



Actu'APH

Journal d'Action Praticiens Hôpital

n°2



Mars 2019

Élections professionnelles :
les enjeux individuels et collectifs seront
particulièrement importants, soyez nombreux à voter !

Début de la concertation sur la transformation du système de santé : enfin !

Après de longs mois d'attente, le gouvernement a enfin entamé un cycle de concertations sur plusieurs thèmes qui touchent le cœur de la santé de nos concitoyens, notamment à travers l'hôpital public. Mais cette concertation sera menée rondement : une trentaine de réunions sur un peu plus de 4 mois, consacrées à la gouvernance médicale, au management, à la gestion des ressources humaines médicales et au statut de praticien hospitalier !

L'enjeu est énorme, c'est l'avenir de l'hôpital public et des carrières médicales hospitalières qui vont se jouer.

Action Praticiens Hôpital est conscient du contexte politique et social actuel, et défendra avec conviction les valeurs (voir p. 4) qui sont dans sa charte. L'heure est à l'union de toutes les forces de ceux qui croient dans le service public hospitalier et aux garanties statutaires essentielles aux praticiens pour exercer sereinement leur métier au bénéfice des patients.

Vous trouverez dans ce numéro l'essentiel de nos propositions en matière statutaire et de gouvernance hospitalière. Ces propositions seront portées par nos représentants et tous ceux qui partagent les mêmes valeurs.

APH a considéré qu'il n'était pas acceptable de laisser la santé, et notamment l'hôpital public, hors des échanges du Grand Débat National et a décidé de monter une pla-



teforme spécifique pour que chacun puisse exposer son point de vue sur ces thèmes, que l'on soit professionnel de santé ou usager (voir p. 13).

APH a lancé au mois de février une grande enquête sur les équilibres entre vie privée et vie professionnelle des personnels médicaux et pharmaceutiques hospitaliers. Retrouver les premiers résultats sur le site d'APH (voir page 15) (<https://aph-france.fr/Premiers-resultats-de-l-enquete-Vie-privee-Vie-professionnelle-pour-les.html>) !

Les prochaines élections professionnelles seront un indicateur fort pour que la parole des organisations syndicales des médecins et pharmaciens hospitaliers soit entendue par les pouvoirs publics. La participation sera un élément majeur. Faites partager vos attentes. Mobilisez-vous pour ces élections !

Jacques Trévidic, Président APH

SOMMAIRE

ÉLECTION

Guide pratique des élections professionnelles3

LA PLATEFORME APH

Les propositions d'APH pour demain4

LA PAROLE...

...au SNGC : EHPAD, à quand les mesures ?10

...au SYNGOF : la fermeture des maternités mobilise

les gynéco-obstétriciens, mais pas seulement !11

...à SUDF : le virus de la grippe 2019 tue, mais l'inertie

politique et administrative, depuis une décennie, tue et tuera

encore plus !12

LE GRAND DÉBAT

Remettre la santé et l'hôpital au cœur des débats13

INTER GENERATION

Enquête vie privée/vie professionnelle : l'hôpital est un

excellent reflet de la société !15

INTERVIEW

Il faut créer un meilleur esprit collectif au sein des

établissements hospitaliers17

REFLEXION

Politique dans tous ses états20

ACTUALITÉS

.....21

PETITES ANNONCES22

Guide pratique des élections professionnelles

Les élections professionnelles des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers auront lieu entre le 25 juin et le 2 juillet 2019.

Pour les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires titulaires.

Ces élections sont organisées par le Centre National de Gestion (CNG) et ont pour objectif de renouveler les instances paritaires du corps des praticiens hospitaliers titulaires et des praticiens hospitaliers en période probatoire.

● **Élections aux Commissions Statutaires Nationales (CSN) :** 7 CSN sont à renouveler, organisées par grande discipline : anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, radiologie, psychiatrie. Chacune de ces CSN comporte 2 collèges : un collège de praticiens hospitaliers, un collège de praticiens hospitalo-universitaires. Chaque CSN comporte 6 titulaires et 6 suppléants. Le rôle de ces CSN est d'étudier le cas des PH statutaires qui en fin d'année probatoire reçoivent des avis divergents quant à leur titularisation. Elles ont également un avis à donner dans les cas d'insuffisance professionnelle des praticiens hospitaliers titulaires. Les CSN des HU n'interviennent que dans le cas des PH de CHU. Il s'agit donc de défendre les collègues PH qui le méritent, se retrouvant dans des situations locales qui parfois les dépassent, et de trouver des solutions humaines pour les cas plus complexes, sans tabou pour certaines décisions parfois nécessaires. Les réunions sont peu fréquentes et dépendent des effectifs des disciplines. Le collège HU n'intervenant que pour les PH de CHU, la fréquence est encore plus faible : il faut compter une réunion par an.

● **Élections aux Conseils de discipline (CD) :** comme pour les CSN, elles sont constituées selon les 7 grandes disciplines : anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, radiologie, psychiatrie. Il n'y a pas de collège HU. Les CD sont chargés d'émettre un avis concernant la situation des praticiens hospitaliers faisant l'objet d'une procédure disciplinaire lorsque la sanction possible va au-delà d'un avertissement ou un blâme.

lieu également à la même période, organisée par le Ministère de la santé (DGOS) et qui concerne l'ensemble des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers, quel que soit leur statut, qu'ils soient titulaires, en période probatoire ou contractuels.

● **Élections au Conseil Supérieur des Professions Médicales :** cette instance a été créée récemment afin de donner des avis formels sur les textes législatifs et réglementaires concernant les personnels médicaux hospitaliers. Elle est constituée en 3 collèges : **HU titulaires, PH titulaires, Contractuels.** Chaque collège comporte 5 titulaires et 10 suppléants. Il n'y a pas de subdivision en disciplines. Le CSPM fonctionne en miroir des autres Conseils supérieurs de la Fonction Publique. Sa composition est le reflet des élections par collège et sera le principal critère de représentativité syndicale des personnels médicaux hospitaliers pour toutes les négociations futures. Il y a un minimum de 2 réunions par an, mais en fait beaucoup plus en période de réforme hospitalière ce qui est le cas actuellement.

A propos des modalités de vote

Ces élections seront organisées entièrement par vote électronique, sur une plateforme Web. Chaque praticien recevra par email un code d'accès qui sera spécifique pour les élections CSN/CD et un autre pour les élections au CSPM. **Il est donc particulièrement important de relever ses courriers électroniques professionnels.**

Les listes présentées devront respecter la parité homme/femme telle qu'elle existe actuellement sur le plan démographique dans chaque collège.

La participation au vote est particulièrement importante pour que la représentativité des organisations syndicales soit assurée auprès des pouvoirs publics. Les réformes engagées nécessitent que les partenaires sociaux soient particulièrement vigilants et écoutés pour défendre les intérêts de l'hôpital public et des personnels médicaux. À titre d'exemple, chez les directeurs, la participation aux élections professionnelles de décembre 2018 a dépassé 70 % ! Et elles étaient organisées également à 100 % par vote électronique.

Donc soyez nombreux à voter ! Les enjeux individuels et collectifs seront particulièrement importants.

Jacques Trévidic, Président d'APH

Et les contractuels ?

Une autre élection professionnelle très importante aura

Les propositions d'APH pour demain

L'exercice de la médecine est un travail d'équipe, particulièrement à l'hôpital. Il est important que ces équipes médicales soient solidaires entre elles et, pour cela, un statut commun est un atout, une nécessité. Il est urgent de reconstruire un statut commun à tous les médecins, pharmaciens et dentistes hospitaliers qui permette d'attirer les jeunes praticiens et d'y garder les moins jeunes. Actu'APH vous propose de prendre connaissance des deux premiers chapitres de la plateforme : statuts, carrières hospitalières et gouvernance.

Statuts

L'exercice de la médecine est un travail d'équipe, particulièrement à l'hôpital. Il est important que ses équipes médicales soient solidaires entre elles et pour cela, un statut commun est un atout, une nécessité. La multiplication des statuts et des rémunérations différents entre praticiens contribue à disloquer le travail en équipe ; ce morcellement est exacerbé par l'intérim, conséquence de la perte d'attractivité des carrières hospitalières. Il est urgent de reconstruire un statut commun pour tous les médecins, pharmaciens et dentistes hospitaliers qui permette d'attirer les jeunes praticiens et d'y garder les moins jeunes. La notion d'équipe doit être remise au centre de l'exercice médical, et celles-ci doivent être stabilisées. Pour cela il faut redonner de l'équité entre praticiens, l'action collective multiprofessionnelle tout en permettant des évolutions de carrières individuelles selon les appétences de chacun.

