



www.smarnu.org

CINQUIEME LIVRE BLANC – AVRIL 2009

Introduction

La loi HPST a été votée le Mercredi 18 Mars à l'Assemblée en première lecture. Parmi ses objectifs majeurs, elle constitue le plus récent développement législatif qui tente de trouver une évolution de l'Hôpital afin de lui permette de sortir de l'ornière déficitaire dans lequel il se trouve depuis longtemps tout en conservant l'excellence plébiscitée des soins qu'il prodigue, et pour ce qui concerne les CHU, la valeur inégale mais reconnue de son système de recherche et de formation.

Le SMARNU est conscient de l'importance du texte et a voulu adapter sa vision de l'Hôpital à l'aune de ce texte, tout en réaffirmant les principes qui ont justifié sa propre création, à savoir

- **la défense d'un service public hospitalier de qualité, ouvert à tous, d'éthique égalitaire et républicaine et mû par une évolution permanente ;**
- **la promotion d'un corps de médecins, en particulier les anesthésistes réanimateurs, dans le cadre d'un statut, actuellement le statut du Praticien Hospitalier ;**
- **la reconnaissance du rôle de ces médecins, qui sont, avec d'autres spécialités engagées prioritairement dans la permanence des soins, la cheville ouvrière de l'Hôpital ;**
- **la reconnaissance du rôle particulier des centres hospitaliers non universitaires dans le maillage sanitaire du territoire, mais également de la charge qui leur est dévolue du fait de cette responsabilité dans le maintien d'un bon niveau de santé publique dans un contexte de démedicalisation progressive.**

Réuni en Assemblée Générale en fin mars 2009, le Conseil d'Administration du syndicat a débuté une analyse approfondie du texte, qui, nous le savons, sera éclairé et précisé par des ordonnances, décrets et arrêtés.

Le SMARNU a d'autant plus de légitimité pour formuler des demandes et recommandations que son origine est liée à la création d'un corps de médecin hospitalier temps-plein dans les hôpitaux généraux, que nombre d'idées qu'il défend depuis bientôt quarante ans se retrouvent enfin dans ce texte, et qu'il s'est singularisé par son analyse prospective de l'Hôpital Public, son enjeu, ses atouts, mais aussi ses lourdeurs et ses défaillances.

Le SMARNU est membre fondateur le Confédération des Hôpitaux Généraux (janvier 1992), devenue Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH-mars 2006), de la Fédération des Permanence de Soins Hospitalière (FPSH-mars 2008), et a actuellement le statut d'observateur à la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS).

Le SMARNU propose donc dans ce livre blanc un résumé de ses positions dans le cadre de la nouvelle période ouverte par la Loi Bachelot.

Le financement de l'anesthésie-réanimation dans les Hôpitaux Publics

Le financement exclusif de l'hôpital au travers de la tarification à l'acte, et de la rémunération de ces actes sur la base d'un prix standard, est pénalisant pour l'anesthésie, pour l'hôpital, et pour les patients.

- **Pour l'anesthésie :**

La liste de codes CCAM concernant l'anesthésie est d'une indigence telle que les méthodes modernes de monitoring et les techniques les plus éprouvées d'anesthésie modernes en sont absentes. Et pourtant, elles possèdent un vrai Service Médical Rendu (SMR) au travers de la qualité des soins diminuant mortalité et morbidité, raccourcissent la DMS et améliorent le résultat fonctionnel de la chirurgie.

Le résultat est que l'implantation de ces avancées est freinée. Là où seul le chiffre compte, y compris maintenant dans l'hôpital public garant de l'excellence des soins, elles sont ignorées. Elles nécessitent un développement professionnel continu (DPC) des praticiens, des équipes qui les assistent, et un investissement en matériel qui ne peuvent pas être amortis par une codification défavorable.

Cette nouvelle codification serait profitable pour l'EPS, et pour les malades en assurant un stimulus à la diffusion de méthodes de soins préconisées par les sociétés scientifiques mais insuffisamment rémunérées par rapport à des méthodes anciennes et dépassées, mais d'application standard.

L'anesthésie est une spécialité reconnue en France depuis plus de 50 ans. La valorisation de l'acte d'anesthésie ne doit plus être codicillée à un acte chirurgical, compte tenu des prises en charges élaborées et différenciées de patients complexes.

Nous demandons une codification CCAM développée pour l'anesthésie, et autonome vis-à-vis de l'acte chirurgical.

Mais, la codification à l'acte, comme toute médecine à l'acte, entraîne une inflation des coûts délétère pour le financement du système de couverture sociale. La mise en concurrence entre structures engendrée par la CCAM est nuisible à un véritable travail en synergie. Les dérives mercantiles de certains, par la multiplication d'actes au SMR discutable, sont difficilement détectables.

Le système de rémunération ne peut donc reposer exclusivement sur l'activité : des indices mesurables de qualité, de besoins satisfaits en offre de soins, de temps médical passé, d'obligations de permanence des soins doivent être introduits sur la base de critères reconnus par la profession.,

- **Pour la réanimation :**

La complexité des patients et des soins qu'ils nécessitent réclame une codification qui rende le SMR non financièrement pénalisant pour l'établissement qui assure cette activité, et une participation financière des établissements, en particuliers privés, qui leur adressent les patients les plus complexes, notamment en post-opératoire.

Par ailleurs, l'activité des Unités de Soins Continus (USC) situées dans des centres non pourvus de réanimation doit être reconnue, et leurs actes rétribués selon une codification CCAM spécifique. Trop de patients, surtout âgés, ne trouvent pas de place dans des

réanimations de structures de référence, mais ne peuvent être renvoyés sans danger dans des services d'hospitalisation. Ils nécessitent une surveillance continue de courte durée, mais la poursuite de l'activité de ces unités est pénalisante pour les EPS en l'absence de codification spécifique.

Donc : codification revalorisée pour les réanimations et spécifique pour les USC.

La logique d'objectifs négociés entre les différents niveaux hiérarchiques, et celles de rémunérations variables à la performance sont antagonistes à la poursuite de l'objectif de Qualité et de Sécurité des Soins (QSS) maximal.

Démographie médicale en Anesthésie Réanimation

Il n'y a jamais eu autant de médecins en exercice en France, et la France se situe au 3^e rang de dépenses de santé en part de PIB (2006) des pays de l'OCDE, avec un total de 3.4 médecins/1000 habitants, au-dessus de la moyenne de 3.1/1000 OCDE .

La densité en AR est de 17/10000 (rapport Berland).

Toutefois, de fortes disparités interrégionales et intra régionales donnent « l'impression » d'un déficit global, et l'analyse territoriale fait apparaître des déficits irréfutables dans certaines régions, et une sur-dotation dans d'autres.

