

INFOS MEDECINS SPECIAL ELECTIONS - N° 2

2011

Chers Collègues,

Vous allez bientôt recevoir le matériel électoral qui va vous permettre d'élire vos représentants dans les deux seules instances où nous pouvons défendre des collègues en difficulté, à savoir la **commission statutaire nationale et le conseil de discipline**.

Dans ce journal, vous trouverez, un certain nombre d'arguments pour choisir les listes présentées en commun par la CGT avec l'AMUF dans le collège de médecine, et avec l'AMUF et Samu-Urgences de France dans le collège d'anesthésie-réanimation.

Comme vous le rappelle **Patrick Pelloux**, le Président de l'AMUF, dans son article, il s'agit de sortir du repli catégoriel sur sa spécialité et de considérer que pour représenter réellement une force, l'ensemble des Praticiens Hospitaliers doit être uni.

Il y a aussi une expression sur la question de nos **conditions de travail**, avec des propositions pour remettre le collectif de travail au centre du fonctionnement de l'hôpital.

En complément, vous trouverez dans le livre « Ergonomie hospitalière - Théorie et pratique » de Madeleine Estryng-Behar, des compléments théoriques et pratiques pour pouvoir améliorer notre exercice au quotidien.

Enfin, quelle que soit son activité, l'évolution inquiétante de l'organisation de la **psychiatrie** ne peut nous laisser indifférents. C'est l'objet du dernier article de ce journal.

Nous espérons que cette vous convaincra que le seul vote utile est le vote pour de vraies listes syndicales revendicatives et trans-catégorielles.

Christophe Prudhomme
Collectif des médecins CGT

A partir du 28 novembre et jusqu'au 19 décembre 2011 :

Collège de médecine :
votez pour la liste
AMUF-CGT

Collège d'anesthésie-
réanimation :
votez pour la liste AMUF-CGT
Samu-Urgences de France

E
D
I
T
O

Y'a pas que les urgences !

Le syndicalisme médical a toujours existé dans une marginalité coincée entre un corporatisme exacerbé et convenu, et des habitudes proches des rites retrouvés dans le mode électoral. Chaque spécialité votant pour son propre collège, ainsi les résultats sont connus d'avance : chaque corporation a son quota d'élus comme si les problématiques ne se recoupaient pas. **Cela sert surtout à diviser le monde médical.**

Etant président d'un syndicat très actif, appliquant les recommandations de la représentativité voulue par les fédérations syndicales internationales, nous avons décidé de nous regrouper et de défendre l'ensemble des valeurs qui nous ont conduits à travailler dans les hôpitaux publics. L'hôpital, comme le système de santé, est désormais une interdépendance intellectuelle, morale et de moyens.

Intellectuelle, car la science se développe de plus en plus et, dans tous les domaines, le savoir d'un médecin est à reformaliser tous les 10 ans. Mais, la formation médicale continue reste un serpent de mer. De même avec le travail des médecins pour lequel depuis dix ans, plus aucun débat sur le temps de travail, la pénibilité, la démographie ou les retraites n'a eu lieu. Nous subissons des intersyndicales signant systématiquement les accords voulus par le gouvernement. Les restructurations et regroupements des hôpitaux, avec la crise économique majeure et lugubre qui va s'aggraver dans le pays, vont rendre encore plus difficile le travail des équipes hospitalières. Mais aucune agence régionale de santé ne permet de débat avec l'ensemble des médecins. **Il n'y a pas de démocratie sociale médicale.** Le monde médical est trop fractionné. Or, **les différentes spécialités ne doivent pas travailler les unes contre les autres, mais ensemble.**

Nous avons défendu les urgences, mais jamais au détriment des autres activités de l'hôpital. C'est pour cela que nous défendons l'ensemble de la collectivité médicale lors de ces élections professionnelles pour des mandats, certes modestes, mais nous devons montrer notre

rapport de force. Et, à travers cela, un désaveu des intersyndicales qui ont accompagné la loi HPST.

Défendre la morale dans nos hôpitaux, c'est avant tout défendre la laïcité, le progrès social pour ceux qui travaillent de nuit ou de jour, ou qui participent à la permanence des soins. C'est défendre le droit des femmes médecins à qui les avantages accordés aux autres salariés sont refusés, comme trop souvent l'accès aux crèches dans les établissements. Défendre la morale, c'est défendre l'idée que les regroupements des hôpitaux ne signifient pas que les médecins les plus âgés soient virés comme des malpropres. La morale sociale est une réalité à défendre et nous le ferons.

