

Histoire du SMARNU

(Un syndicat dans son époque ou Comme un poisson dans l'eau)

L'organisation sanitaire.

L' Hôpital Français contemporain naît avec la loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 qui détermine les règles de classement et l'inventaire hospitalier.

Le décret du 9 novembre 1948 met en place la commission nationale du plan de l'organisation hospitalière : 456 hôpitaux, 66 Centres Hospitaliers, 16 CHR, 1235 hospices.

Le décret du 16 avril 1949 rend obligatoire pour tous les étudiants en médecine de 6^è année un stage d'un an dans un établissement hospitalier.

Les 4^è, 5^è, et 6^è plan (1960 à 1975) crée l'hôpital moderne : +160 000 lits, avec au 1^{er} janvier 1975, 430000 lits (+ lits psy).

L'ordonnance du 30 décembre 1958 crée le Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHU), qui ne se substitue à aucun autre catégorie d'établissement sanitaire .C'est un mariage entre l'hôpital et l'université, renforcée par la Réforme de 1968.

Le décret du 3 août 1959 impose aux CHR, aux CH et aux hôpitaux la disposition d'un minimum de plateau technique.

Le décret du 6 décembre 1972 crée le Centre Hospitalier Général, le Centre Hospitalier Spécialisé (psychiatrique) et les Centres anti-cancéreux.

Le décret du 17 avril 1980 effectue un nouveau tri parmi les établissements et distingue les Centres Hospitaliers de court, de moyen et de long séjour.

Les Médecins

6000 médecins hospitaliers en 1939, tous à temps partiel, 12000 ETP en 1966, 41000 en 1981.

En 1945, il y avait encore 12000 religieuses qui disparaissent progressivement dans les années soixante.

Le décret du 20 mai 1955 crée le statut pour chaque agent hospitalier un statut national d'agent des collectivités locales (démarqué du statut du Fonctionnaire d'Etat).

La réforme hospitalière (**ordonnance de 1958- Debré**) crée le médecin à temps plein hospitalier, et maintien le temps partiel, comme le secteur privé pour le temps plein.

Création des assistants d'Anesthésie-Réanimation (et de chef de service d' « Electro-Radiologie » et de Biologie).

Décret du 11 mars 1970 : création d'une organisation unique des médecins dans les CHU et les CH selon la hiérarchie croissante suivante : Assistant, puis Adjoint, puis Chef de Service 2^e groupe, puis Chef de Service Premier Groupe. La création rapide de postes hospitaliers suit celle, aussi rapide, des services et globalement la croissance des hôpitaux. Néanmoins, la lenteur de progression des échelons était notoire et peu de Praticiens avaient une chance raisonnable de devenir Chef de Service. L'obligation de stabiliser en le fidélisant un corps de médecins hospitaliers entraîne le :

Décret 84-131 du 24 février 1984 créant le statut de Praticien Hospitalier (PH), énorme avancée si ce n'est que la prise en compte de l'ancienneté des anciens adjoints et assistants dans ce nouveau statut sera très mauvaise.

Le SMARNU

A) Le SNMARTPHNU est créé le 4 avril 1970 : Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs Temps Plein des Hôpitaux non Universitaires.

1) Ses buts initiaux sont de

- défendre les nominations des Anesthésistes-Réanimateurs travaillant en CH non universitaires (CH puis CHG) lors des Commissions Partiales qui étaient composées d'anesthésistes et de chirurgiens. Ce sont bien les chirurgiens qui ont nommé seuls (!) les premiers chefs de service d'anesthésie ;
- de créer dans les Centres Hospitaliers Généraux des postes de Médecins Anesthésistes Réanimateurs Temps Plein, comme dans les CHU, et ne plus se contenter de Médecins à Temps Partiel, partagés entre une « clinique » privée, et un Hôpital- « hospice ». Le SNMARTPHNU veut la fin de l'anesthésie « foraine » ;
- de créer des Services d'Anesthésie à part entière, comprenant au moins deux postes.