Ces caractéristiques globales sont transposables à l'anesthésie-réanimation, et sont retrouvées par l'analyse démographique du CNG.

Le manque de médecins dans des régions isolées et des disciplines d'exercice pénible est à l'origine de l'importation de praticiens d'autres régions, parfois sous-formés et ne maîtrisant pas la langue française. De plus le départ à la retraite de plus 60% des praticiens de notre spécialité dans les 10 années à venir laisse présager une véritable pénurie qui ne pourra être compensée avant plusieurs décennies par la simple augmentation du numéris clausus.

Le SMARNU ne s'oppose bien sûr pas aux migrations médicales pourvu qu'elles soient maîtrisées, n'aboutissent pas à un pillage des médecins des pays source d'émigration, et qu'elles conservent ou améliorent la qualité et la sécurité des soins prodigués dans le pays lieu d'immigration. La solution passe pour ce qui concerne les médecins de la Communauté Européenne par une harmonisation européenne des conditions d'accès aux soins, de leur financement, et de la rémunération des acteurs, en premier lieu des médecins anesthésistes réanimateurs (abolition du principe de subsidiarité).

1) L'hôpital public regroupe 66% des praticiens en AR, mais, certains EPS ont le plus grand mal à pourvoir leurs postes de PH.

Plus de 50% des PH en CHU sont des Anesthésistes-Réanimateurs (MAR) contre 18% en CH non-U. Cette donnée résume à elle seule les soucis professionnels et d'organisation des anesthésistes des ex-Hôpitaux Généraux, qui ont les mêmes missions mais sont amenés à assurer plusieurs sites simultanément, multiplier les « gardes » et astreintes, restreindre leurs congés en particulier de formation, et déclencher les heures supplémentaires (TTA). Si l'on fait abstraction de quelques activités (transplantation chirurgie cardiaque..) qui sont grandes consommatrices de temps MAR mais n'expliquent pas le différentiel, le CHU est beaucoup plus proche des centres de pouvoir, donc traditionnellement mieux pourvu en postes et donc plus attractif pour les jeunes professionnels choisissant le secteur public.

La crise démographique a donc frappé de plein fouet les CH non-U, provoqué une restructuration des plateaux techniques automatique avec fermeture ou regroupements des plus petits d'entre eux (hôpitaux de proximité), mais touche maintenant des grosses

structures, dont l'activité de soins est proche ou même dépasse celle du CHU voisin, et là le danger est grand d'une désertification médicale hospitalière non plus marginale mais centrale à un territoire.

Mais la crise démographique s'est infiltrée même au CHU. Depuis 20 ans la situation a donc changé, qui voit les conditions d'exercice en CHU se rapprocher de ce qu'elle est dans de gros « CHG ».

Les CHU ont longtemps préservé leur situation et il faut que la crise démographique s'y installe pour qu'enfin le corps médical universitaire prenne conscience de la situation des hôpitaux non-U.

Toutes les spécialités ne sont pas touchées de la même manière, parce que toutes n'ont pas ce rôle d'interface immédiat avec l'environnement de l'hôpital. L'Anesthésie-Réanimation et les services d'Urgence et de SAMU, souvent pris en charge par des MAR, donc les activités de la Permanence des Soins Hospitalière, sont les plus touchés. La crise démographique à l'hôpital est avant tout une crise de l'Anesthésie-Réanimation au CH non-U.

En CH non-U comme en CHU, le recours à l'intérim médical, coûteux, où la qualité et l'implication des praticiens ne sont pas toujours présentes, pour lesquels la DPC n'est pas prévue, et dont les dérives mercantiles ont été décrites est donc devenue partout la variable d'ajustement de l'offre de temps médical en MAR par des directeurs, condamnés à gérer au jour le jour la pénurie prévisible depuis bientôt 20 ans (S. Pontone, 1991).

Cet intérim plombe les finances des EPS. Lorsque la délégation de gestion et de signature prévue par la contractualisation interne entre directeurs et chefs de pôles sera généralisée, cet intérim plombera les finances des pôles.

Le SMARNU affirme qu'il doit revenir aux ARS d'encadrer le recours à l'intérim médical par les EPS, et de rééquilibrer l'offre de temps médical, en particulier en Anesthésiste-Réanimateurs, au profit des CH non-U.

2) La pénurie en Anesthésiste-réanimateurs pousse à la mise en place rapide des Communautés Hospitalières de Territoire, avec établissement référent. La création des CHT doit permettre de regrouper les activités de plateaux techniques, et le SMARNU réclame depuis 15 ans une telle mesure, qui aura un effet égalisateur intra-régional de la démographie. Mais à la condition que les CHU ne restent pas les hôpitaux de référence seuls détenteurs des services de réanimation.

Oui au principe des CHT.

3) La profession doit s'organiser sur le cœur de son métier :

- l'anesthésie et la prise en charge médicale péri-opératoire,
- la réanimation chirurgicale mais aussi médicale ;
- La médecine d'urgence et la régulation des SAMU n'auraient jamais pu naître et se développer sans les anesthésistes-réanimateurs, qui sont encore les seuls spécialistes référents pour ces activités.

La médecine de la douleur est devenue un terrain d'expertise pour les anesthésistes-réanimateurs au sein d'équipes pluridisciplinaires, mais la question reste ouverte pour savoir si, hors exception, elle doit monopoliser un temps médical temps plein d'un AR.

Par contre, en ces temps de pénurie à venir, l'implication dans des activités à temps plein dans les équipes de DIM, les équipes transversales pluridisciplinaires, et même à temps partiel pour les vigilances, les CLUD, CLAN, CLIN devrait être possibles pour les MAR

dont l'âge et les handicaps acquis au fil de leur évolution de carrière ne leur permettent plus d'assurer leur métier en toute sécurité. De même pour les tâches administratives à plein temps telles que la coordination de blocs, ou le pilotage du DPC, du COMEDIMS, procédures de certification des EPS.

Ce serait un moyen de prendre en compte la pénibilité de cette profession et de permettre aux praticiens en difficulté d'avoir des passerelles leur permettant de continuer leur activité professionnelle sans leur imposer d'assurer l'activité de garde au delà d'un certain âge.

D'autant que les restructurations prévisibles dans chaque territoire, avec regroupement de lignes de gardes ne peuvent que rendre plus pénibles ces dites gardes

Pour les MAR ne présentant pas ces handicaps, leur intervention transversale devrait se limiter aux sujets qui relèvent de leur expertise exclusive, avec l'accord du reste de l'équipe.

L'activité de représentation syndicale locale, régionale et nationale est encouragée dans les limites réglementaires, dans les mesures où elle défend les intérêts de la profession, et où elle est répercutée à tous les niveaux pertinents du syndicat.

