de celles et ceux qui sont confrontés à de telles situations. Les médecins hospitaliers sont des salariés comme les autres, et, la CGT est aussi leur syndicat. Alors n'attendez pas, rejoignez-nous !**

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

Le harcèlement au travail : méthode de contrôle des récalcitrants et d'ajustement des effectifs ?

LE HARCÈLEMENT MORAL, tableau clinique

Le harcèlement moral : ce sont ces agissements répétés qui visent à dégrader les conditions humaines, relationnelles, matérielles de travail de la victime, de nature à porter atteinte à ses droits et à sa dignité, pouvant altérer gravement son état de santé et compromettre son avenir professionnel (définition du Conseil Economique et Social, 2001). Il s'agit d'un délit, punissable d'un an de prison.



Ce processus insidieux se développe dans le temps et le non-dit des réelles motivations du harceleur. Au départ, la **victime** ne comprend pas ce qui lui arrive, elle tente de se justifier, essaie de prouver la qualité de son travail, parfois même proteste. Mais quelle que soit son attitude, elle devra faire face à la dérobade de celui ou ceux qui veulent la soumettre, et la pousser à la faute. Le **harceleur**, lui, fait en sorte d'agir à l'abri du regard des autres, protestant, sans vergogne, de sa bonne foi si la victime vient à se plaindre. Il essaie également de mettre les collègues de travail de son côté de façon à isoler la victime, qui finit par s'interroger sur elle-même, voire se reprocher l'évolution de la situation. La victime réduite à prouver sa bonne foi et sa compétence, finit par s'épuiser dans ce jeu pervers ; la seule solution, rentrer dans un conflit ouvert, forcer la parole, ce qui lui sera toujours refusé.

Dans cette confusion émotionnelle faite d'angoisse, de culpabilité, de protestation, d'incompréhension, de sentiment d'abandon par l'entourage et d'épuisement, va s'installer, le plus souvent, **un syndrome de stress post-traumatique** caractérisé par l'angoisse d'être chaque jour confronté à une situation apparemment sans issue. Troubles végétatifs et fonctionnels, sommeil perturbé, atteintes cognitives, finissent par compléter le tableau et participer à la dégradation des compétences et de la qualité relationnelle de la victime, alimentant ainsi le sentiment d'incompétence. Les conséquences familiales et sociales, le sentiment d'injustice et d'incompréhension, la légitime méfiance, entraînent des attitudes de repli sur soi, accentuant l'isolement et alimentant les arguments du harceleur.



LE HARCELEMENT AU TRAVAIL

Le harcèlement au travail n'est pas forcément un mécanisme pervers, la violence est souvent décrite comme immédiate, sans phase de séduction ; il peut obéir à une stratégie, parfois même être réalisé sur ordre.

Au-delà du **harcèlement individuel** (et souvent gratuit), le **harcèlement institutionnel** peut participer à une stratégie de gestion de l'ensemble du personnel vers la désorganisation du lien social. Le **harcèlement stratégique**, organisé à l'encontre d'un salarié, peut viser à détourner les procédures légales de licenciement. Enfin, le **harcèlement transversal ou horizontal** peut permettre de transférer une souffrance collective, par exemple, dans une situation de réorganisation de l'entreprise ou de compression d'effectifs, sur un bouc émissaire.

Le secteur de la santé, en particulier hospitalier, singulièrement, n'est pas plus protégé que les autres entreprises contre les techniques de harcèlement moral. Le pouvoir médical ou administratif peut facilement devenir un instrument de soumission ou de persécution.