Concernant les moyens, nous sommes confrontés à des restructurations motivées par des objectifs strictement budgétaires. La situation va être épouvantable. Nous allons devoir travailler avec toujours moins de moyens. Pas question pour nous, représentants syndicaux, de laisser faire et de devoir payer pour les autres. **La répartition doit être juste et les moyens alloués en fonction des besoins des patients, et donc des professionnels de santé que nous sommes.**

Il n'y a pas que les urgences, même si elles sont devenues la variable d'ajustement des dysfonctionnements de tout le système de santé, voire même de certains problèmes sociaux. Nous ne pouvons limiter les enjeux des prochains mois aux seules urgences. Sans le reste de l'hôpital, les urgences ne fonctionnent pas ; sans un bon service d'urgence, l'hôpital ne remplit pas sa mission de permanence des soins, et il est très vite submergé de problèmes.

Vous pouvez compter sur nous pour avoir un syndicalisme responsable, moderne et rénové, l'hôpital public peut compter sur nous pour le défendre. Nous savons que nous pouvons compter sur vous et sur votre adhésion à nos valeurs.

Patrick Pelloux
Président de l'AMUF

Propositions pour l'amélioration des conditions de travail des praticiens

L'hôpital public ne peut pas avoir vocation à être « rentable » puisqu'il est public, mais il se doit d'offrir un service de soins médicaux de qualité et être bien géré. Il fait partie du tissu social. Il est temps de parler de développement durable et de démocratie sociale aussi à l'hôpital, de mener la réflexion avec les habitants, les élus, les salariés, les syndicats, afin de maintenir « public » l'hôpital, c'est à dire ouvert à tous, affirmant le droit à un accès égal à la santé pour tous...

Les préalables

- ◆ Supprimer la notion d'hôpital-entreprise et de clientélisation, établir un moratoire sur les suppressions de personnel soignant notamment, et sur la T2A .
- ◆ Valoriser des missions de service public des hôpitaux et réhabiliter le financement des MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation), entre autre au niveau de la prise en charge des urgences, des personnes âgées, du suivi des femmes enceintes...
- ◆ Organiser les soins en fonction d'objectifs de santé, intégrant la prévention primaire et l'éducation, et abandonner un management purement administratif et de gestion.
- ◆ Stopper le recrutement de cadres et directeurs hospitaliers « sans cursus » dans le secteur des soins ou de la prévention, et revoir le contenu de leurs formations en intégrant l'intérêt d'investissements efficaces à moyen terme (et non seulement à court terme) et l'importance du développement durable humain.
- ◆ Supprimer la polyvalence des paramédicaux pour revenir à une organisation des services de soins par unité, animée par des équipes pluridisciplinaires stables, tenant compte de l'environnement psychosocial, associant la personne soignée et, si possible, le généraliste et les soignants qui suivent ces patients à leur domicile (fonctionnement en réseau

rémunéré, participant ainsi, aussi, à la formation continue).

- ◆ A l'inverse, arrêter la taylorisation des soins et la polyvalence des soignants, qui entravent la reconnaissance de leurs compétences, le soutien émotionnel et leur formation continue et conduisent à l'abandon de la profession, confirmé par les études concernant les infirmiers, comme les médecins. Cette taylorisation des soins ne permet pas au malade et à sa famille d'avoir des interlocuteurs au clair sur les motifs des examens et des soins, et disponibles pour écouter, éduquer, expliquer et accompagner malades et familles, réduisant complications et rechutes.
- ◆ Des temps humanisés de transmissions, et, dans chaque unité, des lieux permettant de réunir tous les soignants sont des priorités dans l'ergonomie des services.
- ◆ Développer une bientraitance par des moyens en personnel, notamment dans les services de long séjour et EHPAD pour permettre des soins personnalisés et une qualité de vie, avec des activités adaptées aux différentes dépendances.
- ◆ Définir et réduire la pénibilité du travail des médecins : c'est aussi la mission d'un service de santé au travail, obligatoire dans chaque établissement, et devant siéger au CHSCT et à la CME, afin d'avoir les moyens de proposer des analyses rigoureuses, soumises au dialogue social, pour permettre la détermination d'actions réalistes pour l'adaptation du travail à l'homme.