Il faut donc deux types de statut, un pour les titulaires, et un pour les contractuels :

- **Statut unique de praticien hospitalier titulaire**, fusionnant les statuts temps plein et temps partiel, hospitalier ou hospitalo-universitaire, avec un temps de travail modulable entre 4 et 10 demi-journées hebdomadaires, et une nomination nationale.
- **Statut unique de praticien hospitalier contractuel**, englobant les statuts actuels de praticiens attachés et assistants et tous les statuts intermédiaires intermédiaires (contractuels, cliniciens...), avec une grille de rémunération et une protection sociale identiques à celles des praticiens titulaires, un temps de travail modulable entre 1 et 10 demi-journées hebdomadaires, et une nomination locale.

Propositions d'APH

- **Maintien d'une liste d'aptitude pour accéder au**

statut de praticien hospitalier titulaire, avec suppression de la période probatoire si le praticien a un an d'ancienneté dans la structure quel que soit son statut. L'inscription sur cette liste d'aptitude serait obtenue après un examen sur devant les pairs.

- Modulation possible entre exercice à temps plein et temps partiel **après accord commun du praticien et de l'hôpital** (et de l'université le cas échéant).
- Un système de **valences, contractualisées, s'inscrivant au sein de ce statut unique de PH** permettant aux praticiens d'assurer les fonctions d'enseignement, de recherche et de management local ou territorial, pour une quotité de temps de travail et une durée déterminée par contrat avec l'université et/ou l'hôpital. Tout praticien doit pouvoir avoir accès à deux demi-journées hebdomadaires selon son choix et les besoins de l'équipe ou de l'hôpital.
- Les praticiens engagés dans un cursus hospitalo-universitaire (MCU et PU) doivent **bénéficier du statut unique de praticien hospitalier pour leur part hospitalière tout en maintenant le lien avec l'Université**. La carrière universitaire doit toujours être gérée par le Ministère de l'Enseignement supérieur, seul moyen de garantir l'autonomie professionnelle et intellectuelle nécessaire à un exercice serein et de qualité, et à une recherche et un enseignement eux aussi de qualité. Le socle statutaire hospitalier permettra à tous les praticiens engagés dans une carrière HU de bénéficier des mêmes garanties statutaires que les autres (retraite, congés...). (voir plus loin la Charte Hospitalo-Universitaire).
- **Rémunération identique pour la permanence des soins**, quel que soit le statut, au niveau des HU, et incluses dans l'assiette des cotisations Ircantec.
- **Suppression des 5 premiers échelons de la carrière de PH** avec début de carrière à 5000 € brut mensuels et création de deux échelons supplémentaires à la fin de la carrière de PH. Ainsi la nouvelle grille des échelons pourrait être la suivante :

Ancien échelon	Nouvel échelon	Durée	Montant brut mensuel actuel	Nouveau montant
1		1 an	4 130,68 €	
2		1 an	4 200,78 €	
3		2 ans	4 298,95 €	
4		2 ans	4 411,11 €	
5		2 ans	4 607,41 €	
6	1	2 ans	4 929,92 €	5000 €
7	2	2 ans	5 280,46 €	5500 €
8	3	2 ans	5 448,72 €	6000 €
9	4	2 ans	5 645,02 €	6500 €
10	5	2 ans	6 065,68 €	7000 €
11	6	2 ans	6 318,07 €	7500 €
12	7	4 ans	7 182,95 €	8000 €
13	8	4 ans	7 500,82 €	8500 €
	9	4 ans		9000 €
	10			9500 €

- Afin de lutter contre l'intérim, possibilité de valoriser un type d'emploi de **contractuel remplaçant, en contrat court** (maximum 6 mois), avec une gestion régionale (ARS) et nationale (CNG) des postes offerts pour une transparence totale, avec ancienneté d'échelons doublés une fois titularisés, et rémunération à l'échelon 10 actuel (échelon 5 nouvelle grille).
- Clarification de la durée du temps de travail :
 - Pour les praticiens en décompte en demi-journées : **5 plages par 24 heures** (et non 4) pour une juste valorisation horaire des périodes de travail nocturne.
 - Répartition possible du temps de travail sur le **quadrimestre** pour donner souplesse et autonomie aux praticiens.
 - **Extension de la possibilité du temps continu** à l'initiative du responsable médical de la structure après avis des praticiens concernés et proposition de la commission médicale d'établissement, à l'ensemble des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques.
 - Le **temps de travail additionnel** ne devrait plus être une variable d'ajustement salarial comme actuellement, et devrait être limité aux imprévus grâce à des effectifs médicaux adaptés aux charges de travail de l'équipe. Une évaluation périodique du recours au temps de travail additionnel doit être effectuée par la Commission de l'organisation de la permanence des soins.

- Reconnaissance et valorisation de toutes les **pénibilités** dans la carrière, celle du **travail de nuit** comme les autres, avec diminution du nombre de trimestres exigibles au delà d'un certain nombre de nuits travaillées sur l'ensemble de la carrière, ou une activité allégée en fin de carrière. Prévention de toutes les pénibilités.
- Respect de la réglementation en vigueur pour l'**activité libérale des praticiens hospitaliers**. Augmentation de l'Indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) avec un premier palier à **1000 € puis 2000 €** mensuels après 15 ans.
- Permettre à tout PH qui n'exerce pas une activité libérale de pouvoir effectuer une **activité d'intérêt général** pour 2 demi-journées par semaine après avis de la CME et du responsable de structure.
- **Couverture sociale et retraite** : alignement sur le statut de PH temps plein, cotisation Ircantec à taux plein sur l'ensemble des rémunérations et primes pour tous, extension du dispositif de retraite progressive à tous les personnels médicaux, quelles que soient les modalités de décompte du temps de travail.
- Une véritable **gestion des carrières** dans le temps doit être proposée à tous les praticiens à travers une commission des effectifs, sous commission de la CME, prenant en compte 3 moments forts :
 - les débuts de carrière (projet de carrière avec entretien individuel et contractualisation des valences diverses, accompagnement social).
 - les milieux de carrière (évaluation de la satisfaction au travail, de la qualité de vie au travail, des valences réalisées et de celles envisagées, de l'engagement dans la vie institutionnelle par entretien individuel, du DPC réalisé, projet de reconversion éventuelle).
 - les fins de carrière (évaluation de la satisfaction au travail et de la qualité de vie au travail, projet éventuel de transmission du savoir, nouvelles valences, projet éventuel de retraite progressive). Les fins de carrières doivent être repensées en termes d'obligations de service au choix du PH et en accord avec le projet d'établissement et du PMP du GHT, pour s'orienter vers des activités de soutien ou « tertiaires » (gestion des équipes, du DPC, qualité, prévention, médiation, etc).
- **La transparence des postes vacants** ou susceptibles de l'être doit être assurée afin de faciliter les recrutements et les mutations.

- Des moyens doivent être donnés au dialogue social de proximité et à la médecine du travail, afin de permettre un recours en cas de souffrance au travail ou de conflit local. Il faut créer auprès de la Commission médicale du GHT une **formation spécialisée (FS) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail spécifique aux personnels médicaux**, dont des représentants seraient proposés par les organisations syndicales représentées dans les Commissions régionales paritaires.

Proposition de charte APH concernant les hospitalo-universitaires

La médecine hospitalo-universitaire aspire à un exercice médical serein pour apporter aux patients les soins les plus adaptés et accroître la somme des connaissances et savoir-faire transmis aux futures générations. La recherche nécessite du temps et de l'indépendance pour défricher de nouvelles pistes et les valider cliniquement. Le statut hospitalo-universitaire doit garantir, au sein d'un statut unique, la pluralité et l'indépendance de ces fonctions auxquelles sont souvent adjointes des fonctions managériales. Née il y a 60 ans des ordonnances Debré (1958), cette médecine hospitalo-universitaire doit sans doute évoluer, mais sans perdre son esprit fondateur.

Évoluer

- 1 Pour un hôpital dynamique**, avec les moyens de travailler et d'accueillir les patients, qui sorte des exigences de rentabilité financière pour promouvoir le meilleur soin au meilleur coût et qui respecte la qualité de vie au travail comme une exigence véritable, garante du bon soin, et qui ne soit pas un gadget managérial comme actuellement.

Sortir de l'hôpital-entreprise et du New Public Management, concepts qui ont échoué car non-adaptés aux exigences du bon soin, du travail de qualité et à l'exercice des professions de santé au sein du Service Public.

Promouvoir un management participatif et non autoritaire, rééquilibrer le pouvoir gestionnaire par un président de CME aux pouvoirs étendus, élu par une CME sans membre de droit sauf le doyen de la faculté, avec plusieurs collèges (collège des chefs de pôles, collège des chefs de service, collège des praticiens hospitaliers, collège des praticiens contractuels...). Les chefs de pôle et les chefs de service doivent être nom-

més directement par le président de CME après avis de leurs collègues du pôle ou du service qu'ils dirigent.

Pour le financement, **ne laisser la T2A qu'aux activités techniques**, les changements de tarif devant être négociés, et une dotation annuelle globale, évaluée chaque année avant reconduction, pour les maladies chroniques. Le financement au parcours de soin serait, comme la T2A, une autre incitation à la multiplication de l'activité, non des actes cette fois, mais des parcours.