1970 – 1987 : Premier Bureau, équipe « historique » des dirigeants : Président : Dr Jean-Claude Courtine (†1986) ; Secrétaire : Dr Cara-Beurton (†2005) ; Trésorier : Dr Filiu

Les médecins travaillant dans le privé relevaient du SNARF (Syndicat des Anesthésistes-Réanimateurs Français), dont le seul objet est la défense des revenus privés.

Les Anesthésistes du secteur hospitalo-universitaire relevaient du statut des CHT-A créé en juin 1966 (Cadre Hospitalier Temporaire d'Anesthésie), étaient dits mono appartenants donc praticiens non universitaires travaillant en structure universitaire, nommés sur concours spécial et intégrés comme spécialistes. Ce statut mis en œuvre en 1969, et qui ne devait durer que 6 ans a duré jusqu'en 1980, où il a été transformé en Cadre Hospitalier d'anesthésie réanimation, statut qui disparaîtra de fait avec la création du statut de PH définitif.

Le SNACHT (Syndicat National des Anesthésiologistes du Cadre Hospitalier Temporaire/ancêtre du SNPHAR) est né en 1970, pour défendre les CHT-A.

Les Anesthésistes de CHG sont pionniers du CHG moderne et leur rôle quotidien est considérable, où ils sont souvent les seuls temps pleins de l'Hôpital, assurent tous les gestes d'urgence de la dialyse péritonéale à l'entraînement électro-systolique. L'hôpital « la nuit, nous appartient ». Ils sont les acteurs actifs de la médicalisation des hôpitaux pendant les « trente glorieuses ».

Publie la Lettre Syndicale (2 à 3 fois par an) envoyée à tous les anesthésistes des CHG.

2) Les archives de cette époque ont disparu, et il est difficile de reconstituer l'œuvre du syndicat de ces années.

Sur une scène peuplée de nombreux syndicats isolés, le SMARTPHNU obtient pour les CHG satisfaction sur ses objectifs de création, et assoit l'anesthésiste réanimateur comme responsable des services d'anesthésie, des réanimations, puis des SAMU (début au CHU Toulouse, 1968, Pr L.Lareng) pour lutter contre la mortalité routière, alors effroyable.

Il se bat en outre pour :

- La reconnaissance et la valorisation du travail en « garde » avec le fameux mot d'ordre de J.C Courtine : travail de jour = travail de nuit ! ;
- La limitation des obligations de service de 11 à 10 ½ journées, obtenue en 1981 (Ralite) ;

- L'amélioration de la « sécurité anesthésique », qui n'était pas connue à l'époque comme telle, mais comme « amélioration matérielle », avec exigence de scopes, de respirateurs, d'ECG (trustés par les cardiologues !), d'où participation des membres du bureau du SMARTPHNU à la Commission Nationale d'Anesthésie, puis à la rédaction du Rapport sur la sécurité anesthésique ;
- l'autonomisation de l'anesthésie-réanimation de la chirurgie dans les Commissions Nationales Paritaires, et dans l'organisation hospitalière (services d'AR avec Chefs de Service AR) ;
- l'améliorations des rémunérations (salaire, retraite) au prorata du nombre d'heures, de jours d'affilée passées à la tâche avant les décrets de 2002, face à l'indifférence des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), et de l'administration à tous les niveaux ;
- l'autonomisation de la formation en Anesthésie-réanimation qui est longtemps considérée comme une spécialité médicale (réforme de l'internat),
- La création d'un corps spécifiques d'Infirmières Spécialisées, qui deviendra le corps des ISAR puis IADE, avec ouverture de la première école spécialisée à St Germain sous l'impulsion de Marcelle Cara-Beurton, puis à Créteil, sous celle de Pr Pierre Huguenard.
- la réforme de l'organisation hospitalière mettant en évidence la contrainte de la permanence des soins.

Le 7 février 1978 est créée la Fédération Intersyndicale des Anesthésiologiste Réanimateurs Française entre le SMARTPHNU, le SNARF (Syndicat National des Anesthésiologistes Réanimateurs Français/privés) et le SNACHT. Elle se réunit depuis en cas d'objet d'intérêt commun, touchant à la profession.