Concentration de l'activité des AR sur le cœur de leur métier tant que l'âge et leur condition physique leur permet d'assumer la pénibilité de cette profession.

4) Il est anormal que dans une même région des PH aient une productivité faible, alors que d'autres sont soumis à un travail d'autant plus pénible qu'il est contraint, cadencé, et à flux tendu fonction des donneurs d'ordre. Il faut tendre vers une homogénéisation de l'activité, et, sans prétendre définir une masse critique d'actes par médecin, il faut satisfaire à deux exigences : maintenir la compétence professionnelle des anesthésistes réanimateurs et assurer un lissage de la charge de travail dans la région en renforçant les équipes qui doivent l'être.

Les conditions de sécurité doivent être identiques pour tous les patients avec au minimum un professionnel de l'anesthésie réanimation auprès de chaque patient anesthésié, comme le préconise la SFAR, exception faite pour l'anesthésie pédiatrique et l'anesthésie du patient à haut risque pour lesquels un médecin anesthésiste et un IADE peuvent être appelés à intervenir simultanément.

Pour atteindre cet objectif :

- Déconcentration des effectifs par contrats intra-régionaux, ou interrégionaux, entre établissements sous dotés et sur-dotés.**
- Evolution du statut de PH avec possibilité de missions temporaires sur la base du volontariat pour soutenir l'activité et assurer une harmonisation de la qualité des soins avec un plateau technique dont l'ouverture reste indispensable dans le cadre d'une organisation de territoire de maintien de service public.**
- Possibilité pour les assistants contractuels d'être nommés dès la licence de remplacement acquise. Il est anormal que des spécialistes en fin de cursus aient la possibilité de remplacer dans le privé, et pas dans le secteur public, faute de solution juridique.**
- Création d'un corps de remplaçants régional, avec statut approprié, comme il en existe à l'Education Nationale.**
- Incitations financières réelles bien différentes de la prime de poste à recrutement prioritaire qui n'a pas fait la preuve de son efficacité doivent être imaginées : avancement accéléré de la carrière par des durées d'échelons raccourcis, rémunérations de PH différenciées sur le territoire, participation aux frais de logement du PH etc. ;**

- **Rémunération du PH (salaire) suffisamment attractive pour éviter le détournement de PH vers la structure privée voisine.**

Le nombre d'actes/PH/an, en quantité et en diversité comparables doit tenir compte :

- **D'une part de l'activité normale permettant de conserver une compétence professionnelle certifiée et**
- **Du nombre d'actes permettant de corriger le différentiel de productivité dans une même région entre centre référent de CHT bien dotée en personnel médical (CHU) et centre référent insuffisamment doté.**

Les asymétries de productivité dans la région, et donc de contraintes et de pénibilité, doivent être corrigées par une contractualisation de soutien en temps médical intra- et inter régionales, la création d'un corps de remplaçants, les incitations financières à la mobilité.

5) Service sanitaire

Actuellement, les études médicales sont payées par la collectivité, les étudiants n'ayant qu'à acquitter une faible somme d'inscription et des faux-frais. Il est vrai que la vie quotidienne des étudiants est rendue difficile par la faiblesse du logement étudiant et l'anémie des CROUS.

Les disparités démographiques peuvent être gommées par des mesures incitatives :

- **Bourse d'études significative pour celui qui s'engagerait à assurer quelques années en zone démedicalisée,**
- **Rémunération différenciée des postes de PH en fonction du degré de médicalisation de la zone,**
- **Points IRCANTEC supplémentaires (cf chapitre pénibilité) si installation en zone démedicalisée.**
- **Non création de postes supplémentaires en régions (ou territoires dans la région) sur dotés.**

Toutefois, la faillite des mesures incitatives propres à assurer un équilibre démographique de l'offre de soins, notamment en anesthésie réanimation, aboutirait à la création de zones désertifiées d'hospitalisation publique préjudiciables à la santé publique et cause d'insatisfaction pérenne pour les PH en anesthésie réanimation encore en poste dans ces zones. Le SMARNU prendrait alors ses responsabilités. Face aux égoïsmes et à la désorganisation de ce service de l'état, il rendrait prioritaire la satisfaction d'un besoin social, et réfléchirait à des mesures contraignantes.

6) Quant à la délégation de tâches, la question se pose et nous l'envisagerons avec sérénité avec les organisations professionnelles d'IADE et le CFAR ; transférer des activités aux IADE ne résoudrait en rien les problèmes démographiques médicaux, d'autant que cette profession connaît les mêmes problèmes démographiques et cette pratique ne garantirait plus les mêmes qualité et sécurité des soins de tous les patients pris en charge.

Rapport bénéfice/risque de la Loi HPST

1) Le CPOM.

Les faits nouveaux :

- **Le CPOM est rédigé à l'intention de l'EPS par l'ARS, et tient compte des besoins et des moyens en service public de la CHT.**
- **Il est en accord avec le Projet Médical de l'Etablissement et concerne toute la CHT;**
- **Ce projet médical est arrêté in fine par le Directeur de la CHT. En cas de désaccord avec la CME de l'établissement référent, le Directeur peut passer outre.**
- **Des pénalités sont envisagées en cas de non respect du CPOM, respect qui conditionne le paiement d'une part variable au Directeur ;**

Nous regrettons que :

- **Que l'attribution territoriale des crédits, autant T2A que MIGAC, laisse ouvert le risque que le centre de référence puisse « siphonner » les crédits accordés au territoire au détriment des centres associés ; et que la maîtrise financière de la CHT ne se fasse au détriment de certaines activités de ces centres associés ;**
- **Que les pénalités envisagées en cas de non-respect du CPOM, en particulier de d'EPRD négatif, pénalisent une deuxième fois l'activité médicale, et en particulier l'investissement médical propre à satisfaire les besoins en soins du bassin de population ;**
- **Que la CME ne soit pas responsable du Projet Médical, meilleur moyen de développer la motivation de la communauté médicale au regard du CPOM, qui est proportionnelle au pouvoir de décision ;**
- **Qu'il n'existe pas d'instance de conciliation propre à mettre en phase la responsabilité des acteurs et celle des décideurs;**

Nous exigeons que l'activité d'anesthésie-réanimation, dont la permanence des soins, soit détaillée dans le CPOM :

- **Tant pour l'attribution des moyens en personnels et en matériels**
- **Que pour la définition de niveaux moyens d'activité dans la région, pour supprimer les différences de productivité entre territoires le cas échéant par redéploiement de professionnels.**

2) Territoires

La notion de territoire de santé, ancienne, retrouve une nouvelle définition.

La création des CHT doit permettre de regrouper les activités de plateaux techniques, afin d'obtenir des équipes de taille suffisante assurant un volume d'activité suffisant pour permettre qualité et sécurité des soins.