Redonner du sens au Service, ou à l'Unité fonctionnelle, avec double casquette médicale et cadre de santé, seul ce binôme permettant la qualité des soins. Sans lien hiérarchique, mais avec lien fonctionnel.

- 2 Pour un enseignement universitaire de qualité**, qui ne soit pas le parent pauvre de la mission HU.

La pédagogie doit être revalorisée tant dans la formation des enseignants que dans les moyens qui y sont alloués. Les nouvelles techniques pédagogiques et docimologiques, liées notamment au numérique, nécessitent des moyens humains et financiers pour être maîtrisées au fil de leur évolution.

L'engagement pédagogique doit être reconnu à tous les niveaux aussi bien en temps médical que dans les prérequis de nomination des CNU ou dans l'évolution des carrières.

Enfin cet enseignement doit garantir aux étudiants des modalités d'accès équitables et républicaines, financièrement abordables, aux filières souhaitées.

- 3 Pour une recherche financée, valorisée et reconnue**, portée par les acteurs et pas étouffée par la culture de l'évaluation à court terme.

Assurer aux équipes labellisées des fonds de recherche pérennes et sortir de la course permanente aux appels à projets qui fait perdre énormément de temps aux chercheurs et démotive les équipes.

Sécuriser les financements publics de la recherche (PHRC ; ANR ...) tout en fluidifiant les modalités de gestion courante pour aider les équipes à poursuivre leurs thématiques respectives. Arrêter la course aux points SIGAPS – équivalents de la T2A – et privilégier une évaluation scientifique et visionnaire des projets et de leurs résultats.

Des réformes statutaires nécessaires

Le cadre statutaire actuel est désuet, daté car il a peu

évolué depuis 1958, alors que des avancées notables ont été obtenues par les PH et alors que l'Hôpital et l'Université ont évolué : on a donc des inégalités de plus en plus mal acceptées (retraites, temps de travail etc...) pour un exercice hospitalier souvent commun, des carrières U qui n'attirent plus les jeunes, des départs vers le privé, etc. il est donc temps de se pencher sur ces carrières sans tabou, et donc sur les particularités nécessaires à un statut HU efficace pour toutes ses missions, et attractif.

Le cadre global serait un statut unique de praticien hospitalier pour la part hospitalière.

Pour les fonctions universitaires (comprenant des missions d'enseignement et de recherche) un parcours académique classique (Master – Thèse de sciences – Mobilité – HDR) servirait au **passage devant le CNU et permettrait une titularisation hospitalo-universitaire. Ainsi seraient différenciés les PH à forte activité HU, mis en position d'enseignant-chercheur**, grâce à une contractualisation entre l'Université, l'Hôpital, et le praticien hospitalo-universitaire. La part hospitalière serait ainsi couverte par le statut de PH, et la part universitaire dépendrait de l'Université, comme pour tout Maître de Conférences et Professeur des Universités.

En miroir, pour les PH qui le désirent, les fonctions d'enseignement et de recherche pourraient être contractualisées sous forme de valences universitaires, au sein du statut de praticien hospitalier. Ainsi, les engagements de chacun pourraient être reconnus tout au long de la carrière, ce qui donnerait de la souplesse aux carrières, et aurait un fort potentiel d'attractivité.

Périodiquement, une réévaluation des engagements, de la satisfaction au travail, des projets hospitaliers et universitaires doit être effectuée entre les collègues concernés, l'Université et l'Hôpital, afin d'adapter leurs missions, voire leur proposer un éventuel changement de trajectoire.

- 1 Sécurisation des parcours et missions hospitalo-universitaires**

Clarifier les missions et garantir le temps nécessaire aux enseignants-chercheurs pour mener à bien leurs tâches d'enseignement et leurs projets de recherche.

Les différentes missions des HU doivent pouvoir être prioritaires et sécurisées, sous forme d'engagement contractuel avec le ministère de l'enseignement supérieur, en accord avec l'EPS, à différents moments de la carrière. Ainsi, pourront être déclinées à géométrie variable tout le long de la carrière HU les fonctions d'enseignement, de recherche, et les fonctions hospitalières.

Dissocier le statut unique (praticien hospitalier) et les

titres universitaires (MCU, PU). La carrière universitaire doit toujours être gérée par le Ministère de l'Enseignement supérieur, seul moyen de garantir l'autonomie professionnelle et intellectuelle nécessaire à un exercice serein et de qualité, et à une recherche et un enseignement eux aussi de qualité. Il faut bannir à ce titre toute évolution statutaire à l'Américaine basée sur une vaste cohorte "d'assistant-professors" précaires, révocables à tout moment, pour une infime minorité de "full-professors" titulaires d'une "tenure position".

- 2 Redéfinition des pré-requis applicables aux nominations et aux évolutions de carrière**

Constat : le processus et les prérequis à une nomination HU, complexes et fastidieux, ne sont pas homogènes et peu en accord avec les compétences requises ultérieurement par le poste.

Proposition : il faut redéfinir les prérequis aux nominations et aux évolutions de carrière, et donc engager avec les CNU, les commissions locales et le ministère, une discussion sur les modalités de nomination et d'évolution de carrière afin :

- d'harmoniser les épreuves sur l'ensemble des CNU ;
- de développer la promotion et la lisibilité des carrières HU ;
- d'harmoniser les procédures administratives pour éviter la démultiplication des dossiers que doivent remplir les candidats ;
- de mieux prendre en compte des activités multiples assignées aux HU (implication dans la pédagogie, dans la recherche clinique, dans l'innovation et le

rayonnement d'une discipline, dans des sociétés savantes mais aussi dans le management et la gestion de gros projets hospitaliers) ;

- d'évaluer l'activité de recherche autrement que par les points SIGAPS.
- d'intégrer le projet universitaire à l'ensemble du projet de l'équipe hospitalière.
- de faciliter les mobilités pour permettre à tous de concilier sereinement vie familiale et vie professionnelle.

③ Modification du volet social du statut des HU

Constat : le statut des HU est en décalage par rapport au monde professionnel actuel et peu attractif pour les jeunes générations

Proposition : Faire du statut de praticien hospitalier la base unique de tous les statuts médicaux à l'hôpital. Cela permettrait :

- Un alignement du Temps de travail des HU sur celui des PH : 10 demi-journées et non plus 11
- Une harmonisation des droits à congé et RTT des HU et des PH
- Une reconnaissance pour les HU des droits reconnus aux PH de diminution choisie ou thérapeutique du temps de travail et des congés parentaux.
- La mise en œuvre de cotisations retraites et maladies sur l'ensemble des salaires et émoluments universitaires et hospitaliers.
- Une réévaluation des grilles salariales actuelles pour tous les praticiens, H et HU.

④ Les fonctions managériales

Il est nécessaire de redonner au fonctionnement hospitalier plus de démocratie. Les fonctions managériales (responsable d'unité, chefferie de pôle ou de service) doivent pouvoir être exercées par tous les praticiens, avec nomination par le président de la CME après avis de la CME et des praticiens du service. Elles doivent être reconnues avec du temps consacré, et si nécessaire embauche de praticien contractuel pour compenser ce temps. Elles doivent être évaluées avant reconduc-

tion, par la hiérarchie hospitalière et par les praticiens du service via la CME.

Gouvernance des hôpitaux publics

Depuis la loi HPST, la gouvernance de l'hôpital public a été déséquilibrée au profit d'une logique essentiellement gestionnaire, accentuée par les effets de la Tarification à l'activité et l'insuffisance globale de l'Ondam hospitalier pour absorber l'augmentation de la demande de soins et le progrès médical.

Il faut re-médicaliser la gouvernance des hôpitaux publics afin de remettre les patients et les professionnels au cœur du système hospitalier.

Au niveau du GHT

① Commission Médicale de Groupement (CMG)

Ses compétences doivent comprendre le Projet médical partagé, l'organisation interne en matière de pôle inter établissement ou de fédération médicale inter-hospitalière, l'organisation de la permanence des soins, le DPC.

Elle doit pouvoir donner un avis sur toutes les nominations individuelles (PH, chefferies) afin de vérifier que l'établissement support ne détourne pas les recrutements à son profit, spécialement dans le cadre d'une gestion des ressources humaines médicales transférée à l'établissement support.

D'autres compétences pourraient être déléguées à la CMG si l'ensemble des CME concernées vote en ce sens. La CMG pourrait être constituée de la réunion de l'ensemble des CME des établissements du GHT.

② Formation spécialisée santé, sécurité, conditions de travail

Des moyens doivent être donnés au dialogue social de proximité et à la médecine du travail, afin de per-

mettre un recours en cas de souffrance au travail ou de conflit local. Il faut créer auprès de la CMG **une formation spécialisée (FS) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail spécifique aux personnels médicaux**, dont des représentants seront proposés par les organisations syndicales représentées dans les Commissions régionales paritaires.