A partir de 1984, le SMARTPHNU se présente aux 1eres Elections Professionnelles (Commission Statutaire Nationale/CNS) prévues par le Statut de PH (élections se déroulant dans des sections de spécialités, ainsi section Anesthésie-Réanimation), et le résultat est celui d'une parité avec le PHAR nom d'époque du SNPHAR. Listes conjointes avec le PHAR, pour les Elections au Conseil de Discipline de 1986.

3) Les moyens d'action sont uniquement ceux du « lobbying » et traduisent le respect avec lequel, d'une manière générale, les médecins sont considérés par le pouvoir politique en place, quel que soit sa couleur. Donc rendez-vous fréquents au Ministère de la Santé, à l'Académie de Médecine (M Cara-Beurton). Peu de grève ou autre mouvement d'ensemble, communication, et rythme militant très lent. Une exception : la grève des 12, 13, 14 Novembre 1985, devenue grève du seul 12 novembre, appelée par le SNMARTPNU et le PHAR appelant à la définition de la « garde » et de l' « astreinte ».

B) En 1987, transformation du SNMARTPNU en SNMARHNU (Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux non Universitaires.)

1) Election d'un nouveau Président : Dr Jean-Claude Ducreux (CH Roanne) et d'une équipe comprenant

- 2 Vices Présidents Drs Hélias (Montbéliard), Vignier (Mantes-la –Jolie) puis Dr Goumard (La Rochelle)
- Un secrétariat assuré par Drs Palacci (Aulnay/décédé 1993) puis M. Vignier et Lebrun (St Quentin)
- Trésorier Dr Blot (Montfermeil), et adjoint Dr Lemanissier (Le Mans)

Cette équipe dirigera, à des permutations près, le syndicat pendant 10 ans.

Le Conseil d'Administration traduit la diversité géographique et des secteurs d'intervention de la spécialité en Centre Hôpital Général (anesthésie, réanimation, urgence, SAMU).

L'hôpital doit changer, évoluer ; déjà, il coûte trop cher, et déjà des comparaisons se font entre un hôpital au budget global et un secteur privé dont on vante l'efficacité. D'ailleurs les praticiens y sont mieux payés, et, après des décennies d'engouement pour le secteur public, voici venu le temps de la disette, avec un mouvement des jeunes praticiens vers le privé. De plus, la grande presse s'y mettra avec l'enquête de 50 Millions de Consommateurs n°256 Décembre 1992 intitulée « Urgences, sauvez votre peau » !

Il faut réagir : ce sera la Loi Hospitalière du 30 septembre 1991. Nous ne pouvons pas ici l'analyser. Disons que ce sera la première à envisager l'hôpital sous l'angle comptable, et que nombre de notions de l'actuelle HPST y sont déjà !

L'évolution démographique des AR des CH est en train de changer : augmentation nette en CHU du nombre de postes médicaux, en particulier en anesthésie réanimation, tous pourvus. Ceci est le témoin du nombre de jeunes admis à poursuivre leurs études au début de l'instauration peu sélective du numerus clausus, de la formation de spécialistes nombreux hors internat par la filière des CES (Certificat d'Etudes Spécialisée) et de la puissance de cette spécialité, jeune, qui agrandit son périmètre d'intervention. Simultanément, on commence à constater une désaffection des jeunes pour les CH Généraux, trop nombreux, à l'activité inégale, dans des villes géographiquement et culturellement moins attractives, et dont les postes vont donc rester progressivement abandonnés. Néanmoins, globalement, ils assurent 60% des soins hospitaliers publics.

Les 2^è élections professionnelles de 1988 consacrent ces changements où, comme en 1984, les voix professionnelles se partagent de manière à peu près égale pour la dernière fois avec le PHAR, bien qu'au nombre de sièges (avec le jeu des restes), le PHAR en conserve 4/6, et le SNMARHNU 2/6

Parution de l'étude de Sylvia Pontone : « Vers un manque d'anesthésistes-réanimateurs : de combien et quand ? » (Ann Fr Anesth Réanim, 10 : 362-378, 1991) qui tranche avec l'optimisme démographique ambiant, mais irréel après la fin (1984) des CES, et la formation de 100 AR tout au plus par an par la filière « classique » de l'internat qualifiant.