Comme les autres personnels, les médecins peuvent aussi en être victimes, et commencent désormais à relater des faits parlants. La tentation de transformation de l'hôpital public en entreprise soumise à des critères de rentabilité, d'efficacité, d'activité, multiplie les possibilités d'atteinte à la dignité: propos humiliants ou offensants, remarques itératives sur la qualité du travail, sur l'activité générée, utilisation d'erreurs mineures, non-reconnaissance de la qualité des tâches accomplies, remarques sur l'utilisation du temps de travail, prescription d'objectifs démesurés, pratiques d'isolement du sujet vis-à-vis de sa hiérarchie, puis de son équipe, mise sous surveillance, etc. Le silence des témoins (générateur de culpabilité) est un important facteur de renforcement.

Dans ces conditions, il est facile de comprendre la tentation, de la part d'une hiérarchie médicale ou d'une direction hospitalière, d'utiliser parfois ces méthodes pour faire rentrer dans le rang des gêneurs potentiels, ressentis comme des obstacles aux restructurations en cours, aux réorganisations d'hôpitaux, de pôles, de services. Le nouveau statut de Praticien Hospitalier, qui met les praticiens (et les directeurs) sous la coupe du Centre National de Gestion (CNG), aliène leur indépendance, donne évidemment des outils supplémentaires à des gestionnaires malintentionnés.

Il ne s'agit pas ici de simple théorie : des exemples nous parviennent régulièrement de l'utilisation de harcèlement au travail, dans le but

évident de se débarrasser de praticiens indésirables. La CGT a eu l'occasion d'intervenir pour soutenir et aider des collègues, avec des succès parfois exemplaires.

Comme le souligne Christophe Dejourns (Psychiatre, directeur du laboratoire de psychologie du travail et de l'action au CNAM), *l'affaiblissement des solidarités collectives facilite l'accomplissement du processus de harcèlement*. Il est donc essentiel, si nous repérons ou sommes victimes d'une telle procédure, d'en informer notre collectif de travail (équipe, service...), et de rechercher auprès **des organisations syndicales un soutien actif** ; le Collectif Médecins de la CGT est évidemment prêt à prendre toute sa place à vos côtés.

Thierry DOBLER (Hôpital des Murets, La Queue-en-Brie)
Collectif Médecins
Fédération CGT Santé et Action Sociale

Christian GUY-COICHARD (Hôpital Saint-Antoine, Paris)
Collectif Médecins
Fédération CGT Santé et Action Sociale

Quelques références :

- ▶ Michel Debout et Christian Larose ; *Violences au travail - Agressions, harcèlements, plans sociaux*. Ed : de l'Atelier (2003).
- ▶ Christophe Dejourns ; *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale - Points Essais*.
- ▶ Dominique Lhuillier ; *Placardises, Les exclus dans l'entreprise*. Seuil.
- ▶ Marie-France Hirigoyen ; *Malaise dans le travail, harcèlement moral : démêler le vrai du faux*. Éditions La Découverte & Syros.
- ▶ Sur le site <http://www.karlotta.com/set.html>, vous trouverez les coordonnées de consultations de « souffrance au travail ».

Médecin hospitalier : plus de statuts = moins de garanties



*Suite à la loi HPST, divers décrets publiés en septembre et octobre 2010 réforment les statuts des médecins hospitaliers. Depuis des années, la CGT milite afin de réduire le nombre de statuts, et réclame la suppression, notamment, des plus précaires d'entre eux. Notre organisation ne peut que dénoncer la mise en place **du nouveau statut de « clinicien »**, instituant un véritable statut de « mercenaire » dont la rémunération et les garanties sociales restent bien aléatoires au vue de ces nouveaux textes.*

Par ailleurs, si la CGT se réjouit de l'élargissement de l'assiette des cotisations retraites à l'IRCANTEC concernant les indemnités des praticiens, elle regrette que ceux-ci doivent attendre encore 6 années pour que cet élargissement prenne pleinement son effet alors même que le rendement de ce régime vient d'être réduit de plus de 30 % par la même équipe gouvernementale.

