



www.smarnu.org

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

membre de la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH) , de la Fédération de la Permanence de Soins Hospitalière (FPSH) , de la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS)

Attractivité des carrières hospitalières et démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs

Introduction :

- Forte contrainte permanence des soins notamment obstétricale.
- Pression forte de l'administration et autres spécialistes.
- Rémunération peu attractives par rapport travail libéral (12500€ net) ou intérim.
- Tensions aggravées par la présence d'équipes incomplètes
- Système de rémunération complexe favorisant les faibles temps de travail
- Positionnement de la spécialité souvent peu gratifiant
- Niveau équipement hétérogène des plateaux techniques

1.Diagnostic Partagé :

- Problème démographique départ 30 % des praticiens à haut échelon= économies
- Démographie médicale préoccupante malgré formation interne en masse dû à :
 - Vieillesse population augmentation de la demande en soin de 3 à 4 % par an
 - Recours (trop?) systématique à l'anesthésiste-réanimateur (définir le cœur du métier AR)
 - Multiplication des actes techniques nécessitant anesthésistes réanimateurs
 - Délais de formation (conforme à la durée européenne de formation des spécialistes)
 - Souhait des médecins de préserver une qualité de vie normale
- Restructurations est une nécessité pour :
 - Limiter les coûts et en particulier la possibilité de faire économies en partie redistribuées aux praticiens en exercice à fort investissement en temps médical
 - Ne pas éclater la profession entres pôles à intérêts divergents (unicité de la profession)
 - Préserver la santé et la satisfaction au travail des médecins
 - Maintenir la performance des plateaux techniques
- Assouplissement des carrières pour diminuer coût intérim médical à court terme
- Le temps de travail des MAR est transparent :
 - Planning de service, faisant apparaître le recours au Temps de Travail Supplémentaire volontaire
 - Mesure précise (horarisation)

2. Propositions:

1.1 Statut de PH :

- Rémunération :
 - Revalorisation des premiers échelons
 - Clarification du salaire horaire en fonction de la plage (nuit, jour, hors jours ouvrables)
 - Mesure du temps de travail par tranche horaire
 - Indexé à un planning de service
- Aménagement du travail
 - Passage facilité temps plein/temps partiel
 - Organisation (pôles ou services) par territoire, et entraide intra-régionale organisée par l'ARS
- Service de Soutien de remplacement soumis au volontariat
 - Assurerait un complément de revenus
 - Aide à la collaboration inter-établissements
 - Limiterait le recours à l'intérim ;
 - Faciliterait les aménagements de carrières dans les petites équipes
- Attractivité des postes à recrutement difficile :
 - Majoration substantielle du salaire de base
 - Accélération de prise d'échelon
 - Logement de fonction ?
- Véritable écoute du praticien par le biais d'un fonctionnement démocratique
 - Élection des responsables de services/pôles par praticiens
- Visite régulière de la direction dans les services

1.2 Restructurations :

- Doivent préserver l'accès aux soins :
 - Privilégier la centralité du service public
 - Fusion d'hôpitaux publics
 - Sans dépassements d'honoraires (ou par défaut limités)
 - Répartition géographique optimale:
 - Non par défaut (mort des structures) mais suivant logique d'accès géographique aux soins
 - Parfois à distance des grands axes de transport
- Mise en place de véritables plans sociaux :
 - Étude du cas de chaque employé
 - Facilitation travail à distance du domicile :
 - Transport organisé
 - Horaires adaptés
 - Garde d'enfant
 - Compensations financières
 - Gardes plutôt que astreintes

- Participation active de tous les acteurs de terrain :
- Le SMARNU prêt à y participer activement

1.3 Médecins diplôme étranger :

Titularisation des praticiens en postes si compétence reconnue à la fois par Ordre des Médecins et CFAR

1.4 Éviter actes inutiles :

- Marqueurs de pertinence d'indication
- Débat sur les Anesthésies facultatives ou nécessité intervention anesthésiste-réanimateur (endoscopies, chirurgie superficielle chirurgie distale, stérilisation tubaire, cataracte)
- Chasse aux sollicitations parfois non nécessaires du MAR (ponctions veineuses, avis pour problèmes non liés à la spécialité)
- Définition et retour au cœur du métier (éviter recrutement de MAR pour DIM, présidences de Commissions non pertinentes au métier)