La chirurgie, l'anesthésie-réanimation, la radiologie (dont la radiologie interventionnelle), l'obstétrique, l'accueil des urgences 24/24, et la régulation médicalisée des appels au 15 (SAMU) sont les éléments de ce plateau technique.

Il est urgent d'évaluer et d'adapter l'activité des pôles en Anesthésie-Réanimation rapportée à l'Equivalent-Temps Plein de Praticien Hospitalier.

Tous les établissements du territoire assujettis aux obligations de service public doivent assurer des soins de qualité opposable, rémunérés exclusivement en secteur 1, sous peine de rupture de contrat de remboursement de leurs soins avec l'ARS, et/ou de rupture de ce contrat avec le praticien.

Outre la problématique du CPOM et de la répartition des moyens entre les différentes structures du territoire, la notion de territoire recèle plusieurs pièges :

a) le dimensionnement du territoire doit assurer un « service médical rendu » de même qualité sur tout les territoire, et similaire au même SMR des autre territoires, tant pour l'activité programmée, que pour l'activité de permanence des soins. Les synergies doivent être recherchées, y compris avec des régions voisines, et les procédures de transfert de patient, surtout en urgence, définies.

Nous exigeons

- **Que la notion de Service d'Anesthésie-Réanimation du territoire soit introduite, propre à interdire la médecine « foraine » par son souci d'organisation de l'anesthésie réanimation à l'échelle de la CHT.**
- **Que la « continuité du service » ne concerne que des activités à « service médical rendu » irréfutables et au « reste à charge » minimal pour le patient, en prenant en compte la fatigue physique, la pénibilité et la satisfaction au travail des praticiens.**
- **Que la bonne organisation du temps de travail médical du Service d'Anesthésie Réanimation du Territoire soit un but permanent.**
- **Que le maillage territorial soit conçu régionalement avec l'Anesthésie-Réanimation et les autres acteurs de la permanence des soins.**

b) Si la restructuration des plateaux techniques est décidée, le transfert de moyens en personnel et matériel doit l'accompagner.

L'organisation de l'Anesthésie Réanimation dans le Territoire doit être renforcée par le regroupement des activités et des effectifs sur le centre référent sans perte de postes, et une articulation cohérente avec les centres associés.

L'astreinte doit disparaître dans ces centres au profit de la seule permanence des soins sur place pour notre spécialité, intimement liée à la permanence des soins hospitalière (anesthésie, réanimation, médecine d'urgence). Le partage de l'information et les transferts d'image doivent être possible entre les divers EPS de la CHT notamment en cas de demande d'avis ou de transfert.

c) la permanence des soins

Le dimensionnement du territoire de santé doit rendre compatible tous les soins urgents selon des critères de qualité égale sur tout le territoire national.

La restructuration des sites d'accueil doit s'accompagner d'une augmentation des moyens proportionnelle à la demande.

L'engorgement du centre référent doit être prévenu par la persistance des centres associés, pour une activité ciblée et pour des soins QSS.

Pour ce qui concerne l'anesthésie réanimation il faut :

Assurer des lignes de garde comportant la présence de 7 praticiens minimum La création des CHT doit permettre de regrouper les activités de plateaux techniques.

Mais,

- **Les transferts de postes budgétés de praticiens hospitaliers doivent accompagner le transfert d'activités ;**
- **Les médecins du secteur libéral doivent aussi être mis à contribution pour assurer la PdS en AR et dans les autres spécialités de plateaux techniques ;**
- **La PdS sera organisée sous forme de « permanence sur place » dans les établissements référents ou les centres habilités à rester en fonctionnement 24/24 pour un activité ciblée.**

3) les Praticiens

A) Le Praticien Hospitalier

Le PH est le praticien le plus nombreux à l'hôpital et celui qui a en charge l'essentiel des soins médicaux. Il est défini par son statut du PH, et son rôle doit être défendu par la DHOS, et son statut doit évoluer.

Toute attractivité de l'Hôpital Public en direction des jeunes diplômés en Anesthésie-Réanimation, spécialité pénible, risquée, et déficitaire passe d'abord et avant tout par une meilleure rémunération, donc une revalorisation du salaire de base immédiat de 20 % pour combler le différentiel existant entre le secteur privé à but lucratif, dont les conditions financières attirent les jeunes MAR.

Les PCV doivent être proscrite pour les AR, car leur montant est basé sur des éléments trop particuliers pour être généralisables en dehors de contrôles stricts et impromptus (telle l'évaluation de la qualité et de la sécurité des actes), ou équitables (production d'actes dépendante de flux non maîtrisés par l'AR). C'est surtout l'introduction du paiement à l'acte, coûteux, souvent infructueux en terme de SMR, et la fin de l'indépendance des praticiens face aux directions des affaires médicales qui ont pour mission d'étudier et orienter la production d'actes médicaux.

La valorisation et la motivation du PHAR doit être basée sur :

- **La reconnaissance de la présence contrainte dans les activités du cœur du métier, et dans la permanence des soins, plus que dans les activités transversales ou de gestion (temps de travail médical),**
- **La reconnaissance de la pénibilité affectée à cette permanence des soins, selon des critères précis, tels que ceux connus de la DHOS depuis avril 2008 (pénibilité) ;**
- **La démocratie dans le service, et la préservation de l'unité de la spécialité dans l'organisation interne de l'hôpital (démocratie et gouvernance) ; l'association des médecins à la gouvernance et la stratégie institutionnelle ;**

a) Le Temps de Travail Médical

Le SMARNU adhère pleinement à la défense de la Directive 2003/88/CE et considère comme des droits inaliénables

- **le repos pris immédiatement après 24 h de travail en permanence sur place d'une durée égale (actuellement appelé dans l'arrêté du 30 avril 2003 « repos quotidien »),**
- **la limitation de la durée hebdomadaire du travail à 48 h lissée sur un maximum de 6 mois,**

- la fin de l' « opt out » le plus tôt possible, et en tous cas l'obtention formelle de l'accord du praticien pour l'accomplissement d'heures supplémentaires.

Le SMARNU est partie prenante des négociations actuellement en cours entre le Parlement Européen et le CESCO dans le cadre de la Commission de Conciliation par sa participation active à la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS) dont il espère être bientôt un membre titulaire.

Le temps de travail des Praticiens Hospitaliers (quel que soit leur statut) se décompose en

1) Obligations de service (y compris la permanence des soins) = soit 10 demi-journées (+ temps d'astreinte – opérationnelle ou de sécurité) ; soit 48 h hebdo maxi lissées sur 4 mois pour ceux à qui la COPS a accordé l'organisation temps continu ;

2) Temps de Travail Additionnel (TTA)

Cette variable d'ajustement du temps de travail médical est indispensable au bon fonctionnement de nombre de services fonctionnant en temps continu.