2) Le SNMARHNU a intégré les changements introduits par le Statut de PH.

Cependant, pour le ministère, la manière d'envisager la participation des syndicats de PH aux évolutions de l'hôpital va se modifier ; ce sera progressivement le temps des « rapports » (le premier sera le rapport sur l'urgence à l'hôpital par Pt L.Lareng (Cahiers d'Anesthésiologie, sept 1989), celui des réunions de groupe de travail issus de signatures de « Relevés de Décisions », celui des rencontres faciles avec les Directeurs des Hôpitaux au ministère (G. Vincent, B. Kouchner)

En Janvier 1989, parution du premier Livre Blanc de l'Anesthésie-Réanimation Hospitalière rédigé conjointement par le PHAR et le SNMARHNU, bilan d'étape d'une spécialité jeune et représentant alors 30% des PH, véritable thèse sur un métier et plate-forme revendicative globale. Le paysage syndical reste toujours aussi émietté jusqu'au mouvement de février-mars 1989, qui voit, lors de la signature le 27 février avec le ministre Claude Evin du « Relevé de Décision » l'apparition de deux signatures qui restent majeures à ce jour : l'Intersyndicale Nationale des Médecins Hospitaliers (Secrétaire Général, Bruno Devergie) et Coordination Syndicale des Médecins, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics (Georges Mallard, signataire, JC Ducreux), donc début d'un regroupement syndical indispensable, cependant de part et d'autre d'un trait de fracture : milieu universitaire d'un côté, et non universitaire de l'autre.

Cela aboutira à la naissance le 30 mars 1992 de la Confédération des Hôpitaux Généraux (CHG), dont le SNMARHNU est un des trois membres fondateurs avec le Syndicat National des Biologistes des Hôpitaux, et la Fédération Mallard (Syndicats départementaux des Médecins et Biologistes Hospitaliers non Universitaires). Et c'est cette configuration qui sera représentée aux premières Commissions Régionales de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) et CNationaleOSS, prévue par la Loi Hospitalière de 1991 et mises en place le 12 juillet 1992. Le SNMARHNU siègera en particulier au CNOSS (Dr Ducreux, puis Dr Vignier, en 1996).

3) Les moyens d'action sont ceux de la grève, ou plutôt au début, du dépôt d'un préavis de grève, vite levé lorsque la satisfaction est obtenue (1 mars 1989) : signature d'un relevé de décision améliorant la carrière des PH, l'introduction du financement de la Formation Continue par l'Etablissement Hospitalier, et des améliorations de rémunération des gardes et astreintes. Des discussions via des groupes de travail sont entamées sur divers points qui ne donneront rien. Le SNMARHNU participe aux réunions de mars 1989 sur les problèmes d'application du statut, les flux de formation, et les questions relatives à l'encadrement.

D'où nouveau préavis de grève pour le 8 mars 1990 à l'appel de la Coordination Syndicale, toujours sur les mêmes thèmes : revalorisation des rémunérations, de la retraite, et amélioration des conditions de travail. Grève qui aura bien lieu, mais faiblement suivie.

Surtout, mouvement de tout le mois de Juin 1991 et action/grève le 13 juin, avec la Coordination, sans le SNAM, ni le SPH, ni le SNPHAR (qui déposera néanmoins un préavis de grève pour une semaine à débiter le 17 juin), motivé par la volonté de voir aboutir une revendication majeure depuis 20 ans (travail de jour = travail de nuit), et d'adapter la restructuration des urgences (thème initié par le rapport Lareng) à la réalité sociologique et géographique du pays. Un protocole d'accord vide de sens sera signé le 21 juin par certains, dont le SNPHAR, et l'INMH représentant les syndicats de CHU, confirmant la césure entre les milieux médicaux hospitaliers universitaires (peu susceptible d'être « restructurés » et pouvant bénéficier d'une contraction de l'offre hospitalière) et non universitaires (représentant 60 % de l'offre de lits totale). Le mouvement sera levé par la Coordination le 28 juin.