Les grandes lignes de la réforme du statut de Praticien Hospitalier (PH) (décrets 2010-1141 et 1142 du 29 sept 2010)

Recrutement :

- › La déclaration de vacance d'un poste est assurée par le DG (Directeur général) de l'EPS (Etablissement Public de Santé) au CNG (Centre national de gestion) via le DG de l'ARS (Agence régionale de santé)
- › Absence de publication au Journal Officiel des listes de postes vacants (prioritaires et autres), mais uniquement via le site internet du CNG.
- › Délai de 15 jours pour postuler (au lieu de 3 semaines).
- › Si le poste n'est pas pourvu à l'issue d'un tour, le directeur du CNG peut le proposer notamment à tout praticien placé en recherche d'affectation auprès du CNG.
- › Un profil de poste doit être défini pour toute vacance de poste. Il peut prévoir que le PH nommé dans un établissement pourra exercer son activité sur plusieurs établissements, y compris des établissements privés lucratifs dans le cadre de missions de service public.
- › Un recrutement en interne à l'établissement est possible sans publication sur la liste du CNG, mais il doit s'accompagner d'une publicité annonçant la vacance et le profil du poste.
- › Une mutation n'est possible (hors dérogation du DG du CNG)

qu'après trois années effectives dans un poste, année probatoire incluse.

- › Un même praticien ne peut signer plus d'un engagement de servir (postes prioritaires) par établissement, contre un seul pour l'ensemble de sa carrière auparavant.

Nomination :

- › Le chef de pôle, ou à défaut le responsable de la structure, présente une ou plusieurs candidatures au DG de l'établissement qui fait alors son choix.
- › La nomination effective se fait par arrêté du DG du CNG.
- › Pour les nominations issues de la liste d'aptitude, l'année probatoire est validée après avis :
 - › du chef de pôle
 - › ou à défaut
 - › du responsable de la structure,
 - › du président de la CME,
 - › du DG de l'Etablissement Public de Santé (EPS). Comme auparavant, elle peut être prolongée d'une année. En cas d'avis divergents ou défavorables la commission statutaire nationale est saisie.

- › Le texte prévoit le changement d'affectation des PH en cas de fusion d'établissement ou de transfert d'activité à un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).
- › Il n'y a plus de procédure dérogatoire pour les PH de psychiatrie

Activité :

- › Possibilité d'activité réduite (entre 5 et 9 demi-journée) avec possibilité d'activité à l'extérieur sous réserve d'avis de la commission de déontologie (art 25 loi 83-634)

Congés bonifiés :

- › Etendus à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Rémunération :

- › Conditionnée à la validation par le chef de pôle du tableau de service réalisé.
- › Les indemnités d'engagement de service public, d'activité multi-sites ou d'activité sectorielle et de liaison ne sont maintenues que 3 mois en cas de Compte Epargne Temps
- › Le dispositif de part contractuelle variable est maintenu.

Cotisations IRCANTEC (protocole du 6 juillet 2010) :

- › Elargissement aux astreintes et autres indemnités.
- › Très progressif puisque les astreintes ne seront entièrement concernées que fin 2016, et fin 2013 pour l'indemnité de service public exclusif.
- › Seule l'indemnité multi-sites est prise en compte d'emblée.

Position :

- › La mise à disposition entre EPS avant mutation est officialisée
- › La mise à disposition est étendue aux GCS et GCSMS (Groupement de coopération sociale et médicosociale).
- › Le détachement est désormais possible auprès d'un

établissement privé (y compris lucratif) dans le cadre des missions de service public.