Elle est en sursis, vu la fin programmée encore à ce jour de la tolérance au dépassement des 48 heures de travail maximum (opting-out)

- **Les obligations de service.**

Elles sont définies par le tableau de service, à la fois prévisionnel et réalisé. Elles sont actuellement variables selon le mode d'organisation du service ; donc soit de 48 heures si le service est organisé en temps continu, soit de 10 ½ journées, si le service est organisé en ½ journées. Toutefois, le temps total de ces 10 demi-journées ne peut dépasser 48 heures.

Nous réclamons :

- a) depuis toujours la définition horaire de notre temps de travail (horarisation), et la fin de la spécificité française de la demi-journée dont personne ne veut définir la durée ;**
- b) et dans le cadre de la mise en place des territoires, le passage obligatoire en organisation de service en temps continu pour les services d'anesthésie, de réanimation et d'urgence dans les centres de référence des territoires, dont la vocation centrale entraînera une charge de travail accrue ;**
- c) la production obligatoire de tableaux de services prévisionnel et réalisés, opposables pour l'abondement des CET et Compte Pénibilité (cf infra), et le déclenchement d'heures supplémentaires.**
- d) sa limitation à 39 heures, introduisant une marche de rémunération spéciale pour l'intervalle d'obligations de service au-delà de 39 h et en deçà de 48h.**
- e) l'organisation du temps de travail médical la plus efficiente possible au niveau du territoire, et l'évolution probable de son séquençage au niveau des centres de référence de la CHT. Le travail entièrement décompté en heures sera susceptible d'évoluer vers la définition de plages 3x8 ou 12/12 en fonction de la charge de travail et de sa pénibilité.**

- **Le Temps de Travail Additionnel**

Le Temps de Travail Additionnel, issu de « l'opt-out », est une variable d'ajustement du temps de travail médical en sursis, mais actuellement indispensable au bon fonctionnement des plateaux techniques. Le principe de son maintien est actuellement en discussion dans les instances

européennes.

Nous réclamons :

Qu'il soit déclenché à bon escient, et pour des missions de continuité des soins particulières, et qu'il soit, comme pour les obligations de service, décompté en heures, avec la fin des « plages de TTA » de durée variable, et l'introduction de la notion d'heures supplémentaires .

Qu'étant soumis au volontariat, il soit attractif pour les praticiens de spécialités déficitaires, dont l'Anesthésie-Réanimation, et la médecine d'urgence, et que l'heure supplémentaire soit payée à 125% de la valeur de l'heure moyenne de PH.

Qu'étant soumis au volontariat, il n'y soit pas recouru pour assurer une des missions premières de l'hôpital public, la permanence des soins, qui doit être toute entière assurée par les obligations de service.

Que la possibilité de mettre son TTA sur un éventuel CET soit laissé au choix du praticien et non pas imposé par la direction pour des motifs budgétaires.

- **La permanence des soins**

Elle est une des missions essentielles de l'hôpital public, et doit être regroupée sur des centres peu nombreux, bien équipés en professionnels et matériels, et bien desservis par les moyens de transport.

Elle comprend la permanence sur place et l'astreinte à domicile.

a) la permanence sur place (psp) :

Nous réclamons :

Qu'elle soit obligatoire pour les activités de niveau 1 dans les centres de référence ;

Que les praticiens contraints d'en exercer la forme particulière de pénibilité bénéficient réglementairement de conditions décentes d'hébergement et de repas ;

Qu'elle soit revalorisée à un niveau identique à celui consenti pour la PdS libérale, en ville et en EPS, avec une indemnité de sujétion de 450 € (cf annexe 2).

b) l'astreinte

Affectant le praticien à domicile ou en contact téléphonique permanent, l'astreinte ne déclenche pas la même pénibilité que la permanence sur place. Avec la mise en place des territoires et le regroupement des plateaux techniques, nous pensons que cette forme de PdS va disparaître. Là où elle demeurerait néanmoins, et sous condition d'une traçabilité du service médical effectué.

Nous réclamons :

Que le niveau d'astreinte soit unique, toutes les astreintes étant portées au niveau de l'astreinte opérationnelle actuelle.

Que les déplacements soient payés et comptabilisés dans le temps de travail,

**pour le déclenchement éventuel d'heures supplémentaires (travail effectif).
Que la notion de « demi-garde » soit étendue aux 2 parties de la nuit de l'astreinte. Tout déplacement de plus de 3 heures au cours de la première partie de la nuit (18h30-0h), comme au cours de la 2^e partie (0h-8h30) doit donner droit chacune à une rémunération d'une demi-IS**

b) Reconnaissance de la pénibilité

Il existe 2 types de pénibilité : la pénibilité immédiate (indemnisée par l'indemnité de sujétion)

Et la pénibilité cumulée (non indemnisée mais reconnue, donc à indemniser).

Principes :

- 1) défendre le concept de pénibilité pour l'ensemble des PH et pas pour telle ou telle catégorie ;**
- 2) reconnaître des critères d'accession uniques à une indemnisation pour la pénibilité cumulée ;**
- 3) associer la validation de ces critères d'accession au respect des textes sur le temps de travail et transparence absolue du temps de travail accompli (respect du tableau de service opposable en unités de temps horarisées);**
- 4) Imaginer une indemnisation en temps plus que financière.**
- 5) Reconnaître une pénibilité spécifique à la permanence sur place (psp) et au temps de travail organisé en temps continu.**

Nous réclamons une indemnisation de la Pénibilité Cumulée (points « pénibilité » comptabilisés tous les ans et tenus sur un Compte Pénibilité par les DAM) donnant droit à :

- 1) retraite anticipée possible à taux Régime Général plein pour 60 ans + 1200 unités-*psp* (soit 40 unités-*psp*/an sur 30 ans) ou 1500 unités-*astreintes* (soit 50 unités *astreintes*/an) ;**
- 2) Obligations de service diminuées de 20% dans la semaine de la *psp* après 60 ans pour ceux qui en assurent régulièrement ; par exemple par 48 h de « repos quotidien » ;**
- 3) 14^e échelon pour ceux qui acceptent de travailler au-delà de 60 ans + 1200 *psp* ;**
- 4) Valeur au point pénibilité versé sur une caisse non *Ircantec* ;**
- 5) Doublement des cotisations *IRCANTEC* en tranche B pour les *psp* (pénibilité spécifique de la *psp*) et les heures > 48 h (pénibilité spécifique au temps continu) ;**
- 6) rétro-activité des points 4 et 5 depuis 1993.**

Toutefois, certaines professions sont d'exercice plus pénible que d'autres. Cela est reconnu, tel pour l'anesthésie-réanimation, et à ce titre, elles doivent bénéficier de certains aménagements.