QUELQUES PROPOSITIONS...

◆ **Éliminer l'arbitraire et la précarité**, qui rendent les professions, en particulier médicales, à la merci de la hiérarchie du pôle : les entrées dans la fonction publique hospitalière se font par stagiairisation. Le mécanisme contractuel et son arbitraire doivent être bannis.

◆ **Définir chaque poste**, par des fiches de fonctions (avec les qualifications exigées) et des organigrammes (avec les suppléances), pour bannir l'arbitraire des choix en raison de la personne.

◆ **Développer le tutorat en fin de carrière**, afin de limiter l'exposition à la pénibilité, avec des suppléances ciblées.

◆ **Tenir à une progression de carrière pour tous**, par le développement continu des connaissances et la progression des qualifications reconnues par équivalences.

◆ **Prendre en compte, limiter et compenser :**

- l'exposition professionnelle aux produits cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) ;

- la pénibilité des tâches physiques (postures et manutention, mouvements forcés, bruit, température) ;
- les difficultés cognitives (de perception et d'interprétation des signaux, celles liées à l'intensification et à la surcharge de travail, celles liées aux nouvelles technologies insuffisamment ergonomiques, celles liées au travail prolongé sur écran) ;
- la pénibilité de certains horaires de travail (longues durées de travail et temps additionnel, horaires de nuit, horaires coupés, changements d'horaires avec délai de prévenance court, non prise des congés et repos, entravant l'équilibre famille/travail) ;
- la souffrance psychique liée à l'isolement, au manque de reconnaissance du travail effectué, au stress ou au harcèlement. Contre le harcèlement, une protection fonctionnelle permettant à tout fonctionnaire la prise en charge des moyens de son action en justice doit être accordée aux PH.

Nos revendications

Statut de PH

- Conservation d'un socle unique avec une réflexion vers un statut unique de médecin salarié commun aux différents secteurs d'exercice.

- Prise en compte de la pénibilité du travail et des contraintes spécifiques, notamment pour la retraite, mais aussi dans l'aménagement du temps et des conditions de travail, ou dans le déroulement de carrière.

- Mesures pour créer une attractivité vers les petites structures locales, les zones déficitaires : exercice multi site valorisé, nominations groupées, compensations financières ou en temps.

Temps de travail

- Forfait-jours annuel respectant les règles européennes applicables aux cadres.

- Pour les activités postées (urgences, réanimation, anesthésie...) : décompte du temps de travail en heures avec respect de 48 heures hebdomadaires maximales.

- Respect des règles d'élaboration et de validation des tableaux de service.

- Au-delà : accord du praticien et rémunération supplémentaire respectant le droit commun (majoration horaire, défiscalisation).

Retraite – Pénibilité

- Passage à 100 % de l'assiette des cotisations des temps partiels.

- Inclusion de l'ensemble des indemnités et primes dans l'assiette des cotisations.

- Possibilité de rachat des années d'études.

- Gain d'un trimestre de cotisation pour 100 gardes effectuées (soit un gain de 5 ans pour 2000 gardes effectuées au cours de la carrière) avec effet rétroactif.

- Doublement des cotisations Ircantec en tranche B pour les gardes, astreintes et le temps de travail additionnel.

- Valorisation des comptes épargne temps avec trois possibilités au choix du praticien : paiement des jours épargnés, rachat de points de retraite, utilisation pour une cessation progressive d'activité payée à temps plein.



« Médecins urgentistes, quel avenir ? »

92,5% des urgentistes interrogés envisagent de quitter l'hôpital public sans y terminer leur carrière, si les conditions de travail restent identiques.

L'AMUF a reçu 960 réponses à ce questionnaire.

La majorité de l'échantillon exerce en CHG (63.4%) et CHU (19.9%).

Les praticiens hospitaliers représentent 71.6% des réponses.

Un tiers de l'échantillon exerce depuis 6 à 10 ans, et 11% exercent depuis plus de 20 ans. Les femmes représentent 27.5% de l'échantillon et 83.3% des urgentistes sont en couple (dont 70.2% sont mariés).