En particulier, cette formation spécialisée veillera à ce que les restructurations des activités médicales, pharmaceutiques ou odontologiques ne conduisent pas à dégrader les conditions de travail des personnels concernés, notamment en matière d'exercice territorial et d'équilibre vie personnelle – vie professionnelle.

Au niveau des établissements

① Commission médicale d'établissement (CME)

Elles doivent conserver l'ensemble des compétences actuelles moins celles transférées à la CMG, mais celles-ci devraient être renforcées en particulier sur le plan financier : avis sur le projet d'EPRD, son exécution et son suivi (voir récapitulatif des compétences actuelles plus loin).

Le président de CME doit s'engager à consulter sys-

tématiquement la CME lorsqu'il est amené à exprimer un avis.

La composition des CME doit reposer une base plus démocratique et ne plus avoir une large part de membres de droit. Dans chaque collège, les membres doivent être élus.

Les réunions doivent être organisées sur le temps de travail de jour, afin de ne pas empiéter sur la vie personnelle des praticiens.

③ Nomination des chefs de service et chefs de pôle

Elles doivent faire l'objet d'une publicité large et d'un avis de la CME et/ou de la CMG, ainsi que d'une consultation auprès des personnels médicaux de la structure concernée.

Les candidats doivent avoir effectué une formation pour ces fonctions ou s'engager à en faire une dans l'année qui suit leur nomination.

Le renouvellement doit se faire sur la base d'une évaluation objective du management, d'un avis de la CME et/ou de la CMG, accompagné d'un avis clairement exprimé des personnels médicaux de la structure.



Rappel : Compétences actuelles de la CME (Articles L6144-1 et R6144-1 CSP)

- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- Le projet médical de l'établissement ;
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique de formation des étudiants et internes ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'investissement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE d'APH

<https://aph-france.fr/>

Pour s'abonner aux newsletters : <http://eepurl.com/c04mX1>



Suivez nous sur facebook :

<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hôpital-252176902225161/>



Suivez nous sur

Twitter
@ActionPratHopit

...SNGC : à quand les mesures ?

Le DESC de gériatrie créé en 1988 qualifiant en 2004, est devenu en 2017 un DES qui permet une reconnaissance de la gériatrie, mais risque d'aggraver la pénurie de gériatre : sur les 200 postes ouverts pour la première promotion, seuls 171 ont été pourvus.

Travailler sur l'attractivité

Il est urgent de travailler sur la motivation des étudiants pour choisir la gériatrie et sur l'attractivité des postes proposés dont le nombre est très inférieur aux départs en retraite avec le risque que la gériatrie devienne une spécialité exclusivement universitaire ou se limite aux courts séjours des hôpitaux périphériques, avec des internes de gériatrie uniquement dans les services de médecine, les SSR perdant leurs internes car jugés à tort comme peu formateurs.

Certes les courts séjours sont le pivot autour duquel viennent se greffer les autres éléments de la filière (Hôpitaux de jour, SSR, USLD, EHPAD) mais une filière ne saurait se réduire à un service. Par ailleurs l'avenir des USLD n'est toujours pas clarifiée : leurs modalités de financement et leur survie ne sont pas établies étant toujours dans l'attente d'un décret USLD qui en préciserait la tarification et les missions permettant de les distinguer des EHPAD.

Actuellement certains patients restent en SSR où ils bénéficient d'un accompagnement palliatif pris en charge à 100 %, alors que d'autres sont transférés en USLD pour avoir le droit d'y mourir en payant leur hébergement, faisant porter le chapeau, si transfert ou pas, au médecin qui devient le méchant ou le gentil

→→→ Plateforme (suite)

④ Rôle des services :

Il doit concerner le management d'équipe et l'organisation des soins. Le chef de service doit disposer de l'autorité fonctionnelle, y compris sur le personnel non médical. Il faut réintroduire la notion de conseil de service.

⑤ Rôle des pôles :

Il doit être orienté vers la mesure de l'activité, l'information des équipes, la fonction d'interface avec la gouvernance.

alors qu'il s'agit d'un choix politique de tarification qui ne relève pas d'une responsabilité médicale.

L'accès en USLD doit être harmonieusement réparti sur les territoires

L'accès doit être au plus près de la population qui y a recours en travaillant sur le reste à charge souvent très supérieur aux retraites des résidents qui y sont accueillis, bouleversant les équilibres familiaux du fait du recours à l'obligation alimentaire afin de régler les frais d'hébergement. Par ailleurs, le financement au GMPS identique pour les EHPAD et les USLD est une aberration qui ne permet pas d'avoir une vision claire sur les missions et les contraintes différentes de ces deux types de structure. Il s'agit bien de donner plus aux USLD sans reprendre aux EHPAD qui sont eux-mêmes en grande difficulté, accueillant des résidents de plus en plus âgés malades et dépendants. Il faut mettre fin à la convergence tarifaire qui pénalise ces services. En EHPAD, avec l'arrivée des CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen) qui sont en fait des CPO (pas de moyen) et la mise en place des évaluations internes et externes, le travail du médecin coordonnateur est de plus en plus centré sur le fait que la prochaine coupe PATHOS ne se traduise pas pour son établissement par une baisse des ressources, alors que dans le même temps, la pénurie médicale fait s'interroger sur les modalités à inventer afin de garantir la poursuite de l'accès aux soins pour tous les résidents d'EHPAD.

Au niveau de la région

Il faut réaffirmer le rôle des Commissions régionales paritaires, dont les réunions doivent devenir régulières afin d'être un lieu de dialogue social efficace entre les ARS et les personnels médicaux hospitaliers. Une coordination nationale des CRP au niveau de la Dgos doit animer l'ensemble des CRP et faire annuellement le bilan de leurs actions.

Jacques Trévidic, Président d'APH

... SYNGOF : la fermeture des maternités mobilise les gynéco-obstétriciens, mais pas seulement !

Anesthésistes-réanimateurs, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens, pédiatres et médecins généralistes entendent les inquiétudes qui grandissent autour de la fermeture de certaines maternités de proximité. En tant qu'acteurs du réseau de périnatalité, il nous semble essentiel de rappeler que le problème de sécurité des patientes et des nouveau-nés doit être au cœur de la réflexion sur l'évolution de ces structures.

La dissémination de l'offre de soins en maternité sur chaque territoire de santé est un facteur déterminant de risque de perte de qualité et de sécurité des soins. Les ressources humaines médicales nécessaires pour assurer en permanence une qualité égale sur tous les territoires sont limitées. La restructuration de l'offre dans ce domaine est une nécessité pour préserver la qualité et la sécurité des soins. L'assouplissement des critères de sécurité, la baisse du niveau de qualification des acteurs, la multiplication des contrats de médecins remplaçants à la place d'équipes expérimentées, ne peuvent constituer des solutions pour maintenir des maternités qui ne répondent pas aux exigences de qualité/sécurité.

La proximité n'est pas gage de sécurité

Ne pas accepter les nécessaires restructurations, c'est contraindre les soignants à moins de sécurité des pratiques, à moins de qualité dans la prise en charge des accouchements. C'est mettre en danger les femmes qui viennent accoucher, comme les personnels soignants. Ceci aboutira dans un futur très proche à une aggravation de la situation actuelle qui cumule les déserts médicaux, l'insatisfaction des femmes, l'augmentation de pathologies graves et accroît le risque de mortalité pour les femmes et les nouveau-nés.

Le projet médical de territoire doit être guidé par l'équilibre sécurité-proximité

Chaque communauté médicale des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) a produit son projet médical de territoire (PMT). Les décideurs des GHT doivent

les prendre en compte et être guidés par l'essentiel équilibre sécurité-proximité. Trop souvent, en particulier pour le maintien des plateaux techniques de taille critique, les projets médicaux de territoire sont le reflet de la pression des politiques et ne sont pas assez issus des réflexions des soignants, seuls véritables experts.

Le maillage des maternités publiques et privées situées dans les villes ou départements limitrophes du lieu de résidence, les moyens déployés pour améliorer les voies d'accès afin que le temps d'accès moyen n'augmente pas malgré les fermetures, le transport des parturientes ou encore leur hébergement dans des hôtels hospitaliers sur les lieux d'accouchement sont autant de solutions qui doivent être analysées et proposées pour accompagner la fermeture des maternités qui ne répondent plus aux exigences de sécurité. Dans certaines régions, ces solutions existent déjà et fonctionnent, que ce soit à l'étranger (Suède, Finlande) ou en France (l'exemple des îles de la côte Ouest, Belle île, Groix, île d'Yeu, où habitent plus de 12 000 habitants est significatif).