1.5 Diminuer charge non médicale :

- Logiciels appropriés :
 - Sans redondance
 - Améliorer interaction entre logiciels
- Utilisation des codes barres (identification, prescriptions, codages, traçabilité)

1.6 Mise à niveau de l'équipement des plateaux techniques :

- Plan d'investissement nationaux d'investissement :
 - En fonction de recommandations des sociétés savantes
 - En fonction du type d'activité
 - Reconnaissance de l'obsolescence du matériel (plan d'investissement obligatoire et défini par voie réglementaire)
 - Permet d'uniformiser l'équipement des plateaux techniques
 - Améliore la pertinence des achats
 - Épargne temps des praticiens pour la constitution de dossiers

3. Conclusion :

Les difficultés démographiques ne pourront être réglés que par la formation de nombreux praticiens. La chasse aux actes inutiles, la souplesse d'exercice et l'optimisation d'un temps médical clarifié pourront apporter des réponses rapides et économiquement très intéressantes.



www.smarnu.org

TEMPS DE TRAVAIL : DUREE ET FONCTION
(Réunion Ministère 23 juillet 2012)

INTRODUCTION

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

1) Obligations de service (OS)(y compris la permanence des soins: PDS) = 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)

DEMANDES

POINT 1: COMPTABILISATION DU TEMPS MEDICAL EN HEURES

Actuellement :

- 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 actuellement 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 demi-journée doit donc être définie en heures.*
- 5. Il n'existe pas de durée légale du temps médical hospitalier, alors que les 20 jours RTT accordés par le statut ne le sont pas au prorata du temps réellement accompli : 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.*
- 6. Par ailleurs, certaines Directions Hospitalière interprètent avec malveillance l'Article R. 6152-27 (statut de PH), et instituent les 48 h maximum comme durée minimum de travail, en contradiction avec les OS définies par le Tableau de Service.*
- 7. Il existe deux niveaux d'astreinte. Le temps de PSH consacré en astreinte est mal comptabilisé et source de dérives. Toutefois, ce manque de reconnaissance du temps passé et les dérives que suscite ce préjudice ressentie doivent être mis à plat.*

NOUS VOULONS :

- 1. Que les obligations de service soient toutes définies en heures, en particulier la demi-journée. Que, pour les OS, soit réaffirmée la notion de MAXIMUM liée aux 48h, et opposable par le seul Tableau de Service Nominatif Mensuel (Art 7, Arrêté 30 avril 2003). Que le temps consacré à l'activité libérale ne rentre pas dans le calcul des OS.*

Que le temps consacré aux investissements transversaux, formations internes, tâches de gestion doivent être incluses à hauteur maximale de 20% réglementairement dans les temps de travail, qui ne saurait être qu'une production d'actes.
Que le temps consacré au DPC doit être obligatoirement exécuté.

2. Qu'en accord avec la comptabilisation du temps de travail selon la DE, le Temps de Travail Additionnel du Praticien Hospitalier soit déclenché et comptabilisé en heures. Les heures de TTA ne sauraient être regroupées en plages horaires.

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 actuel ne faisant que compléter ce dispositif au-delà des 48 premières heures.

4. Le heures passées en astreinte doivent faire l'objet d'une mesure automatisée, d'une revalorisation, et être compensées dans le cadre des OS par une "avance" en heures sur le temps des OS du quadrimestre suivant.

POINT 2 : DEFINITION DU TEMPS DE TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE (TTS)

Actuellement :

- 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.*
- 4. Le déclenchement du TTA est mal défini, mal régulé, pas évalué du tout, et propice à tous les excès. En particulier la recherche obligatoire de leur volontariat n'est pas faite. Le directeur d'établissement n'exerce aucun contrôle sur le déclenchement des plages de TTA.*

NOUS VOULONS :

