



**SYNDICAT DES  
MEDECINS  
ANESTHESISTES-  
REANIMATEURS  
NON  
UNIVERSITAIRES**  
(membre de la Confédération des  
Praticiens Hospitaliers)

*Le Président*

Dr ANDRIAMIFIDY Louison  
Émail : [anlou84@yahoo.fr](mailto:anlou84@yahoo.fr)  
Tel : 06 62 59 55 05  
Fax : 09 58 92 61 61

Le 6 juin 2011

Centre Hospitalier de Salon de  
Provence  
207 av Julien Fabre  
13300 Salon De Provence

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE**

Soucieux des problèmes d'épuisement, de démotivation et de démographie du personnel médical hospitalier, le SMARNU a transmis au ministre 22 propositions visant à moderniser le travail médical hospitalier.

Un hôpital Public dynamique et attractif est le meilleur remède contre l'inflation des dépassements d'honoraires. Il est aussi garant de la prise en charge de l'ensemble des citoyens indépendamment du niveau social et de dépendance.

Notre projet vise à valoriser les carrières de ceux qui s'investissent le plus, il tient compte de la pénibilité de certaines tâches, mais permet aussi aux praticiens de préserver une qualité de vie.

Il est tout à fait compatible avec le contexte économique contraint actuel.

Dr ANDRIAMIFIDY Louison  
Président du SMARNU

[www.smarnu.org](http://www.smarnu.org)

siège social : 77 rue des Gonthières 17140 LAGORD



**SYNDICAT DES  
MEDECINS  
ANESTHESISTES-  
REANIMATEURS  
NON  
UNIVERSITAIRES**  
(membre de la Confédération des  
Praticiens Hospitaliers)

Ce 30 mai 2011

Destinataire:  
Monsieur le ministre du Travail,  
de l'Emploi et de la Santé

Objet:  
Vingt deux proposition du SMARNU  
pour le dynamisme et l'attractivité de l'hôpital public.

Monsieur le Ministre

Dans le cadre d'une approche originale et fort de son expérience, le Syndicat Médecins Anesthésistes Réanimateurs Non Universitaire vous présente ses vingt deux propositions pour l'attractivité des hôpitaux publics.

Tout à fait compatible avec un contexte budgétaire restreint, notre projet vise à optimiser le temps médical, valoriser l'environnement et le travail des praticiens, défis majeurs des prochaines années au vu de la démographie médicale préoccupante.

Mais bien plus encore nous apportons des réponses aux épineux problèmes suivants :

- démotivation et épuisement des praticiens,
- non prise en compte réelle du temps médical et de l'intégralité du travail médical,
- recours fréquent à un intérim coûteux, non régulé et posant des problèmes de continuité des soins,
- disparités territoriales de démographie médicale ,
- comptes épargnes temps débordants.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes salutations distinguées.

Dr ANDRIAMIFIDY Louison  
Président du SMARNU

**VINGT DEUX PROPOSITIONS  
DU SMARNU  
POUR L'ATTRACTIVITÉ ET LE DYNAMISME DE  
L'HÔPITAL PUBLIC**



**SMARNU**

**SYNDICAT DES MEDECINS  
ANESTHESISTES-REANIMATEURS  
NON UNIVERSITAIRES**

<http://www.smarnu.org>

**SYNDICAT DES MEDECINS  
ANESTHESISTES-REANIMATEURS  
NON UNIVERSITAIRES**

(membre de la Confédération des Praticiens Hospitaliers)

## 1. Introduction :

La démographie médicale préoccupante, la nécessité de travailler en réseau, les modifications des comportements des médecins vont faire de l'attractivité et du dynamisme des structures de soin un enjeu majeur

### **Les effets pervers de la gestion comptable :**

la gestion comptable actuelle vise à payer du travail médical, ce travail est largement pollué dans des tâches non médicales du fait d'économies faites sur l'environnement de travail. Elle n'a bien souvent rien à voir avec de l'optimisation de tâches.

Nombres d'effets pervers naissent de cette gestion purement comptable :

- difficulté de recrutement de praticiens titulaires avec explosion de l'intérim médical,
- fort mécontentement, démotivation, épuisement professionnel,
- départ de praticiens vers d'autres activités à moindre contrainte
- retard d'équipement des plateaux techniques qui se contentent du minimum légal avec parfois du matériel vétuste bricolé sujet à des pannes nombreuses
- Cumul du compte épargne temps  
Risque d'accident accru

### **Une rémunération paradoxale n'incitant pas à l'investissement personnel :**

En considérant le salaire horaire du praticien hospitalier on constate que :

- Il diminue dès lors que les demi-journées s'allongent
- Il diminue lors du travail de nuit, de week-end et de jour férié.

Le temps de travail additionnel est une notion abstraite et injuste car:

- Il n'est pas considéré comme des heures supplémentaires,
- il comporte une double tarification de jour et de nuit dont la répartition est aléatoire et arbitraire ,
- la tarification de nuit et de week-end au final moins avantageuse que celle de jour.