Concernant les conditions de travail aux urgences : **92.5 % des médecins urgentistes** interrogés estiment ne pas pouvoir continuer à exercer en tant qu'urgentistes dans les mêmes conditions de travail jusqu'à la fin de leur carrière.

Parmi ceux qui pensent à quitter l'hôpital, 58% ont déjà démarré une reconversion professionnelle.

Par ailleurs, 72% des urgentistes pensent « de temps en temps » (39.2%) ou « souvent » (33%) à changer de métier.

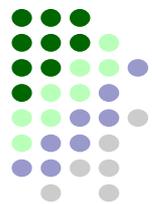
Cette tendance est vraie quelle que soit la tranche d'âge (par tranche de 5 ans après 30 ans), et quel que soit le nombre d'années d'exercice (dès les premières tranches d'années d'exercice de 5 ans). Par ailleurs, la situation familiale (marié, divorcé, nombre d'enfants) n'influence pas ou peu sur cette volonté de quitter l'hôpital et/ ou de changer de métier.

Enfin l'étude montre que, **si les conditions de travail à l'hôpital ne changent pas dans les 3 ans, 56% des Urgentistes ont déjà prévu une reconversion professionnelle et changeront de métier.**

L'AMUF exprime sa plus grande inquiétude sur ces premiers résultats qui confirment la tendance fortement observée actuellement dans certaines régions (Limousin, Allier...).

La prise en compte des conditions de travail à l'hôpital doit être une priorité, afin d'éviter un départ massif des médecins urgentistes dans les 3 ans.

L'AMUF demande à être reçue rapidement par le ministre de la santé sur cette question sociale urgente.

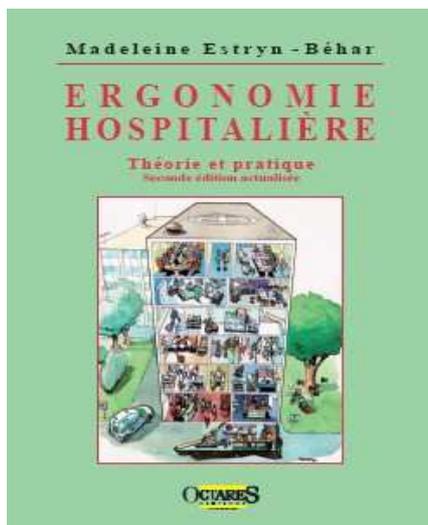


Enquête réalisée
par :

• Dr Régis
GARRIGUE
(Secrétaire
Général adjoint
de l'AMUF),

• Dr Cyril
DELASARA
(CHRU de Lille),

• et Dr Laurent
CASENOVE
(Webmaster) à
partir d'un
questionnaire
mis en ligne sur
le site internet de
l'AMUF du 30
mars 2011 au 13
juillet 2011.



Ergonomie hospitalière, Théorie et pratique (seconde édition augmentée)

Madeleine Estry-Béhar

(EAN 978-2-915346-91)

695 pages

Editeur : Octares Editions

Améliorer la qualité de l'accueil et des soins aux patients, faciliter la relation soignants/soignés, sont des objectifs auxquels l'ergonomie peut apporter une large contribution. Se "sentir bien" dans son travail est nécessaire à l'hôpital encore plus qu'ailleurs, pour pouvoir être à l'écoute de ceux que l'on soigne, d'autant que la qualité du travail réalisé reste la motivation originelle des médecins et des personnels soignants, administratifs et logistiques. De plus, en raison du coût des moyens mis en oeuvre, la collectivité exige, aujourd'hui, de l'hôpital une efficacité maximum.

Depuis trente ans, en France comme dans beaucoup d'autres pays, de nombreuses études basées sur les méthodes de l'ergonomie ont été menées, afin de mieux cerner les contraintes d'organisation par une meilleure connaissance du travail des différents métiers, d'adapter les conditions de travail à la physiologie et à la psychologie humaine (chronobiologie, aménagements d'horaires, stress, communication...) et, enfin, de réduire les risques d'accidents de travail et d'événements indésirables.

Qu'il s'agisse de constructions ou de réaménagements de locaux, de choix en matière de mobiliers, d'outils informatiques, de matériels, l'analyse de l'activité réelle

dans les unités de soins ou dans les services administratifs et logistiques, est devenu un préalable indispensable pour l'élaboration du cahier des charges. Elle est aussi utilisée pour la réflexion en matière d'organisation du travail.