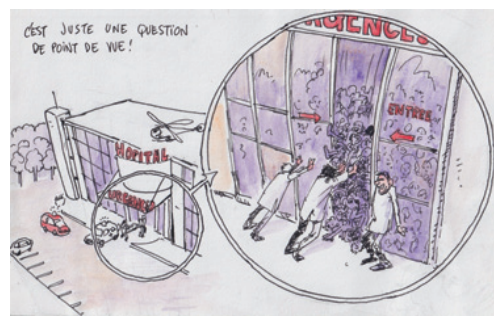
L'évolution est inéluctable du fait de la démographie médicale

Maintenir une maternité qui ne parvient pas, dans les faits, à offrir une organisation pérenne 24h/24 répondant aux critères de qualité / sécurité de la HAS est une erreur managériale pour les directions d'hôpitaux, médicale pour les médecins et les sages-femmes et une tromperie politique envers les femmes auxquelles est annoncé que tout fonctionne correctement. Sans réaction rapide, ces situations vont se multiplier. L'accompagnement financier et organisationnel de ces mutations incombe au gouvernement au travers des dispositions de la loi d'organisation de la transformation du système de santé, des ARS pour le financement des réseaux périnataux de partenariat et à l'assurance maladie au travers du nécessaire accompagnement des CPTS. L'évolution est urgente et inéluctable du fait de la démographie médicale. Elle est nécessaire pour la sécurité des patientes. Nous comprenons les craintes des patientes mais rester crispé au milieu du gué est particulièrement dangereux. Refusons la démagogie et construisons l'avenir avec les patients, les soignants et les élus responsables. À suivre...

Pascale Le Pors

...à SUDF : le virus de la grippe 2019 tue mais l'inertie politique et administrative depuis une décade tue et tuera encore plus !

À l'hôpital public tout va bien... la situation est sous contrôle !



Comme chaque année, l'épidémie de grippe a généré de très nombreux passages aux urgences avec son cortège de morbi-mortalité. Ce marronnier est repris chaque année au même titre que les effets de la canicule : il fait froid l'hiver et chaud l'été ! L'activité des urgences atteint des niveaux qui conduisent à des effets collatéraux non négligeables inquiétant nos dirigeants qui commandent de plus en plus de rapports et d'audits à grand frais et qui organisent des grandes messes pour comprendre ... Comprendre que la population française vieillit, que le « tout ambulatoire » prôné par l'énarchie administrative entraîne de facto la fermeture de lits d'hospitalisation ! La logique comptable prend le pas sur la logique sanitaire ! Les soignants coûtent cher ...

Depuis octobre 2015, Samu-Urgences de France a lancé une campagne d'alerte sur l'aval des urgences. Sous cette impulsion, le CNUH a proposé une « boîte à outils » permettant, enfin, de disposer de moyens, de solutions, pour gérer la surcharge des urgences. L'ANAP a accompagné cette démarche dans un nombre trop limité d'établissements de soins pour lesquels les résultats sont concluants. Cette organisation permet de fluidifier les hospitalisations depuis les urgences. Pourquoi ces outils ne sont-ils pas utilisés à l'Hôpital

adopté cette gestion facile et claire de la disponibilité des lits d'hospitalisation ?

Le « No Bed Challenge » (NBC) a ainsi montré qu'en 2018 près de 400 000 patients ont dormi sur des brancards dans les structures d'urgence, faute de lits d'hospitalisation (projection à partir de 150 établissements répondant régulièrement au NBC). Cette maltraitance organisée est indigne d'un pays qui consacre 200 milliards par an à son système de santé. Paradoxalement,

En France doit-on venir avec son lit gonflable aux urgences, surtout lorsqu'on est âgé, pour ne plus dormir sur un brancard ?

ces conditions de prise en charge augmentent la durée globale de séjour des patients a fortiori pour nos aînés et, surtout, augmente la morbi-mortalité. Pire, dans le système actuel de valorisation par la tarification à l'activité, la sacro-sainte « T2A », cette hospitalisation sur un brancard est facturée au coût d'une hospitalisation complète au patient même s'il est « stocké » au fond d'un couloir sans surveillance. Nous sommes passés d'une logique de soins à une comptabilité analytique déshumanisée mais CHUT !

Le malaise de nos confrères est devenu viral et le seul vaccin contre ce mal est de rendre ses lettres de noblesses à l'exercice médical hospitalier. Permettre aux docteurs de s'épanouir au sein de leurs équipes de soins en proposant une qualité de soins retrouvée pour un juste soin entouré d'humanité et de bienveillance. Cette demande n'est pas sans fondement, elle se base sur le principe du serment d'Hippocrate et sert de base à la construction de la relation médecin-malade garante d'un soin sûr, confortable, humain. C'est à cette condition que les médecins urgentistes, comme nos collègues hospitaliers ou de ville pourront continuer de s'épanouir dans ce métier si riche en émotions et en moments privilégiés.

Jean-François Cibien, Vice-Président de SUDF

Remettre la santé et l'hôpital au cœur des débats !

En consultant le site <https://legranddebatsante.fr/>, la première phrase que l'on aperçoit est : « L'hôpital public et les français ». Une note pour rappeler que la santé est une des plus importantes préoccupations des français, qu'ils soient soignants ou non. Pourtant, le grand débat national organisé par le gouvernement semble faire fi de cette réalité en n'incluant pas la santé et l'hôpital dans ces « thèmes majeurs ». Actu'APH a demandé à Renaud Péquignot, vice-président d'APH et chef du service de médecine et réadaptation des Hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne), quel était l'objectif de cette plateforme en ligne et les premières analyses qu'il fallait en tirer.

Actu'APH : Quel était le but recherché en créant le Grand débat santé ? Un message au gouvernement Macron ?

Renaud Péquignot : Il fallait surtout donner de la visibilité aux questions de santé qui sont la grande absente du Grand Débat national, aussi bien dans les thèmes proposés que dans leurs déclinaisons, ce qui est assez incroyable ! Pourtant, le peuple français est en demande de réponses sur ce sujet là, les soignants ont eux aussi des choses à dire. Il nous semblait invraisemblable de ne pas leur donner la parole. D'ailleurs, les réunions organisées par l'AP-HP à ce propos ont pas mal de succès.

Actu'APH : Comment fallait-il participer ? Qui était concerné ?

RP : La plateforme était ouverte du 1er mars au 1er avril. Elle s'adressait aux médecins, aux soignants et aux citoyens. Quatre grands thèmes ont été proposés : le modèle d'organisation, l'attractivité, le financement et les spécialités, particulièrement exposées ces derniers temps comme le SAMU, les urgences, les maternités, la psychiatrie et la gériatrie. Notre rôle est de faire l'exposé des problèmes et de proposer des solutions. Les visiteurs ont pu discuter, voter et faire eux aussi leurs propositions.

Actu'APH : Parlez-nous des premiers résultats ? Quels ont été les sujets les plus abordés ?

RP : La fin de la T2A est une proposition qui a récolté beaucoup de votes. L'attractivité des professions inquiète aussi. La question du temps de travail a un certain succès mais les avis sont mitigés. Certains médecins considèrent qu'il est normal de travailler beaucoup. Mais le sujet le plus plébiscité pour le moment, c'est l'intérim. Les médecins veulent l'assurance d'une taille d'équipe suffisante

pour garantir la continuité des soins sans y avoir recours. L'intérim est vraiment la gangrène de l'hôpital. Ça coûte trois fois plus cher, donc on dépense énormément d'argent pour un temps médical minuscule et c'est ressenti par tout le monde.

Actu'APH : Comment organiser l'après et qu'allez-vous « faire » des résultats définitifs ?

RP : Ce qu'on espère, c'est pouvoir montrer au gouvernement que certains sujets mobilisent massivement et qu'il faut absolument que certaines voix soient entendues. Les résultats seront portés directement devant le ministère. Depuis le 5 mars, nous avons ouvert un cycle de concertations autour du projet de loi de santé ; avant publication des textes tout au long des 12 à 18 mois qui viennent [pour les mesures prises par ordonnances, NDLR].

La boîte à idées :

Au-delà de la consultation sur les 4 grands thèmes cités plus haut par Renaud Péquignot, les internautes qui voulaient aborder d'autres problématiques que celles qui étaient proposées pouvaient s'exprimer librement via la boîte à idées. Cet espace a permis à chaque participant d'émettre une proposition soumise au vote. Parmi les propositions faites et sujets abordés, on retrouve : les déserts médicaux, l'attractivité des carrières hospitalières, l'intérim hospitalier, la médecine de ville, la politique vaccinale, le télétravail pour les tâches extra cliniques, et beaucoup d'autres ... Les propositions les plus pertinentes figureront aux côtés des propositions initiales. Le projet final sera porté jusqu'au Ministère de la Santé pour passer outre l'oubli initial du thème dans le Grand Débat. La synthèse des résultats a été réalisée le 3 avril, nous vous en parlerons dans le prochain numéro.

Enquête vie privée/ vie professionnelle : l'hôpital est un excellent reflet de la société !