Cette « crise » de Juin 1991 aura des conséquences psychologiques, instituant une méfiance entre les deux syndicats qui ont pourtant tout pour être unis. Il n'y aura pas de gel des contacts, et l'occasion nous sera donnée de retravailler ensemble pendant l'automne dans le cadre des négociations ouvertes par le protocole d'accord ; et plus encore, sur la base du Livre Blanc, écrit conjointement 2 ans auparavant. Mais le temps de l'innocence était révolu.

En effet, une Commission Nationale de restructuration des Urgences sera mise en place le 30 septembre, sous la présidence du Pr Steg, et le SNMARHNU, non signataire sera pourtant admis aux discussions, en particulier pour le chapitre « gardes et astreintes ». Cela aboutira entre autres au ...rapport Steg (29 mars 1993), et à l'engagement sous deux ans de modifications substantielles dans la rémunération des la permanence des soins, de mesures conservatoires pour les praticiens « restructurés », et à une refonte de la grille d'échelons (carrière).

Des discussions qui vont durer 20 mois avec la DHOS sous la direction de Gérard Vincent, et partir dans toutes les directions, relatives à la création du 13^e échelon (obtenu de suite par décret du le 26 octobre 1992 avec des crédits initialement prévus pour rétribuer la « pénibilité »), et plus généralement à une refonte de la grille d'échelons, d'une prime d' « installation » dans des zones « peu attractives », à l'apparition à ce niveau de discussion des notions de pénibilité, du « repos compensateur », de réduction d'ancienneté pour métiers pénibles, de défiscalisation de la « garde », avec les mêmes arguments opposés de part et d'autre que 17 ans plus tard avec La Fédération de la Permanence des Soins Hospitalière.

Il faudra attendre le 7 janvier 1993, après un nombre incalculable de palabres, de déplacements au ministère de JC Ducreux, un des négociateurs principaux de la jeune CPH à la Commission « gardes et astreintes » pour signer un « Protocole Intermédiaire », qui octroie une revalorisation substantielle des « gardes et astreintes » en deux tranches (1993 et 1994) mais « provenant de gains de productivité induits par la politique de restructuration hospitalière, *réalisée en concertation avec les parties signataires* ». A noter le passage de la demi-garde de 3 à 4 heures ! Rien de plus, si ce n'est une poursuite de la réflexion sur un « certain nombre de points ».

Mais voilà, JCD ayant signé en tant que tel, et n'ayant pas laissé au président de la CPH le soin d'envisager un refus de signature (car l'accord défavorisait tous les non-AR), le SNMARHNU est menacé d'exclusion. Mais la signature est maintenue, et une liste SNMARHNU élaborée pour les élections CNS + CDD prévue le 2 Juin 93, malgré la menace d'une liste Fédération Mallard concurrente. Aucune sanction ne sera prise par le bureau de la CPH à l'encontre du SNMARHNU, et le droit à l'autonomie de revendication et d'action sera réaffirmé. Cependant quelques comptes se régleront au niveau des compositions des délégations CROSS.

Le Protocole Intermédiaire donnera naissance aux arrêtés relatifs aux gardes et astreintes du 9 mars 1993 et 25 octobre 1994 (création des Commission gardes et astreintes issues des CME) Par ailleurs, les 3 è élections professionnelles aboutissent au même nombre de sièges, et le SNMARHNU à 37% des voix.