Le tarif des gardes de nuit (indemnité de sujétion) des docteurs en médecine sont soumises à d'importantes variations pour un même travail sans raison valable (le chef de clinique qui passe praticien hospitalier voit paradoxalement sa rémunération de garde diminuer de 55%).

Le travail médical ne se limite pas à la réalisation d'actes : la réflexion médicale, la communication, la permanence des soins, la documentation, la formation, l'étude de dossier font partie intégrante du travail et doivent être considérés comme tel.

Le gouvernement actuel ayant fait preuve d'une capacité à réformer au pas de charge, nous n'accepterons ni négociations interminables, ni simples promesses écrites bien souvent non tenues, nous demandons la parution de décrets après des débats concis.

## 2. Prise en compte de la pénibilité du travail :

Les praticiens sont prêts à prendre leur retraite tardivement si on les soulage de tout ou partie de la permanence des soins. Ceux qui se sont beaucoup investis en travail de nuit ou qui ont un handicap doivent bénéficier d'une retraite précoce.

### 2.1. Aménagement de fin de carrière

- *Diminutions des obligations de gardes et astreintes opposables en fin de carrière*  
le praticien pouvant en faire plus sur la base du volontariat :

  - diminution à partir de 50 ans

  - suppression à partir de 60 ans

- *Augmentation à 48h du repos compensateur pour praticiens de plus de 60 ans*

### 2.2. Retraite anticipée sous certaines conditions :

L'exposition à des facteurs de pénibilité doivent donner droit à des retraites anticipées. Nous proposons un mode de prise en compte progressive plutôt que fixer une limite arbitraire.

- *Crédit sur l'âge légal de départ à la retraite*  
diminution de l'âge d'obtention du taux plein en fonction du nombre d'heures de travail de nuit effectuées sur la carrière hospitalière

- *Si 10% d'invalidité retraite à 60 ans*

### 2.3. Facilité administrative pour moduler le temps de travail du praticien :

*Démarche administrative allégée et rapide pour le passage d'un temps partiel au temps plein et inversement.*

L'objectif étant de moduler son temps de travail en fonction de la période de sa vie. En effet, un rythme ou des horaires inadaptés à la résistance physique individuelle ou à la vie familiale sont à l'origine soit d'un changement de filière soit à l'arrêt temporaire ou définitif de l'activité professionnelle.

### 3. Attractivité financière :

#### 3.1. Constat :

Le mode de rémunération de la permanence des soins est extrêmement complexe (indemnité de sujétion, TTA de jour, TTA de nuit avec soustraction de l'indemnité de sujétion).

La rémunération de la mobilité des praticien par une prime multisite fixe est totalement inadaptée aux mode de fonctionnement moderne (distance et fréquence variable)

Nous proposons de simplifier et valoriser à sa juste valeur le travail médical de nuit et de week-end, l'investissement personnel, la mobilité et le temps de travail effectif sur des bases simples.

Une rémunération essentiellement à l'activité n'est pas souhaitable car :

- elle ne concerne que les spécialités à forte composante technique,
- elle est extrêmement réductrice, en réduisant le praticien à un outil de production d'acte,
  - elle ne tient pas compte de la composante humaine et le travail intellectuel de notre profession,
  - elle provoque une inflation parfois inadaptée des actes qui sera in fine conteuse
  - elle ne convient pas à la spécialité d'anesthésie-réanimation qui n'a pas la maîtrise de son activité.

#### 3.2. Propositions :

##### α) Prise en compte réelle du temps de travail :

- *Décompte horaire du temps de travail* pour tous les praticiens
- *Définition précise du temps de travail légal* du praticien faisant référence en terme d'obligation de service
- *Décompte réel des déplacements en astreinte* qui doit être considéré comme du temps de travail

##### β) *Paiement du temps de travail spécifique à la période de travail :*

Des heures de travail effectives selon des barèmes de jour, de nuit, de dimanche et fériés sur la base du tableau de service.

##### γ) *Disparition de la notion de temps additionnel au profit de la notion d'heures supplémentaires :*

Bonification en terme de rémunération et d'échelon de l'investissement et de la prise d'initiative

Rémunération des heures supplémentaires (cad dépassant les obligation de service) soumis à majoration et législation en vigueur. La répartition des heures supplémentaires se faisant au prorata-temporis mensuel afin d'éviter tout aléas d'interprétation.

δ) *Bonification en terme de rémunération et d'échelon de l'investissement et de la prise d'initiative :*

L'initiative et l'investissement personnel doivent être encouragés et épaulés. Actuellement une simple prime est accordée uniquement à quelques rares fonctions. Or l'investissement personnel ne se limite pas à la chefferie de pôle, le travail dans certaines structures difficiles à pourvoir, l'investissement dans certains postes de responsabilités et activités transversales doivent être reconnus en terme de rémunération et d'acquisition d'échelon.