Les résultats de cette enquête inédite, qui a été imaginée puis mise en place par APH et Jeunes Médecins a été présentée à la presse à la veille de la journée des droits des femmes. Et pour cause, 66% des 3500 PH à avoir répondu sont des femmes ! On comprend très vite en voyant les chiffres, qu'à l'hôpital comme ailleurs, les femmes sont perdantes quand il s'agit d'équilibre vie privée/vie professionnelle. « Il y a 10 ans, ce sujet n'intéressait personne ! Il semblerait que depuis la libération de la parole qui a fait suite à l'affaire Weinstein et au mouvement #Metoo, le sujet de la féminisation soit plus audible, il faut la rendre encore plus audible à l'hôpital » affirme Nicole Smolski, présidente d'honneur d'APH. Alors, qui a participé à cette enquête ? Quelles conclusions faut-il en tirer ? Et surtout quelles actions mener face à ces discriminations, à ces asymétries entre les hommes et les femmes qui n'en finissent plus de perdurer ?

À l'hôpital et à la maison ?

56 % des femmes travaillent plus de 50 heures par semaine et ont un conjoint qui, lui aussi, travaille beaucoup (44 heures en moyenne), mais 28 % des femmes de médecins hommes exercent à temps partiel, pour 6 % des conjoints hommes. L'asymétrie est donc bien nette.

Pour 58 % des femmes (62 % des jeunes femmes) et 46 % des hommes se déclarent en épuisement chronique.

Les médecins rencontrent beaucoup de problèmes pour la garde des enfants en raison de leurs horaires (plus la semaine que le WE). Ils n'ont que rarement accès aux crèches hospitalières. La répartition des tâches domestiques et ménagères est très asymétrique, le niveau élevé d'études et le fort investissement professionnel ne changent pas les mentalités, et ce même pour les jeunes de moins de 45 ans !

Discrimination ou autocensure au féminin ?

Alors que les statuts et grilles salariales ne laissent aucune part à une discrimination objective, l'enquête laisse plutôt transparaître une autocensure chez les femmes, qui doivent souvent faire face en même temps à la construction de leur vie familiale et parentale, et de leur vie professionnelle, et renoncent de ce fait à

certains aspects de leur carrière. Les chiffres sont révélateurs :

En effet, si elles avaient moins de contraintes familiales, les femmes aimeraient travailler plus que les hommes, elles se formeraient davantage (49 % vs 33 %) et s'investiraient plus dans des missions transversales.

36 % des femmes considèrent avoir modifié leur parcours professionnel en raison de leur charge familiale contre 22 % pour les hommes, et d'ailleurs près d'une femme sur 2 se sent coupable d'avoir jugé sa carrière très importante, notamment vis à vis de ses enfants.

Pour en revenir à la formation, 55 % femmes déclarent avoir renoncé à la formation continue, vs 33 % pour les hommes. Elles déclarent également faire moins de travail personnel à la maison en lien avec leur carrière que les hommes. Ces chiffres sont potentiellement lourds de conséquences, aussi bien pour la qualité du travail que pour l'intégration dans l'équipe et les projets professionnels.

Entre discriminations et renoncement personnel ?

Parmi d'autres, ce sont les discriminations ressenties liées au sexe qui sont les plus importantes, avec un gros différentiel entre les hommes et les femmes (18 % vs 43 %, et 47 % chez les jeunes femmes). C'est corroboré par les attentes vis à vis de la parité : alors qu'il

C'est la première fois que la question de l'équilibre vie privée vie professionnelle est posée, alors que c'est un point phare de l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

n'existe pas d'attente de parité à l'entrée des facultés, il existe une assez forte demande de parité pour les postes supposés à responsabilités ou pouvoir : 47 % des femmes (28 % hommes) seraient favorables à une parité pour les HU et 52 % (vs 30 %) favorables à une parité pour la chefferie de pôle.

Trois femmes sur 4 pensent qu'elles auraient fait une autre carrière si elles étaient du sexe opposé. Mais est-ce une réelle discrimination ou un renoncement personnel ? L'enquête ne peut trancher. Une femme sur 3 considère que les grossesses ont pénalisé sa carrière et a ressenti des attitudes discriminatoires liées à sa grossesse (30 %).

Harcèlement et humiliations morales : l'omerta hospitalière

15 % de femmes déclarent avoir déjà été harcelées sexuellement, 18 % déclarent en avoir été témoin. Le profil type du harceleur est un homme médecin en relation de pouvoir (vrai ou imaginé).

Mais au delà de ces chiffres, dont on ne peut comparer la prévalence avec d'autres groupes professionnels,

« ACCOMPAGNER LES FEMMES SANS LES VICTIMISER » : LES PRÉCISIONS DE NICOLE SMOLSKI, PRÉSIDENTE D'HONNEUR D'APH

« Cette enquête est un constat, fait par les femmes et les hommes. Nous n'avons gardé que les femmes. Ce constat est le premier fait à l'hôpital, à savoir que les équilibres vie privée/vie professionnelle se font mal à l'hôpital. C'est le cas pour les hommes ET pour les femmes, mais encore plus pour les femmes.

Il ne s'agit en aucun cas d'avoir un discours victimaire de la part des femmes : le prototype des hommes médecins n'est pas celui de gros harceleurs sexuels, sauf cas très particuliers. Il était important, pour nous, d'éviter cet écueil, notamment face à la presse très friande de ce genre de raccourci spectacle.

Nous vivons ensemble, hommes et femmes, en bonne entente, au sein des équipes.

Mais l'arrivée des femmes, les trente dernières années dans le champ hospitalier, n'a jamais été anticipée ni accompagnée, et nous-mêmes syndicalistes ne l'avons pas identifiée comme un problème en soi, et donc nous n'avons pas cherché de pistes d'amélioration.

Il s'agit donc d'un problème systémique et pas individuel, et c'est en tant que tel que nous devons l'aborder. Les femmes s'autocensurent, renoncent à beaucoup de choses, à cause de pressions le plus souvent implicites, de culpabilisation aussi bien familiales que vis-à-vis des collègues. Elles renoncent pour beaucoup à leur carrière, à leur formation continue, aux investissements transversaux.

L'hôpital doit donc offrir un accompagnement à cette féminisation de la profession, si on veut que les femmes puissent s'engager.

Ca doit être une priorité syndicale.

Il y a des choses simples qui pourraient être mises en place rapidement : ouvrir les crèches aux enfants de médecins, réfléchir à des locaux pour l'allaitement, à ce que les médecins du travail soient plus partie prenante pour aider (postes aménagés, ou visite avant reprise de maternité).

D'autres sont plus compliquées à mettre en place comme : les remplacements courts avec statut spécifique de remplaçant pour les congés maternité, la surveillance des temps consacrés à la FMC, des campagnes contre le harcèlement et les violences.

Mais ce n'est pas parce que c'est plus compliqué que nous devons renoncer, bien au contraire.

Et toutes ces pistes, qui ne sont pas restrictives, ne sont pas des pistes « genrées », qui risquent de stigmatiser les femmes dans un rôle de « pondeuses qui ont des égards » : toutes nos demandes (sauf congés maternité et allaitement) concernent hommes et femmes, et leur satisfaction va permettre d'améliorer la vie des femmes ET des hommes à l'hôpital. C'est un enjeu sociétal, car les aspirations au travail changent. Le temps du médecin héros rentrant harassé le soir pour embrasser ses enfants déjà couchés est révolu. Femmes et hommes veulent une vie équilibrée, pouvoir s'engager professionnellement sans renoncer à une vie familiale équilibrée : c'est un challenge auquel APH va s'attaquer.

le plus important c'est le consensus dans les deux cas sur l'absence de réaction de l'institution et/ou l'omerta qui règne autour de ces phénomènes. Seulement 33 % des répondants n'en ont jamais vu

Et bien des combats s'ouvrent à nous !

Qu'est ce qui changerait la vie à l'hôpital pour les femmes ? Elles répondent !

- ❶ **4 pistes sont plébiscitées ,**
 - un observatoire national des discriminations sexuelles.
 - une campagne de sensibilisation aux maltraitances diverses
 - un CHSCT ouvert aux médecins
 - des droits syndicaux ouverts aux médecins
- ❷ **Une nette attente de parité (HU, CDP et directions).**
- ❸ **Des revendications qui rencontrent une très forte adhésion :**
 - Pouvoir moduler sa carrière sans conséquences pour celle-ci (44 %),
 - Moins d'heures de travail par semaine (40 %),
 - Des crèches hospitalières ouvertes aux médecins (34 %)
 - Des remplacements en cas de congés maternité (32 %)

ILS EN ONT PARLÉ

Le quotidien du médecin :

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/evenement/2019/03/07/enquete-sur-la-vie-de-3-500-praticiens-hospitaliers_866589

Le Monde :

https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/03/07/a-l-hopital-les-carrieres-des-femmes-restent-des-parcours-semes-d-obs-tacles_5432707_3224.html

Le Figaro :

<http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2019/03/07/97001-20190307FILWWW00107-egalite-a-l-hopital-les-femmes-renoncent-a-se-former.php>

L'Express :

https://lentreprise.lexpress.fr/actualites/1/actualites/hopital-les-femmes-medecins-renoncent-plus-souvent-a-se-former-enquete_2065841.html

LES FEMMES MÉDECINS ET LA GROSSESSE

- 6 % des jeunes femmes médecins ne prennent pas leur congé maternité. La moitié (52 %) pour des problèmes de carrière et 16 % n'ont pas osé.
- L'arrêt du travail de nuit au 3^{ème} mois est un dispositif légal qui n'est pas respecté chez près de 6 jeunes femmes sur 10 (58 %). (pas osé, ou pas pu pour problèmes financiers)
- Pas de visite de médecine du travail après un arrêt pour grossesse pour 8 jeunes femmes sur 10.
- Volonté de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail (une femme sur 3 l'a fait, mais aucun aménagement en termes de locaux ou de pause).