Ces élections consacrent le gel de la représentation syndicale médicale hospitalière française, celle que nous connaissons encore au moment de la rédaction de ce papier, en 4 Confédérations de représentation inégale :

- La Confédération des Hôpitaux Généraux, sous la présidence de Georges Mallard (†11/2004), puis de Pierre Faraggi, issu du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, qui représente entre 40 et 42% des voix, toutes sections de spécialités confondues ; et dont font partie une dizaine de syndicats, dont le SMARNU, surtout représentatifs des Hôpitaux non Universitaires (ou Généraux) ;
- L'Intersyndicale Nationale des Praticiens Hospitaliers sous le présidence de Dr Fressinghes puis de Rachel Bocher, du Syndicat des Psychiatres Hospitaliers Publics, qui représente aussi entre 40 et 42 % des voix , dont le principal syndicat est le SNPHAR, et surtout implanté dans les CHU ;
- La Coordination Médicale Hospitalière, présidée par l'inoxydable François Aubart, qui, malgré une médiatisation et une écoute sans pareilles, ne représente que 10% des voix, et dont le principal syndicat, l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) est présidée par Patrick Pelloux. C'est en 2003 le plus populaire des médecins hospitaliers français pour avoir dénoncé l'incurie gouvernementale au moment de la grande canicule, et l'AMUF rejoindra la CHG, seule à faire preuve d'une opposition ferme et résolue au projet Hôpital 2007 de Matteï.
- Enfin, le Syndicat National des Médecins des Hôpitaux Publics (SNAM-HP), présidé par le Pr Rymer, qui regroupe les professeurs et d'autres médecins de CHU, et représente aussi 10 % des voix.

4) 1994 et 1995 marquent un tournant dans l'organisation de l'anesthésie-réanimation. Et des hôpitaux tant y est lourd le poids de cette spécialité.

- D'abord, la prise de conscience très lente de la nécessaire mise en place de la sécurité anesthésique. Après des circulaires sans importance (1974, 1982, 1985), et après la crise du SIDA, B. Kouchner, ministre en 1992 demande un rapport sur la sécurité anesthésique au Haut Comité de la Santé Publique, rédigé avec l'aide syndicale dont celle de J. Cl Ducreux. Ce rapport est rendu le 26 novembre 1993. Son but principal est de rendre obligatoire les salles de réveil. Mais rien ne se passe ; donc le SNPHAR propose de dénoncer chaque semaine un hôpital ne possédant pas de salle de réveil, et commence par

le 28 décembre, presse et télé à l'appui, par le CHU de Strasbourg. Le décret est publié le 5 décembre 1994, financements, réglementation et mode d'emploi acquis de toute la sécurité en anesthésie, et non des seules salles de réveil.

- Mais cette réglementation va avoir un effet restructurant, surtout associé aux conséquences du rapport Steg sur l'organisation des urgences, les travaux des CROSS avec leur SROSS (Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale), et aux coûts induits par la sortie si tardive du décret sur les gardes et astreintes (6 mai 1995). Les lits de chirurgie sont diminués, opérations de fusion et regroupements se succèdent. La carte sanitaire qui datait de 1970 est profondément modifiée, 22000 lits sont supprimés, ou reconvertis, et seuls 200 SAU sont autorisés.
- Ensuite viendront rapports et décrets sur la chirurgie ambulatoire (1992 et 1993), autre terrain de travail des AR, sur le contrôle du matériel d'anesthésie (octobre 1995), sur la Réanimation, SMUR et SAMU (mai 1997) et la mise en place de l'ANAES et des procédures d'accréditation (avril 1997), enfin le décret périnatalité (octobre 1998) tous éléments qui rendront cette tendance à la restructuration irréversible.

Donc les modifications en profondeur de la carte sanitaire sont en marche, mais le financement, la gouvernance, et la rémunération des médecins ne sont pas adaptées et il faut repenser ces éléments. Le déficit de la « Sécu » est abyssal ! Ce sera le rapport Devulder, traduit en langage hexagonal par la création du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière (22 août 1995) et les ordonnances d' avril 1996, dites Ordonnances Juppé. Elles se proposent de :

- Régionaliser par la création d'ARH le financement de l'hospitalisation publique et privée ;
- Evaluer et Accréditer les services hospitaliers en fonction de normes de qualité ;
- Attribuer des budgets en fonction d'indicateurs de qualité des soins et de sécurité sanitaire ;
- Coordonner sur une base volontaire de l'hospitalisation publique et privée par la mise en place de structures de coopération au plan local (GCS).