Nous réclamons pour les MAR une indemnisation de la Pénibilité Cumulée (points « pénibilité » comptabilisés tous les ans et tenus sur un Compte Pénibilité par les DAM) donnant droit à :

- 1) retraite anticipée possible à taux Régime Général plein pour 60 ans + 1200 unités-**psp** (soit 40 unités-**psp**/an sur 30 ans) ou 1500 unités-**astreintes** (soit 50 unités **astreintes**/an) ;
- 2) Obligations de service diminuées de 20% dans la semaine de la **psp** après 60 ans pour ceux qui en assurent régulièrement ; par exemple par 48 h de « repos quotidien » ;
- 3) 14 è échelon pour ceux qui acceptent de travailler au-delà de 60 ans + 1200 **psp** ;
- 4) Valeur au point pénibilité versé sur une caisse non **Ircantec** ;
- 5) Doublement des cotisations **IRCANTEC** en tranche B pour les **psp** (pénibilité spécifique de la **psp**) et les heures > 48 h (pénibilité spécifique au temps continu) ;
- 6) rétroactivité des points 4 et 5 depuis 1993.

Les PH entre 60 et 65 ans sont une richesse de notre profession.

Tout doit être fait pour les conserver au travail,

- par allègement de postes, et accès à certaines activités plus éloignées du cœur de métier de l'Anesthésie-Réanimation telles que définies plus haut ;
- par octroi d'un « repos quotidien » après une permanence sur place de 48h, pour tenir compte des modifications physiologiques de la réponse au stress et à la fatigue.

Ils doivent assurer le compagnonnage des jeunes, et assurer la « mémoire du service ».

c)

d)

e) **Démocratie dans le pôle et gouvernance**

Nous nous opposons au concept de PDG-Directeur

- **Parce que l'hôpital est une entreprise particulière. Ses missions sont complexes, et les soins constituent une activité aléatoire. Les incitations monétaires, les indices de performance, la logique de contrat, et même la certification, qui sont typiques du secteur productif marchand, sont des méthodes managériales qui ne peuvent être transposées à l'hôpital où créativité, adaptation aux impératifs de qualité et sécurité des soins des patients, et efficacité sont indispensables au bon fonctionnement des hôpitaux.**
- **En conséquence, les médecins, et les soignants doivent avoir un rôle actif dans les décisions, et, avoir, au lieu d'un avis formel, un droit de « veto » en cas de décision inadaptée.**
- **La CME doit être au centre de l'élaboration du Projet Médical, et avoir un droit de veto sur toute décision de nature médicale prise par le Directoire qu'elle considérerait inadaptée**

Nous nous opposons à la nomination des PH par le directeur

- **Parce que le CNG et/ou le ministère ne pourront plus assurer une régulation dans l'occupation des postes, celle-ci étant assurée selon des intérêts locaux par les directeurs, avec pour conséquence une aggravation des déserts médicaux ;**
- **Parce que la sujétion du PH à des impératifs économiques locaux, outre qu'elle est contraire à la déontologie médicale (et dénoncée par le Conseil de l'ordre), entraînera la perte de son indépendance professionnelle, et même son licenciement, toute futilité étant prétexte à transférer son dossier au CNG, qui**

deviendra la grande infirmerie du corps des PH ne rentrant pas dans les clous productifs ou disciplinaires des directeurs.

- **Parce que le droit syndical sera le premier à être bridé, les syndicats de PH étant affaiblis par des années de défaite depuis 2002, et progressivement délaissés par une jeune génération qui a opté pour des solutions individuelles.**

Nous nous opposons au transfert au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du pouvoir de sanction des PH attribué à l'administration hospitalière (article 19 ter au XI), et surtout à la Commission Nationale de Discipline. Les instances ordinales sont colonisées par les médecins libéraux ; seule la création d'un collège hospitalier régional au sein de l'instance régionale pourrait atténuer le parti-pris traditionnel du libéral à l'encontre du public.

Tout doit être fait pour assurer la motivation des médecins, et pour assurer la renaissance du concept d'équipe. Il faut réintroduire les instruments de démocratie interne au pôle (conseils) qui en permettront les choix stratégiques et les visions unificatrices.

Nous réclamons :

- **Maintien l'unité et de l'unicité de la spécialité « Anesthésie-Réanimation » dans un seul pôle, sans tronçonnage, afin d'en garder l'homogénéité scientifique, fonctionnelle (possibilité d'appui dans un secteur défaillant par un secteur mieux portant) ;**
- **Choix du chef de pôle d'activité par les médecins du pôle ; le chef de pôle doit être un chef d'équipe et susciter la satisfaction au travail des praticiens. Il ne saurait ignorer leurs préoccupations professionnelles ;**
- **Rotation des responsabilités à intervalles réguliers, pour en finir avec les « chefs à vie » ;**
- **Choix des chefs de service par les médecins du pôle, avec non cumul des responsabilités des chef de pôle et chef de service, et réelle attribution de responsabilités dans le service ;**
- **Accord de la CME requis sur le projet médical préalablement à sa signature par le Directeur.**

L'enjeu réel de la refonte de l'hôpital est la prise de conscience et de responsabilité de chacun des acteurs dans le fonctionnement amélioré de l'outil de travail que la collectivité a mis à sa disposition, dans le cadre

- **de la satisfaction des besoins en soins de qualité et à service médical rendu réel pour les bassins de population,**
- **d'une enveloppe budgétaire adaptée, réévaluée pour satisfaire à ces besoins,**
- **et de la préservation de la santé et de la satisfaction professionnelle des médecins et paramédicaux, garants de leur présence pérenne dans leur site ;**

B) Les praticiens contractuels

L'introduction d'un statut de « clinicien hospitalier » introduit une précarité,

C) Pour le praticien qui choisit cette solution, qui l'asservit à une productivité contractualisée ; par un contrat dont il ne maîtrise pas les variables (activité réelle, articulation avec les praticiens, cohérence avec le fonctionnement du service et du pôle) ;

D) Pour l'établissement qui ne peut pas compter sur un médecin motivé, et dont la présence soit pérenne.

Nous dénonçons le risque de basculement de postes de PH vers ceux de contractuels, à l'attractivité factice d'un meilleur salaire direct, mais amputation d'avantages en salaire indirect ;

Nous dénonçons la transformation probable par le PDG-directeur de postes de PH inoccupés, avec pour résultat la constitution d'équipes de contractuels démotivés, ce qui est très grave en Anesthésie-Réanimation, où la notion d'équipe est capitale, au vu de la prise en charge de patients par différents médecins successifs.