- 1. Tout TTS doit être comptabilisé en heures; la notion de "plages" est refusée.*
- 2. Au delà d'une durée légale du travail à préciser, intervient le Temps de Travail Supplémentaire (TTS) où il convient de distinguer*
 - a) les heures supplémentaires (HS), comprises entre la durée légale du travail en France et la durée maximale de travail européen ;*
 - b) les heures de TTA se situent au delà des 48 h et sont comptabilisées unitairement.*
- 3. La PSH doit être incluse dans les Obligations de Service.*
- 4. Le déclenchement du TTA doit faire l'objet d'une validation par le Directeur d'Etablissement, afin de ne pas laisser perdurer des lacunes organisationnelles d'un pôle.*
- 5. La recherche du volontariat et doit être réaffirmé, et l'obligation de réalisation de TTS sans volontariat sanctionné.*
- 6. Tout temps consacré à l'activité libérale ayant été exclu des Obligations de Service, le TTS n'est déclenché pour les praticiens ayant opté pour ce mode d'exercice voient leur TTS déclenché après un temps passé sur site allongé d'autant.*

POINT 3: VALORISATION DU TTS

Actuellement :

Un praticien qui ne travaille qu'en heures ouvrables et qui réalise en moyenne 8h/jour touche un salaire net horaire de 21,6 à 37,5€ net de l'heure, si il travaille 9h/jour son salaire baisse pour passer de 33 € à 19 €

Un praticien qui réalise 3 gardes par mois voit sa rémunération horaire baisser à partir du 5eme échelon alors qu'il réalise 21 % de son temps de travail hors heures ouvrables.

Un praticiens qui réalise 5 gardes par mois voit sa rémunération horaire baisser à partir du 12 ème échelon alors qu'il travaille 31 % de son temps hors heures ouvrables. L'augmentation de rémunération horaire est inférieure ou égale à 5 % au dessus du 6eme échelon et est dans tous les cas inférieure ou égale à 10 %

Si l'on considère que le temps de travail additionnel est imposable aucun praticien d'intérêt à en générer.

Le temps de travail additionnel est considéré de jour ou de nuit de façon totalement arbitraire on observe tous les cas de figures en fonction des hôpitaux (le pourcentage de TTA de jour varie de 0 à 100%).

Paradoxalement le temps de travail additionnel de nuit est moins bien rémunéré que celui de jour (d'environ 40%) puisqu'on lui soustrait la valeur de l'indemnité de sujétion.

Le travail hors heure ouvrable est globalement moins bien payé que celui réalisé le jour.

Les praticiens qui réalisent le moins d'heures de travail sont clairement avantagés y compris si ils bénéficient du temps continu lorsqu'on considère la rémunération horaire.

Au total,

- 1. Actuellement, l'heure unitaire brute de la plage de 12 heures de TTA vaut entre 85% et 96% de l'heure moyenne de rémunération du PH Temps plein, selon qu'elle est comptabilisée le jour ou la nuit.*
- 2. Elle est faiblement attractive, alors qu'elle pourrait (surtout aux premiers échelons) être un des éléments de la meilleure attractivité du secteur hospitalier public, en direction des candidats à la carrière de PH de médecins de disciplines déficitaires,*

NOUS VOULONS :

- 1. Ces heures supplémentaires **doivent être déclenchées uniquement pour les horaires non-PDS (jour) et rémunérées de manière identique à la rémunération des heures supplémentaires dans la FPH. (x 1,25 de HO à H14, x 1,27 à partir de H15)***
- 2. Il doit être institué un plafond (220 heures annuelles, comme pour les infirmiers spécialisés de la FPH), dans le cadre de la santé au travail.*
- 3. Pour les métiers en déficit démographique aigu, la notion de défiscalisation doit être maintenue pour les heures de TTA.*

CONCLUSION

Le Temps de Travail Additionnel, « issu de l'opting-out », est une variable d'ajustement du temps de travail médical en sursis certes, mais actuellement indispensable au bon fonctionnement des plateaux techniques. Il est peu probable qu'il soit supprimé d'ici la grande vague de démedicalisation qu'attend prochainement le secteur public hospitalier. Son principe pourrait perdurer.

Il est coûteux, donc il doit être déclenché à bon escient, et pour des missions de continuité des soins particulières, et doit être horarisé. De même, la demi-journée doit être horarisée, seul moyen de déclencher le TTA en toute transparence.