- Mieux pouvoir prévoir son heure de sortie le soir (31 %).
- Une augmentation des rémunérations est notée en 2^{ème} position (43 %), mais par rapport aux hommes (61 %). La différence est sans doute à mettre en lien avec une plus forte dispersion des réponses féminines vers des solutions concrètes pour leur équilibre de vie, sans que pour autant les revendications salariales soient moins importantes.

Il s'agit d'une enquête historique dans la vie hospitalière. C'est la première fois que la question de l'équilibre vie privée vie professionnelle est posée, alors que c'est un point phare de l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

Cette initiative APH va permettre de libérer la parole, des femmes et des hommes, sur leurs attentes, leurs ressentis, leurs déceptions éventuelles.

Le constat actuel, à ce stade de l'analyse de l'enquête, est que l'adéquation vie privée vie professionnelle n'est pas bonne, ni pour les hommes et encore moins pour les femmes.

L'hôpital, qui a vu depuis les 30 dernières années se féminiser, n'a pas du tout anticipé les conséquences nécessaires à une bonne intégration et à ce que celles-ci prennent la place qu'elles méritent. L'hôpital n'est pas le seul employeur dans ce cas, naturellement. Mais il est temps que ça change, et c'est là un de nos engagements syndicaux pour la période à venir.

« Il faut créer un meilleur esprit collectif au sein des établissements hospitaliers »

Elle est devenue secrétaire générale du SYNCASS-CFDT en 2016. Anne Meunier a assuré les fonctions de directrice adjointe en charge des finances, des services économiques et logistiques, des ressources humaines, des systèmes d'information et de l'organisation, successivement dans plusieurs hôpitaux. Sa vision de l'hôpital, son engagement, la souffrance au travail, le combat syndical autant de sujets qu'elle a accepté d'aborder avec nous.

Actu'APH : À quoi attribuez-vous le succès éclatant de votre syndicat aux dernières élections professionnelles ?

Anne Meunier : Lorsque j'ai été élue, la presse a réagit en personnalisant sur moi alors qu'au SYNCASS-CFDT, le travail d'équipe est notre principal atout ! Certains titres faisaient référence à mon « emprise » sur le syndicat, bizarrement mes concurrents masculins n'ont pas été testés de la même manière (rires). Nous avons été toujours constants dans nos positions et dans nos analyses, nous n'agissons pas comme des « girouettes » en fonction du pouvoir en place. Je crois d'ailleurs que c'est l'ADN de la CFDT. Il me semble que nous devons notre progression au travail effectué auprès des collègues, à la qualité de l'information que nous leur fournissons et à notre proximité avec eux. D'autre part, nos droits syndicaux nous permettent d'avoir certains moyens. Pour finir, je dirais que notre équipe jeune, dynamique, égalitaire, est à l'origine de nos succès. Nous avons des candidats visibles, reconnus par la profession et appréciés et des collègues qui ont besoin de se sentir soutenus, surtout en ce moment.

Les directeurs maintiennent des structures en place mais ils n'ont pas de baguette magique !

Actu'APH : La souffrance au travail des personnels de direction est-elle « comparable » à celle des soignants et des médecins qui sont au contact direct des malades ?

Anne Meunier : Il n'y a pas de hiérarchisation de la souffrance, nous sommes d'abord des personnes et

pas des fonctions. Je ne crois pas que les soignants souffrent plus parce qu'ils sont au plus près des patients. Je me refuse à faire une hiérarchie quand la souffrance est occasionnée par leur travail et plus particulièrement dans un hôpital. Ce qui fait souffrir, c'est les conditions dans lesquelles on travaille. Les choix de politiques publiques ne sont pas ceux des directeurs. Aujourd'hui, ils sont nombreux à ne plus parvenir à résoudre les équations. Les tarifs incroyables des médecins entraînent le mercenariat et l'intérim, les directeurs maintiennent des structures en place mais ils n'ont pas de baguette magique. Il y a aussi des directeurs qui se suicident, nous le savons ! Malheureusement, ça n'intéresse personne... La souffrance au travail est une réalité à traiter de la même manière pour l'ensemble des professionnels à l'hôpital.

Actu'APH : Percevez-vous d'autres variables d'ajustement que la masse salariale pour juguler le déficit des hôpitaux ?

Anne Meunier : On pourrait demander à un directeur de recruter les personnels dont l'hôpital a besoin et s'enfoncer ainsi dans le déficit mais il ne peut pas le faire, nous n'avons pas le droit ! Ce n'est pas à nous de décider. Quand on regarde le niveau des salaires des soignants en général en France, un seul constat s'impose : nous ne sommes pas « bons ». On entend toujours que ça coûte de l'argent mais à force de ne pas être attractifs en termes de salaire, de mixité des parcours etc. on ne s'en sortira pas ! D'autre



La souffrance au travail est une réalité à traiter de la même manière pour l'ensemble des professionnels à l'hôpital.

part, cette course à la productivité est antinomique avec le choix de carrière des médecins. La planification a été remplacée par la régulation et les ARS ont beaucoup de mal à jouer leur rôle aujourd'hui. Nous voulons la santé maintenant ! Il faut donc gérer la transition et avoir des moyens. Notre outil de travail est appauvri. L'investissement hospitalier a chuté de manière vertigineuse.

ActuAPH : Comment, à votre avis, se sortir de

cette spirale mortifère pour l'hôpital: faire toujours plus avec toujours moins ?

Anne Meunier : Je crois d'abord que la transition ne doit pas être sacrifiée ! 2022 c'est la fin du quinquennat... Je suis perplexe sur l'échéancier politique car il est rythmé en fonction des issues électorales alors qu'il devrait être rythmé par les besoins de la population. Les comptes sociaux se rétablissent et ils ont donc décidé de ne plus rembourser les exonérations de charges sociales c'est quand même gravissime ! Les 0,5 % d'augmentation tarifaire desserrent l'étau, oui il faut le reconnaître, mais ils ne couvrent pas les dépenses, ce n'est toujours pas suffisant donc il va encore falloir faire des choix en interne.

SCRUTIN PROFESSIONNEL CHEZ LEZ DIRECTEURS : LUMIÈRE SUR LE SYNCASS-CFDT

Après des prises de position qu'on peut juger offensives et sans concession, le Syncass-CFDT a réalisé le « grand chelem » aux élections de décembre dernier ; ce scrutin professionnel chez les directeurs était concomitant de celui dans la fonction publique hospitalière.

Une victoire sans appel

Tant à la CAPN (Commission Administrative Paritaire Nationale) des DH (Directeurs d'hôpital) que celle des D3S (Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et celle des DS (Directeurs des soins), le Syncass-CFDT arrive en tête avec respectivement :

- 47,6 % (+5 points depuis 2014, +10 depuis 2011) et six sièges sur sept ;
 - 71,35 % (+3,6 points depuis 2014, +10,7 depuis 2011) et sept sièges sur huit ;
 - 61 % (+10,8 points depuis 2014, +10,2 depuis 2011) et quatre sièges sur six .
- Soit un total de 56,8 % des voix, très loin devant le SMPS (28,1%), le CH-FO (13%) et l'Ufmict-CGT (2,1%).

Pour la petite histoire

C'était le premier test électoral national d'Anne Meunier au poste

de secrétaire générale depuis son élection fin 2016. Elle est Diplômée de l'École nationale de santé publique (ENSP) en 1992, titulaire d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en économie de la santé à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Elle a assuré les fonctions de directrice adjointe en charge des finances, des services économiques et logistiques, des ressources humaines, des systèmes d'information et de l'organisation, successivement dans plusieurs hôpitaux. Elle est permanente du syndicat depuis 2010. Après avoir occupé le poste de secrétaire générale adjointe en 2012, elle succède à Michel Rosenblatt à la tête du Syncass-CFDT.

En adéquation avec APH

Elle affirme que les directeurs d'hôpitaux vivent la situation de logique productiviste aussi mal que les autres personnels. L'injonction d'économies sans fin devient insupportable. Elle dénonce l'absence de concertation qui est devenue la règle, les conditions de travail, l'égalité professionnelle, les manifestations discriminatoires, notamment sexistes. Elle revendique le droit à la reconnaissance statutaire, pécuniaire et sociale. Ce discours vient en écho avec celui qu'APH tient avec fermeté, ce qui nous a donné envie de donner la parole aujourd'hui à Anne Meunier sous forme d'une interview dans notre revue.