Présenter, pour les hospitaliers, les données de base et les méthodes de cette discipline et synthétiser les acquis des recherches de ces dernières années, était une nécessité et difficile gageure qu'a parfaitement réussie Madeleine Estry-Béhar en réalisant cet ouvrage pratique, didactique, et illustré de très nombreux exemples issus de situations hospitalières.

Madeleine Estry-Béhar est Docteur en ergonomie, Médecin du travail à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Elle a réalisé de nombreuses recherches sur le travail de nuit, les lombalgies, la grossesse des soignantes. Dans le cadre de réaménagement de services médicaux et logistiques, elle a participé à plusieurs recherches-actions. Elle anime des sessions de formation à l'amélioration des conditions de travail pour des publics variés, et a déjà publié plusieurs ouvrages. Elle est membre de diverses commissions internationales traitant de la santé au travail.



Bon de commande

▸ A retourner aux Editions OCTARES 24, rue Nazareth 31000 Toulouse, France .

▸ Ou commande en ligne sur : <http://www.octares.com>

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Courriel : _____

_____ exemplaires de « Ergonomie hospitalière » (EAN 978-2-915346-91), au prix unitaire de 30 € TTC (+ 3,50€ de frais de port). Joindre le règlement à la commande.

Pour plus d'information, rendez vous sur : <http://www.octares.com>

La situation actuelle de la psychiatrie doit tous nous interpeller

Les évolutions politiques et législatives

Prise en tenaille entre la dérive sécuritaire et la baisse constante de ses moyens, la psychiatrie se trouve piégée dans un cercle vicieux.

Ainsi, la pénurie de moyens aggrave les problèmes sanitaires que le manque de moyens peine à résoudre. Priorité est faite à l'urgence et au traitement purement symptomatique au détriment d'un travail en profondeur, sur la durée.

C'est l'idée même de secteur, « *cette unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique* » qui « *confie à des équipes pluridisciplinaires* » « *le soin de dispenser et coordonner, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins : prévention, soins, postcure et réadaptation* » qui est ainsi, subrepticement remise en cause.

Pire, on voit réapparaître le spectre d'une psychiatrie du contrôle d'une population jugée à risque pour nos concitoyens. C'est dans ce contexte que vient s'appliquer début août, **la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement**, dit relatif « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge* ».

Malgré son intitulé, la garantie des libertés n'a jamais été l'essence de la loi du 5 juillet, elle n'y est qu'un dispositif rajouté, et à ce titre lourdement artificiel. Initialement inspirée des idées sécuritaires et réactionnaires, le gouvernement s'est vu contraint, sur décision du Conseil Constitutionnel, de respecter l'article 66 de la Constitution qui confie à l'autorité judiciaire la protection de la liberté individuelle.

Cette confrontation, entre un projet de loi initialement sécuritaire et les contraintes constitutionnelles de liberté individuelle, a donné naissance à une loi bancale, inadaptée, très difficilement applicable et qui n'apporte pas de

meilleures garanties de liberté ou d'amélioration des soins ? **Les conséquences néfastes de cette loi se sont très rapidement révélées.**

Ainsi, en cette période de pénurie de personnels dans nos services, l'accompagnement des patients auprès du JLD (juge des libertés et de la détention) perturbe gravement l'organisation des soins et des services au détriment de l'ensemble des patients. De plus, on observe que ces derniers redoutent ce passage devant le juge, y voyant plus un jugement qu'une garantie du respect de leur droit. Quant aux juges, privés des moyens ad hoc, ils n'ont pas les moyens d'accomplir pleinement leur mission. En outre, ils se trouvent cantonnés dans un rôle de surveillance administrative. Enfin, les directeurs d'établissements confrontés à leurs responsabilités à faire appliquer la loi, peuvent être tentés par des injonctions autoritaires et contraignantes sur les équipes de soins. En témoigne le licenciement de notre collègue de Nice après « l'évasion » d'un patient détenu.

Il faut rappeler que le changement de statut des psychiatres hospitaliers, dont le mode de recrutement par le directeur (via le président de CME), ne garantit plus l'indépendance professionnelle. Auparavant, elle était une garantie pour la liberté des patients lors d'une décision d'hospitalisation sous contrainte.