Néanmoins, nous devons œuvrer en faveur de contrats de droit privé à l'intention de ces praticiens, sur la base de conventions collectives type ESPIC.

C) Les intérimaires

Variable d'adaptation de l'offre de soins devenue incontournable par la défaillance de recrutement de PH temps plein (crise démographique, salaires de base médiocres par rapport au privé, et création de déserts médicaux secondaire au laisser-faire administratif), l'intérim médical rassemble des praticiens issus d'horizons divers.

Ce sont des précaires débarqués de la restructuration du privé, des jeunes indécis quant à leur projet de carrière, des anciens que le secteur public a dégoûté, des « étoiles filantes instables » et des PH qui, en toute illégalité mais en toute tolérance par l'administration de cette illégalité, arrondissent des fins de mois au lieu de se voir proposer du TTA dans leur établissement d'origine.

Toutes les recommandations, tous les règlements qui ont permis de rendre l'anesthésie, la réanimation et la prise en charge médicalisée des urgences ces dernières années, sont bafoués. La responsabilité des directeurs devant une telle situation, qui aboutit à des contentieux en grand nombre, est immense.

Il convient de limiter le recours à de tels expédients, de borner la course folle aux frais induits, d'assurer la qualité des praticiens (par exemple, satisfaction des obligations en DPC), de centraliser par l'administration les demandes et de gérer le flux intérimaire.

Comment expliquer aux jeunes diplômés que la carrière de PH la voie royale quand elle est si peu rémunérée, déresponsabilisée, soumise à tous les aléas directoriaux, et qu'en plus les PH ont droit à moins d'égards administratifs qu'un contractuel ? Qui, lui, ne connaissant pas l'établissement ne peut assurer des soins programmés et lissés, n'a pas d'obligation de DPC, et souvent n'est ni inscrit à l'Ordre des Médecins, ne parle pas la langue, et dont un livre récent a même montré qu'on organisait des confusions d'identités ?

Nous réclamons donc la fin de ce système intérimaire casino, et la mise en place d'un intérim géré par les ARS où la qualité des professionnels soit requise, et les besoins des établissements avérés après épuisement des autres solutions (poste de PH rendus attractifs, missions temporaires, remplacements dès licence de remplacement cf chapitre « démographie »).

4) Le Développement Professionnel Continu (DPC)

Le temps de DPC est de la sécurité au sens judiciaire et de l'efficience au sens institutionnel.

Les moyens financiers et humains doivent être fournis aux équipes médicales pour permettre aux PH d'accomplir leur DPC, le budget de 0,75% actuellement dédié à la FMC est déjà insuffisant, et le doublement de ce budget serait le minimum nécessaire pour permettre la garantie d'un DPC de qualité indépendant de l'industrie. Un accès facile à Internet pour tous est un préalable à la mise en œuvre du DPC.

Les agréments de formation ne doivent être accordés qu'à condition d'une transparence dans leur organisation et de financement, en interdisant toute collusion d'intérêt.

6) Les ARS

Nous saluons la création des ARS.

Néanmoins, nous réclamons la représentation syndicale dans le Conseil de Surveillance des ARS, et la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie.

La permanence des Soins Hospitalière doit être représentée..

Les anesthésistes-réanimateurs doivent pouvoir intervenir en amont de la rédaction par les ARS des CPOM , par notre expertise en matière de Qualité et Sécurité des Soins (QSS), de gestion des plateaux techniques, et de Permanence des Soins.

Les GCS sont obligatoires dans les missions de service public. La profession doit valoriser et encadrer la constitution de GCS dans l'objectif d'un accès aux soins QSS.

Les GCS de droit public seront un obstacle à la collaboration entre des ES publics et privés.

CONCLUSION

La rédaction de ce « Livre Blanc » intervient dans une époque de mutation de l'Hôpital Public, et, plus précisément à un moment de mise en œuvre du 3^e acte de cette mutation.

Le SMARNU est partie prenante de cette mutation, dont il anticipe les choix depuis longtemps par ses revendications, mais pas à n'importe quel prix.

Le SMARNU rappelle qu'un système de santé inspiré par les impératifs de qualité et de sécurité des soins est avant tout un système où prédomine la confiance, la motivation et l'incitation aux initiatives.

Il fait le choix de conserver un Hôpital Public fort, parce qu'il sait que par le passé, comme à l'avenir de cette époque marquée par la crise de société globale, cet hôpital sera, comme beaucoup de services publics, un des piliers de la nation.

I Annexe sur le Temps de Travail Additionnel

INTRODUCTION

Le temps de travail des Praticiens Hospitaliers (quel que soit leur statut) se décompose en

1) Obligations de service (y compris la permanence des soins) = soit 10 demi-journées (+ temps d'astreinte – opérationnelle ou de sécurité) ; soit 48 h hebdo maxi lissées sur 4 mois pour ceux à qui la COPS a accordé l'organisation temps continu ;

2) Temps de Travail Additionnel (TTA)

Cette variable d'ajustement du temps de travail médical est indispensable au bon fonctionnement de nombre de services fonctionnant en temps continu.

Elle est en sursis, vu la fin programmée encore à ce jour de la tolérance au dépassement des 48 heures de travail

DEMANDES

POINT 1

1. *L'article 6 de la DE 2003/88 stipule que la durée moyenne de chaque période de 7 jours n'excède pas 48 h. (lissée sur 4 mois). Elle inclut les heures supplémentaires. Le statut particulier du Praticien Hospitalier ne mentionne pas la notion d'heures supplémentaires.*
2. *Il n'est pas prévu de dérogations à l'article 6 des DE pour les personnels de santé (article 17). Seul l' « opting-out » permet un allongement de la durée hebdomadaire de travail. (article 18 devenu 22 entre la DE1993 et la DE2003). Cette disposition est en sursis.*
3. *Néanmoins, dans l'attente, l'opting-out a permis de définir pour les Praticiens Hospitaliers un temps de travail supplémentaire effectué au-delà de 48 heures appelé Temps de Travail Additionnel (TTA). Ce temps de travail additionnel est actuellement comptabilisé en « plages » d'une durée arbitraire de 12 heures.*
4. *Le temps de travail maximal d'un PH est de 48 h. Le décompte des obligations de service est aisé lorsque le travail est organisé en temps continu. Il est mal aisé lorsque qu'il est organisé en demi-journées, pouvant donner lieu à toutes les interprétations. Dans les DE 1993 et 2003, toute référence à la durée du temps de travail se fait en heures. La notion de demi-journée doit être précisée, en particulier sa durée en heures.*

DONC = 1. En accord avec la DE, le Temps de Travail Additionnel du Praticien Hospitalier doit être décompté et comptabilisé en heures. Ce travail supplémentaire ne saurait être regroupé en plages horaires.