ActuAPH : Pensez-vous qu'il soit possible d'organiser des actions communes avec les syndicats de médecins hospitaliers ? Si oui lesquelles ?

Anne Meunier : La charte de l'éthique et de la responsabilité que nous avons rédigée peut très bien s'appliquer aux médecins et tout le monde. Je pense que c'est une démarche à soutenir communément. À propos de la plateforme d'appel, je me tiens à

l'avant-projet de loi de la fonction publique ne sont pas pour tout de suite, mais c'est une opportunité pour faire valoir le droit syndical des médecins dans les établissements. Pour apporter des réponses au problème actuel du fonctionnement hospitalier, il faut créer un meilleur esprit collectif au sein des établissements. Les médecins doivent avoir les mêmes droits syndicaux, ce n'est pas une catégorie à part. Pour nous à la CFDT, travailler ensemble sur ces projets-là est toujours passionnant et utile.

Les médecins doivent avoir les mêmes droits syndicaux, ce n'est pas une catégorie à part

Propos recueillis par Saveria Sargentini

ISSN : À VENIR
DIRECTEUR DE PUBLICATION :
CHRISTIANE MURA
RÉDACTEUR EN CHEF :
JACQUES TREVIDIC
COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION :
RICHARD TORRIELLI
RÉDACTEUR : SAVERIA SARGENTINI
COMITÉ DE RÉDACTION : HICHEM ASSAMI, HELENE BERINGUIER, MARC BETREMIEUX, PASCAL BOISSEL, FRANÇOIS BRAUN, DENIS CAZABAN,

JEAN-FRANÇOIS CIBIEN, JOËL CUCHEROUSET, ANNE DAVID-BREARD, OLIVIER FLECHELLES, JEAN GARRIC, JEAN-MARIE LELEU, XAVIER, PALETTE, CHRISTIAN LE PROVOST, PASCALE LE PORBLEMONE, RENAUD PEQUIGNOT, NICOLE SMOLSKI, ANNE WERNET, SALEM ZEIN

ÉDITEUR : EKTOPIC
EKTOPIC@EKTOPIC.COM
PETITES ANNONCES : K. TABTAB
K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR
IMPRESSION : IMPRIMATUR

Politique dans tous ses états



Politique, ce mot chargé de sens, d'histoire et de couleurs, est souvent galvaudé dans ses multiples acceptations. Nié ici et là dans sa légitimité au profit d'échanges directs d'une stricte horizontalité, sans aucun intermédiaire ou représentativité. Quel joli mot pourtant dans son étymologie, **polis**, la cité, équivalent à l'état dans le monde grec, d'où **politikos**, qui concerne donc les citoyens, les habitants de la cité !

Les syndicats, ces corps intermédiaires boudés par les travailleurs, méprisés par le pouvoir depuis de très (trop) long mois, ont été sollicités en urgence pour lancer un appel au calme quand il était menacé par le mouvement des gilets jaunes : prise de conscience tardive et brutale que les syndicats font partie des rouages indispensables du dialogue entre les citoyens et l'état, entre les acteurs de la société et **les politiques**, c'est-à-dire les personnes chargées du gouvernement des hommes entre eux pour organiser et exercer le pouvoir.

Alors bien sûr, hors de question pour les syndicats, quelle que soit la situation, de prendre parti pour tel ou tel bord politique, ou pour un parti politique ou l'autre, ou se situer d'un côté ou au centre de l'échiquier politique, ou se définir selon une idéologie politique. Faut-il pour autant se déclarer **apolitique** ? Comment alors se prononcer en faveur ou en opposition avec **une politique de santé**, avoir le droit de critiquer ou de louer tel **homme ou**

femme politique en charge de la santé de nos concitoyens ? Pourquoi éviter à tout prix de voir se colorer en rouge ou bleu nos organisations par le public ? Et on sait bien qu'un individu qui se dit **apolitique** a des inclinaisons politiques qui ne sont pas neutres quand on l'interroge sur ses options existentielles dans la société où il évolue. En revanche, on ne peut entendre l'accusation de **politiser** notre organisation quand s'il s'agit de dénoncer ou soutenir une option budgétaire ou financière d'un gouvernement ou d'un parti politique qui ait des évidentes répercussions dans le domaine qui nous concerne, celui de la santé. Car, même si les syndicats acceptent dans leur sein chacun de nous sans les interroger sur leurs options politiques au sens **partisan**, même si les militants et les responsables syndicaux n'expriment pas leur appartenance ou leur compagnonnage politique, jamais on ne pourra les empêcher d'avoir une **conscience politique**. Car c'est l'existence de celle-ci, peut-être plus aigüe que la moyenne, qui les pousse à agir pour le bien-être de leurs concitoyens.

Richard Torrielli

Projet de loi Santé

De nombreux articles de ce projet de loi vont impacter directement les hôpitaux : création obligatoire d'une Commission médicale de GHT, transfert de la gestion des ressources humaines médicales à l'établissement support du GHT, statut d'hôpital de proximité, statut unique de praticien hospitalier, nouveau statut de PADHUE, réforme des études médicales...

Plusieurs de ces dispositions seront précisées par voie d'ordonnances et font l'objet de concertations organisées par la DGOS jusqu'à la fin juillet 2019.

L'Assemblée Nationale a voté favorablement l'article 6 du projet de loi de transformation du système de santé le 25 mars. Cet article habilite le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance des mesures visant à la création d'un statut unique de praticien hospitalier.

De fait, cet article « réforme les conditions de recours à l'emploi médical contractuel dans le cadre d'un nouveau contrat, se substituant à plusieurs formes existantes qui seront supprimées, afin de permettre aux établissements de disposer de modalités plus adaptées à leurs besoins de recrutement », porte atteinte aux modalités actuelles de recrutement des praticiens hospitaliers : suppression du concours de PH et de la nomination nationale. C'est donc la porte grande ouverte aux recrutements locaux, à la discrétion de la gouvernance de l'établissement. Le tout voté avant la concertation !

Nous nous opposons à la disparition de toute épreuve de sélection avant accès au statut de praticien hospitalier et exigeons le maintien d'une liste d'aptitude nationale, reposant sur un examen par un collège médical de la spécialité, afin de garantir la qualité du recrutement et l'indépendance professionnelle, ainsi que la gestion des carrières au Centre National de Gestion.

Projet de loi Fonction Publique

Là aussi, plusieurs dispositions vont impacter les hôpitaux publics, y compris les personnels médicaux, comme la redéfinition par ordonnance des frontières entre ce qui relève de la négociation nationale et de la négociation locale, la protection sociale complémentaire, l'intéressement collectif à effet individuel, etc. Les syndicats de la fonction publique sont vent debout contre ce projet de loi qui porte atteinte aux droits des fonctionnaires.

Médiation

Le décret qui va créer officiellement le rôle de la Médiation nationale et régionale dans la gestion des conflits internes

dans les hôpitaux est toujours en attente de publication. Toutefois, les missions de conciliation des Commissions régionales paritaires ne sont pas remises en cause et peuvent être sollicitées, en cas de nécessité, dès lors que les ressources internes de l'établissement ne suffisent plus.

Souffrance au travail

L'OSAT-APH a publié le bilan des déclarations 2018 et depuis, le nombre de déclarations ne cesse de s'accroître. APH demande qu'à l'instar des personnels non médicaux, il existe dans les établissements une instance spécialisée dans les conditions de travail, la sécurité et la santé des personnels médicaux hospitaliers. Celle-ci pourrait se situer au niveau des GHT comme la future commission médicale de groupement et comporter en son sein des représentants syndicaux des praticiens désignés par les organisations syndicales représentées dans les Commissions régionales paritaires.

Suspension des praticiens hospitaliers

APH est régulièrement informé de suspensions de praticiens hospitaliers sans que des raisons claires ou des suites adaptées soient envisagées dans la foulée. APH considère que le cadre juridique de ces suspensions est inadapté et arbitraire, en particulier parce qu'aucun délai maximum de suspension n'est prévu par les textes. APH exige qu'une durée maximale de 3 mois soit fixée pour ces suspensions effectuées par le directeur en application de l'article L 6143-7.

Centre National de Gestion

L'annonce du départ en retraite de la directrice générale au 1^{er} août, ainsi que le départ d'une partie de son équipe, qui coïncide la fin de la concertation concernant le statut unique de praticien hospitalier inquiètent les syndicats de praticiens et de directeurs sur l'avenir du CNG. Ce départ fait suite à plusieurs mois d'incertitude sur le financement du CNG. APH s'opposera à toute gestion locale des carrières de praticien hospitalier et exigera le maintien d'une nomination nationale.

Jacques Trévidic, Président d'APH