La récupération des astreintes doit se faire en heures opposables, a posteriori sur les OS le quadrimestre suivant .

Il est soumis au volontariat, et doit être attractif pour les spécialités déficitaires, dont l'anesthésie-réanimation, la réanimation médicale et la médecine d'urgence.

Il est soumis au volontariat, et ne doit donc pas interférer avec une des missions premières de l'hôpital public, la permanence des soins.



FMC et DPC

(Réunion Ministère 23 juillet 2012)

Après de longs tâtonnements, une procédure simple d'évaluation de la qualité des soignants est prête, et nous n'attendons plus que la sortie des derniers décrets d'application.

A) Développement Professionnel Continu médical et accréditation individuelle

Démarche permanente et obligatoire, le DPC devrait être coordonné et organisé par une commission de la CME. La CME doit avoir un droit de regard sur le DPC des autres professionnels de santé (Sages Femmes et IDE) pour s'assurer de leurs orientations et qu'elles aillent dans le sens de la qualité et de la sécurité des soins, missions sous la responsabilité de la présidence de la CME (loi HPST).

Le volontarisme est souhaité, mais son contraire, l'attentisme coupable guette. Il faut donc un "coaching" permanent à l'intérieur de l'EPS.

Les chefs de pôle doivent être réglementairement responsables de la mise en œuvre et du bon déroulement du DPC médical, Les actions d'EPP doivent choisies par les EPS en fonction de leurs activités à risque ou représentant des flux importants .

Le Directeur, et le président de la CME, co-responsables de la qualité et de la sécurité des soins, doivent s'assurer que chaque médecin employé dans l'EPS dont il a la responsabilité, se conforme à ses obligations de DPC et lui donner les moyens de le réaliser.

L'ancienne notion de valence (assurant responsabilité de vigilances, enseignement) pourrait trouver sa place dans la satisfaction des obligations de DPC médicale individuelle.

Les jours de formation doivent obligatoirement être utilisés dans l'année, ou un reliquat d'une année reporté à l'année suivante en cas de formation longue ou étalée sur 2 ans.

B) Gestion des risques et accréditation d'équipe

L'accréditation des professions médicales exerçant une activité à risque est une réalité depuis 3 ans.

Ce dispositif aujourd'hui facultatif devrait être rendu obligatoire. Il est boudé par les hospitaliers pour lesquels la moins value de la prime de RCP n'est bien sûr pas un facteur stimulant. Aujourd'hui la DGOS et la HAS ont tout misé sur la maîtrise des risques associés aux soins, avec plusieurs dispositifs allant dans cette direction, du coordonateur de la gestion des risques associés aux soins au coordonateur de la PEC pharmaceutique...

L'anesthésie et la réanimation font partie des 17 spécialités considérées comme exerçant une activité à risque. On pourrait peut-être valoriser des engagements de professionnels dans la gestion des risques, et même dans des actions transversales dans ce domaine, à l'échelon de l'établissement de santé.

L'accréditation individuelle, telle qu'organisée aujourd'hui est certes une démarche intéressante mais la sécurité d'un patient au bloc opératoire est une affaire d'équipe, pluri professionnelle pour une équipe d'AR (IADE et MAR) et pluridisciplinaire (IBODE, Chirurgien...) mais aussi dans des équipes de SAMU ou sur des plateaux d'activité à risque, médecine nucléaire, radiothérapie et salles de naissances...

Ce sont en général des professionnels de santé travaillant sur des plateaux techniques,(activité à risque), et intervenant dans les métiers de la permanence des soins en ES (PDSSES)

La notion de Check-list en cours d'appropriation par les équipes de bloc participe intervient à la sécurité de la PEC du patient au BO. C'est un des éléments de la sécurité du patient au BO, qui pourrait être étendue à d'autres secteurs d'activité à risque comme la réanimation, le SAMU, les salles de naissance, et les autres activités interventionnelles.

Encourager les professionnels des hôpitaux publics est un moyen de prévenir certaines insinuations de l'hospitalisation privée sur la moindre qualité des soins du secteur public en prenant en compte le peu de médecins publics engagés dans la démarche d'accréditation.