- › Le détachement auprès d'un ESPIC (ancien établissement dit PSPH, c'est-à-dire du privé non lucratif hors mission de service public est supprimé.
- › Le détachement est possible sur un contrat de « clinicien ».
- › Les disponibilités pour convenances personnelles sont limitées à 10 ans sur une carrière.
- › La vacance d'un poste peut-être déclarée après 6 mois, contre 1 an auparavant, (sauf contrat de clinicien et organisation intergouvernementale reste à 1 an).
- › Le placement en recherche d'affectation auprès du CNG est possible à la demande de l'intéressé, mais surtout à tout moment sur décision du DG de l'EPS (article L6143-7 du CSP) ou à la demande de l'ARS (article L6131-5 du CSP).
- › Le placement en recherche d'affectation auprès du CNG cesse sans indemnisation après 3 refus de postes ou au plus tard après 2 années.
- › A l'issue d'un congé maladie de longue durée, le praticien peut se voir réintégrer dans une autre EPS du territoire de santé.

Démission :

- › Préavis de 3 mois.
- › Le DG du CNG doit se prononcer dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande.
- › Les PH démissionnaires ont une clause de non concurrence pendant 2 années.

Prolongation d'activité :

- › Limitée à 36 mois au-delà de la limite d'âge.
- › Demande auprès du DG du CNG et de l'EPS, 4 mois avant la limite d'âge
- › Mutation impossible.

Le nouveau statut de « clinicien hospitalier » (décret 2010-1218 du 14 octobre 2010)

Recrutement :

- › Sur des emplois présentant des difficultés particulières à être pourvus (mais non listés par l'administration).
- › Par le DG de l'EPS sur proposition du chef de pôle et avis président de CME .
- › Contrat administratif.
- › Période d'essai de 2 mois renouvelable une fois.
- › Durée maximale 3 ans.

- › Renouvelable par reconduction expresse dans la limite de 6 années au maximum.
- › Le contrat précise toutes les activités (durée hebdomadaire de travail, participation à la continuité des soins, temps additionnel, activités multi-sites...), mais aussi la rémunération qui comporte une part fixe et une part variable en fonction d'objectifs à atteindre, et le rythme de révision de ces objectifs.
- › Pas de RTT prévus.
- › Pas de possibilité d'activité libérale.

Rémunération :

- › Une part fixe et une part variable en fonction d'objectifs qualitatifs et quantitatifs définis par le chef de pôle.
- › La rémunération totale est limitée à la rémunération du PH 13e échelon plus 65 %, soit près de 10.000 € nets par mois.
- › Mais rémunération annuelle sous forme d'acompte mensuel pouvant être remise en compte en cas de non validation des objectifs.
- › Evaluation annuelle ou à l'issue du contrat pour les contrats de moins d'une année
- › Attention la part variable ne sera versée que si les objectifs sont atteints !!!

Evaluation :

- › Repose sur un entretien entre le chef de pôle et le praticien
- › Donne lieu à un compte rendu écrit transmis au praticien et au Directeur de l'EPS avec proposition du montant de la

rémunération variable par le chef de pôle (si le praticien est chef de pôle c'est le président de la CME qui conduit l'entretien et propose la part variable)

- › C'est le directeur de l'EPS qui fixe la part variable en fonction des éléments transmis
- › Si le bilan est constaté « notoirement » insuffisant, il peut être mis fin sans préavis ni indemnité au contrat sur simple avis du président de la CME.
- › Par ailleurs, il est dit qu'en cas d'insuffisance professionnelle il peut être mis fin au contrat sans préavis ni indemnité sur avis de la CME...

En résumé rémunération alléchante mais aléatoire avec une protection sociale des plus réduites. Ce nouveau statut est accessible aux PH qui le souhaitent sous forme de détachement.

Le statut de praticien contractuel rénové (décret 2010-1137 du 29 septembre 2010)

- Statut de 1993 maintenu dans ses grandes lignes
- Suppression des restrictions pour les postes d'anesthésistes en CHU
- La durée maximale des CDD pour les activités spécifiques listées par arrêté interministériel est désormais fixée à 6 ans, au-delà le renouvellement se fera sous forme de CDI (mais toujours à salaires plafonnés...).

*Yves Laybros (Hôpital d'Argenteuil)
Collectif Médecin
Fédération CGT Santé Action Sociale*

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