2. Pour qu'il puisse être valablement déclenché, il faut que les obligations de service soient toutes définies en heures, en particulier la demi-journée.

3. Si les heures supplémentaires sont déjà incluses dans la durée maximale de travail autorisée par la DE, il convient de préciser, pour le statut du PH et en accord avec la lettre de la DE, à partir de quelle heure elles sont déclenchées (la 39 è ?, la 42 ?), le TTA ne faisant que compléter ce dispositif au-delà des 48 premières heures.

4. le nombre de jours RTT attribués aux PH (20) est supérieur à celui attribué aux autres catégories de personnels (17) dont la durée de travail est de 39 h. La durée « légale » du travail étant de 35 h, quelle est la durée du travail 35 h + 20 RTT ?

POINT 2

1. *Le TTA est indifféremment déclenchés le jour (8h30-18h30) ou la nuit (18h30-8h 30) ;*
2. *S'il est déclenché le jour, il contribue à la continuité des soins (c'est sa vocation) ;*
3. *S'il est déclenché la nuit, il contribue à la permanence des soins hospitalière (PSH). Cette PSH qui est un élément essentiel de la prise en charge des urgences serait alors subordonnée au volontariat. La PSH ne saurait relever d'un quelconque volontariat, sous peine de graves dysfonctionnements.*

DONC = Le Temps de Travail Supplémentaire doit être tout entier situé dans les horaires diurnes, et affecté uniquement à la continuité des soins, sans être affecté à la PSH, qui doit toute entière relever des « obligations de service ».

POINT 3

Le salaire horaire brut moyen du PH TPlein (uniquement calculable dans le cas du maximum européen de 48 h/sem, soit 832 h/quadrimestre d'obligations de service) est de (J.O. 9/3/2007) =

Salaire annuel moyen / 3 quadrimestres = 67529,09 / 3 = 22509,70 €/quadrimestre

Salaire par quadrimestre / 832 h = 27,05 €/h

Cette somme concerne le tarif horaire, que l'heure soit de jour ou de nuit.

La nuit, une indemnité de sujétion (IS : 257,05) est accordée. Cette IS indemnise une plage de 14 h (18h 30 / 8h 30). Ainsi, le tarif horaire brut de nuit se situe à =

(257,05 €/14) + 27,05 = 18,36 + 27,05 = 45,41 €

Le tarif horaire du TTA le jour est de (Arrêté du 6 juillet 2006) =

308,49 € / 12 = 25,71 € soit 95% du tarif normal de jour du salaire horaire brut moyen. (25,71 / 27,05)

Le tarif horaire du TTA la nuit est de =

460,43 € / 12 = 38,37 € soit 84% du tarif normal de nuit du salaire horaire brut moyen. (38,37 / 45,41)

- c) salaire horaire = $32,07 \times 14 = 448,98 \text{ €}$
- d) indemnité de sujétion (J.O. 18/6/06) = $257,05 \text{ €}$

Total pour une « garde » au 12/12/2007 = $448,98 + 257,05 = 706,03 \text{ €}$
Soit $706,03 / 14 = 50,43 \text{ €}$ l'heure de PsP
Bonification « pénibilité » : $50,43/32,07 : 157 \%$

Revendication = Bonification de l'heure de nuit à 200% de l'heure de jour = (soit $32,07 \times 2$) $64,14 \text{ €}$ (discours PR)

Garde à 200% = $64,14 \times 14 : 897,96 \text{ €}$
Part payée par l' IS = $897,96 - 448,98 = 448,98$

Donc, INDEMNITE DE SUJETION = 450 €

III Annexe sur le calcul de points pénibilité

Il existe 2 types de pénibilité : la pénibilité immédiate (indemnisée par l'indemnité de sujétion)

Et la pénibilité cumulée (non indemnisée mais reconnue, donc à indemniser)

Principes :

- 1) défendre le concept de pénibilité pour l'ensemble des PH et pas pour telle ou telle catégorie ;
- 2) reconnaître des critères d'accession uniques à une indemnisation pour la pénibilité cumulée ;
- 3) associer la validation de ces critères d'accession au respect des textes sur le temps de travail et transparence absolue du temps de travail accompli (respect du tableau de service opposable en unités de temps horarisées);
- 4) Imaginer une indemnisation en temps plus que financière.
- 5) Reconnaître une pénibilité spécifique à la permanence sur place (psp) et au temps de travail organisé en temps continu.

Définition :

Critères relatifs au périodes de temps = travail nocturne entre 24h et 5h (DE), et Dimanche/JF

Jours légaux de repos sacrifiés (placés sur CET)
Heures supplémentaires (TTA) payées, ou placées sur un CET,
avec 2 niveaux de gravité (39-48 h puis > 48h)

+ seuil d'exposition = astreintes : 10 par mois dont 5 avec déplacements entre 0h et 5 h. 50 unités-astreintes par an (appels téléphoniques : ¼ de l'unité astreinte, soit 4 appels tlp = 1 déplacement)

= permanence sur place (psp) : 40 unités-psz par an (dimanche et JF comptent double)

+ durée d'exposition = 30 ans

Autres critères =

- exposition à des substances toxiques (ou agressions par malades),
- travail sous cadences imposées,
- travail en multi site simultané,
- « pénibilité vécue » (sujétion à plusieurs donneurs d'ordres ou demandes de patients, port 24/24 du « bip »)

Accorder des valeurs à chaque item

Ce qui permet de =

+ Identifier les professions soumises à tout ou partie des critères. (à titre d'exemple, les Urgentistes et les AR sont soumis à tous les critères)

+ Créer des points « pénibilité » qui sont dégagés en fonction des critères satisfaits. Ils sont colligés dans un Compte Pénibilité (Transparence absolue, avec octroi opposable des points)

Indemnisation de la Pénibilité Cumulée (points « pénibilité » comptabilisés tous les ans et tenus sur un Compte Pénibilité par les DAM)

- 7) retraite anticipée possible à taux Régime Général plein pour 60 ans + 1200 unités-psz (soit 40 unités-psz/an sur 30 ans) ou 1500 unités-astreintes (soit 50 unités astreintes/an)
- 8) Octroi d'un double repos de sécurité après une permanence sur place (48 h) après 60 ans, et non dépassement de la limite de 42 h/ travail par semaine (une période de 24h + 2 jours)
- 9) 14^e échelon pour ceux qui acceptent de travailler au-delà de 60 ans + 1200 psz
- 10) Valeur au point pénibilité versé sur une caisse non Ircantec
- 11) Doublement des cotisations IRCANTEC en tranche B pour les psz (pénibilité spécifique de la psz) et les heures > 48 h (pénibilité spécifique au temps continu)
- 6) rétroactivité des points 4 et 5 depuis 1993