Au final, nous sommes confrontés à une loi schizophrénique, inadaptée, **principalement orientée vers le contrôle des malades mentaux et rejetée par l'ensemble des personnes concernées**. Dans le contexte actuel, les soins sans consentement ambulatoire résonnent plus comme une volonté de surveillance et de contrôle des malades mentaux, qu'un réel souhait d'améliorer les soins ambulatoires.

Avec la politique actuelle, le gouvernement ramène la psychiatrie des décennies en arrière.

Il n'est pas anodin que reviennent à l'esprit de beaucoup d'entre nous, parmi les plus anciens, la



référence aux heures les plus sombres de notre histoire. Au lieu d'une loi d'ensemble sur la psychiatrie promise et attendue, on peut craindre que cette loi sécuritaire, posée comme préalable, risque d'être le cœur même de la politique de santé mentale à venir.

De fait, le secteur n'apparaît plus comme la base de l'organisation des soins. En ce sens, la loi de juillet 2011 est en cela en conformité avec les réorganisations hospitalières prévues par la loi HPST.

Les moyens hospitaliers réduits sont regroupés autour de certaines priorités qui correspondent ici à une politique sécuritaire, là à une priorité gestionnaire, mais sans tenir compte des besoins réels de la population. Notons au passage que le principe des soins sous contrainte, même en ambulatoire, comme le préconise le texte, est tout à fait compatible avec une forme de tarification à l'activité. Sécurité et comptabilité nouent là des relations malsaines.



L'analyse de la CGT

Avant même d'avoir préjugé de toutes les conséquences négatives que nous constatons aujourd'hui, la CGT s'est opposée, dès juillet 2010, au projet de loi sur les soins sous contrainte dans une lettre adressée à Roselyne Bachelot par Nadine Prigent, secrétaire générale de la Fédération CGT de la santé et de l'action sociale. Notre organisation s'est aussi opposée à la dégradation du service public de psychiatrie engagée depuis plusieurs années.

Pour la CGT, il faut s'atteler d'urgence à l'élaboration d'une loi globale et cohérente pour la psychiatrie. Cette loi doit préserver la politique et l'esprit du secteur, la référence du travail en équipes pluridisciplinaires stables et cohérentes, fondement de notre travail clinique. Il faut aussi combattre la casse programmée du service public hospitalier, au profit du privé lucratif en pleine expansion et consacré par la loi HPST.

Ces deux derniers points convergent dans la revendication de la CGT de la création d'un établissement public de secteur.

Il faut aussi défendre le statut unique des PH dans lequel l'indépendance professionnelle, si importante en psychiatrie devrait être reconnue.

N'oublions pas la pédopsychiatrie. Les besoins que révèlent les équipes de secteur sont immenses et amplifiés par la crise. De plus, elle doit subir l'impact des réductions de moyens dans le secteur de l'éducation, de la justice et du médico social, notamment du fait de la RGPP (révision générale des politiques publiques).

La CGT a pu constater une convergence entre ses positions et celles prises par la majorité des syndicats de psychiatres concernant le refus de la loi HPST, la défense de la psychiatrie de secteur et le rejet de la loi sur les soins sans consentement.

Il est tout aussi important de développer des actions sur ces questions qui mobilisent conjointement toutes les catégories professionnelles. Les équipes soignantes, dans leur ensemble, sont héritières des valeurs de la psychiatrie de secteur et sont hostiles au retour à l'asile à peine déguisé qui se dessine.

Aujourd'hui, la CGT a un rôle spécifique à jouer dans la convergence des luttes des différentes professions de la santé mentale, qui sera décisif pour s'opposer aux réformes nuisibles actuelles et faire des propositions globales en faveur d'un nouveau projet pour la psychiatrie publique.



La CGT revendique :



- ◆ le retrait de la loi du 5 juillet 2011 ;
- ◆ un moratoire sur les restructurations en cours ;
- ◆ un réel état des lieux de la situation de la psychiatrie publique et du dispositif de sectorisation ;
- ◆ un vrai débat démocratique avec tous les acteurs du soin, les usagers, les citoyens et les élus en vue d'une loi d'orientation et de programmation pour la psychiatrie publique.