C) Certification HAS des EPS

Le meilleur et le pire voisinent dans un EPS. Il est à réfléchir une certification par pôle ou par filière de prise en charge, rendue publique. L'introduction du patient traceur est certainement un axe à développer pour permettre d'aller dans cette direction.

Un lien est à trouver dans la certification pour valoriser l'engagement des médecins dans ces démarches de DPC (notamment dans le cadre des EPP) , d'accréditation et de participation à la préparation de la certification.



www.smarnu.org

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

membre de la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH), de la Fédération de la Permanence de Soins Hospitalière (FPSH), de la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS)

ANESTHESIE – REANIMATION – URGENCES

(Réunion Ministère 23 Juillet 2012)

Trois métiers, une filière : le patient complexe en phase aiguë, depuis l'extra hospitalier jusqu'aux services les plus lourds intra hospitaliers.

Une histoire parallèle : à travers des concepts complémentaires, des techniques réciproquement utilisables, une filiation logique dans l'émergence de nouvelles orientations et spécialisations.

Une évolution liée : les « pôles » de la majorité des hôpitaux regroupent les trois entités.

Des questions communes

- reconnaissance inter professionnelle,
- organisation du travail,
- lourdeur des investissements.

Des recrutements aléatoires

- trop de souveraineté administrative,
- surcharge et pénibilité de la tâche principale,
- passerelles impossibles.

Quelques demandes

Choix de l'organisation du temps de travail

- le travail posté en 12h « médical exclusif » est générateur de saturation et de risque (cf les réf psycho sociaux, qualité et médecine du travail) ;
- il est déstructurant par perte des repères corollaires (transmissions, continuité des dossiers, relations inter équipes) ;
- d'où une demande de redistribution entre travail médical, administratif, enseignement, représentation, au prorata de la fonction (praticien, chef d'unité, de département, de pôle) et fenêtres éventuellement mixtes entre temps posté et temps en demi journées (travail à la carte facilitateur) imposant une réglementation mieux définie.

Amélioration des conditions de travail

- paradoxe de la bonne réputation (qualité de la prestation médicale) opposée aux récriminations

- quotidiennes (cf les « classements » des services et des hôpitaux) ;
- phénomène dû à l'absence de « normes » clairement affichées ;
 - d'où demande d'une réflexion, pour les urgences, identique à celle conduite pour les deux autres spécialités, sur une base statistique authentifiée par les professionnels (voir certaines approches syndicales et professionnelles) et la charge en terme de population effectivement desservie (nécessité accentuée par l'appartenance à une structure administrative commune – pôle –).

Statut

- le statut de praticien hospitalier en est le fondement, seul garant d'une perspective à moyen et long terme ;
- d'où la demande de gestion simplifiée des temps de travail, d'astreinte, de garde, additionnel, ... , afin d'éviter toutes disparités préjudiciables autant dans l'activité journalière, l'emprise administrative et la rémunération.

Recrutement

1. les modalités de travail de nombreux établissements les obligent à passer par une panoplie de pis-allers depuis les adaptations bancales du travail jusqu'au recours quasi institutionnalisé aux remplacements avec des compétences et effets très variables ;
2. d'où une proposition de facilitation des recrutements en plusieurs phases, à l'image de ce qui se fait déjà dans diverses spécialités, sous le contrôle direct de services de CHU validant (obligeant certes à des présences universitaires sur place) avec
 - a) reconnaissance de services de CH dans leur activité globale et leur approche pédagogique,
 - b) élaboration d'une charte entre le service formateur de CHU et ceux-ci (certification à durée contractualisée),
 - c) intégration dans le cursus des internes en spécialité,
 - d) puis intégration dans le cursus des assistants chefs de clinique (par exemple pour un semestre) ou des nouveaux assistants ;
3. avantages :
 - a) connaissance meilleure CHU – CH,
 - b) échanges et qualité garantis réciproquement,
 - c) recrutement par osmose,
 - d) facilitation des rationalisations hospitalières sur la base des trois volets que sont la population à desservir, la qualité des effectifs disponibles, l'impact financier.

Choix de passerelles

La fonction unique est source de lassitude (surtout dans le contexte permanent de surcharge) d'où demande de possibilité d'accès simplifié à des registres voisins via une validation modulaire privilégiée.