4. Mobilité du praticiens :

4.1. Constat :

De nombreuses structures sont contraintes de faire appel à l'intérim pour pouvoir fonctionner. Ce mode de fonctionnement qui ne devrait être que provisoire a tendance à durer hypothéquant de ce fait toute vision d'avenir.

Dans le contexte actuel, le coût de l'intérim, qui ne répond qu'à l'offre et la demande est difficilement contrôlable.

4.2. Objectifs:

- faciliter les échanges volontaires entre les structures et catalyser les réseaux,
- diversification de l'expérience professionnelle
- mise à dispositions des structures des praticiens impliqués dans le service public et pouvant s'investir dans l'évolution et la qualité des services
- limiter le recours à l'intérim, contrôler les coûts,
- limiter le cumul de compte épargne temps
- compenser les modes d'exercices allégés,

4.3. Propositions :

α) *Dépannage de praticiens :*

- Permettre aux praticiens, sur la base du volontariat, sur simple déclaration, de dépanner d'autres structures sur leurs jours de récupération ou sur les RTT
- Rémunération réglementée et régulée avec prise en charge des frais de déplacement.

β) *Créer une véritable attractivité des postes à recrutement difficile qui bénéficient:*

- d'un index de majoration des salaires
- de l'acquisition accélérée d'échelons

## 5. Rendre l'outil de travail hospitalier attractif :

### 5.1. Constat :

Le retard dans l'investissement de matériel médical conforme à une pratique moderne nuit à l'attractivité de certaines structures (par exemple échographie en anesthésie).

Le poids financier de certains travaux techniques ou structurels coûteux ont une répercussion négative sur le financement des soins.

L'absence de présence des directeurs de structures dans les services, la défaillance de la transmission d'information, la non prise en compte des avis médicaux engendre un sentiment de non considération du travail du soignant.

Nous ne contestons pas de la capacité de trancher du Directeur en cas d'incohérence ou de désaccord médical mais le fonctionnement démocratique doit être favorisé en premier lieu afin de catalyser les implications personnelles.

La clause de non-concurrence actuelle ne permet pas la fuite de praticiens désabusés mais dissuade les jeunes de s'engager dans le service public.

Certaines dérives qui consistent «faire une clientèle dans l'hôpital public » pour ensuite l'exploiter dans une structure privée concurrente doivent être combattues par l'attractivité des carrières hospitalières mais aussi par un contrat social liant les praticiens au service public. Notre spécialité est à la marge de ces dérives car ne dispose pas de nature d'une « clientèle propre ».

Le médecin hospitalier est envahi par du travail non médical (administratif, paramédical) ce qui est un manque d'optimisation manifeste d'une main d'œuvre coûteuse.

### 5.2. Propositions

- *Uniformisation des matériels médicaux en fonction de recommandations des sociétés savantes* qui énonce les matériels et techniques à avoir à disposition avec des niveaux de priorité et/ou en fonction du type d'activité.
- Plan d'investissements nationaux avec application effective selon un calendrier défini d'avance.
- *Dissociation des budgets structurels et d'entretien du financement des soins*
- *Remplacement de la clause de non concurrence par un contrat social.*
- *Instauration d'un fonctionnement démocratique dans les services* (élection des responsables de service par les praticiens du service).
- *Notation responsables d'établissement sur d'autres critères que comptables* (critère managériaux, critères de santé public, recherche d'optimisation).
- *Attribuer aux responsables les responsables d'établissements du temps afin d'aller au contact des équipes dans les services.*
- *Donner au médecin le moyen de se recentrer sur le travail médical* (logiciel adapté et performant, équipement médical moderne, personnel paramédical suffisant, unité de lieu pour les activités).

## 6. Compte épargne temps :

### 6.1. Constat :

Le compte épargne temps est une manière déguisée de ne pas payer le travail médical il a été soumis à de nombreuses controverses ces dernières années.

Malgré un remboursement partiel du CET en 2008 (loin d'être à la hauteur des promesses), ces derniers continuent d'enfler dangereusement posant le problème de leur péremption et donc de la perte définitive de leur bénéfice.

Les mesures décrites précédemment et notamment les récupérations et dépannages devraient permettre de diminuer voir résorber les CET.

### 6.2. Propositions :

- *Remboursement progressif sur une certaine période*
- *Utilisation afin de bonifier la retraite*

## 7. Conclusion

Notre proposition vise à simplifier le statut de PH. Mais plus que la simplification elle a la prétention d'apporter dynamisme et l'attractivité qui font actuellement défaut à l'hôpital public. Elle permettra une implication variable au travail avec une rémunération clairement en rapport.

En luttant contre l'intérim, en optimisant le temps médical et dans un contexte de démographie médicale décroissante (avec diminution de l'âge moyen des praticiens actifs) elle ne devrait pas s'avérer coûteuse.

Elle sera aussi une solution problème du cumul du compte épargne temps.