C'est la fin de la « dotation globale », le début des PMSI, des ARH et GCS, les conventions d'objectifs et gestion entre les l'Etat et les caisses et l'ONDAM voté par le Parlement. La « Sécu » ne rembourse plus à tombeau ouvert, mais ses dépenses sont corsetées par le « peuple » en fonction des recettes. Puis sont prévus la « contractualisation interne » entre Directeur d'hôpital et les services, plaçant le Directeur au centre des choix stratégiques de l'EPS. La Loi de 1991 est en partie défaite. Tout ne sera pas appliqué, loin et changements de régime s'en faut, mais la stratégie est en route, quelle que soit la coloration politique du ministère.

Les syndicats, tous, décontenancés devant une réforme aussi « décoiffante ». Certains sont prêts à co-gérer (SNPHAR), d'autres s'opposent (CMH, CPH). Le SNMARHNU décide (2^e Livre Blanc décembre 1997) de se concentrer sur l'anesthésiste-réanimateur, de défendre l'homme dans le système, changeant et mouvant, en constatant l'essentiel : la crise démographique (Rapport Nicolas) a touché l'hôpital général, particulièrement dans le « pivot » du plateau technique : l'anesthésie-réanimation.

Certes, le statut se met « à la page » avec le mi-temps thérapeutique, le congé parental, la cessation progressive d'exercice, le congé de fin d'exercice (décret du 23 décembre 1997).

Mais il faut aller plus loin, beaucoup plus loin, et donc se recentrer sur les bases :

- L'organisation du temps de travail
- L'amélioration de la qualité de vie,

- La reconnaissance de l'activité en continu : travail de jour = travail de nuit.

C) La période Moderne (1996 -2002)

Cette nouvelle approche, limitative, est d'autant plus urgente que les lois Aubry instituant la réduction du temps de travail ont été votées, et doivent être appliquées aux médecins comme elles le sont aux titulaires de la Fonction Publique Hospitalière. B. Kouchner, de nouveau Ministre, va s'en charger, et plus tard avec un autre texte de poids, longtemps sous-évalué, la DE 93/104/CE.

1) Associé au SNPHAR au sein de l'INPH, revenu aussi à la défense du PH, dès le début 1998, le SNMARHNU au sein de la CPH est au premier plan pour alerter les Ministères Santé et Travail (B. Kouchner, et M. Aubry le 10 mars 1998) de la déliquescence progressive de la fonction de PH, les problèmes démographiques et de recrutement, le manque d'attractivité de l'hôpital, qui continue à perdre les jeunes pousses au secteur privé, qui est corseté par les budgets issus des Ordonnances Juppé. Il est annoncé ce jour-là la mise en place de groupes de travail dont celui concernant le statut de Praticien Hospitalier.

L'année sera occupée à cet objectif, voyant réapparaître les notions de pénibilité (28 avril), de primes à postes particuliers, d'exercice contractuel évoqué dès 1991, introduisant celles de « valence », de modification du Concours National de PH (16 avril). Le SMARNU participe, au titre de membre de la CPH à tous ces groupes de travail.

Les 4^è Elections Professionnelles (Juin 1998) apparaissent comme un bilan de l'intervention des uns et des autres depuis les Ordonnances Juppé, et les Lois Aubry. Le SNMARHNU obtient 41% des voix, mais toujours 2 sièges, consacrant la perception qu'il a des demandes des votants.

2) L'absence de résultat concret amène la grève des 24 et 25 Septembre 1998, appelée par l'Intersyndicale des Anesthésiste-Réanimateurs Français, dénonçant dans le public comme dans le privé « l'absence de mesure concrète pour améliorer les conditions d'exercice », « l'insuffisance des moyens pour pouvoir assumer les obligations », l'ambiguïté de la politique de restructuration hospitalière. Très médiatisée, comme de plus en plus pour les question d'hôpital, et très bien suivie (en plein Congrès SFAR...), elle entraîne un nouveau calendrier de rencontres. Axé sur la mise en place du « repos de sécurité » avant tout, l'organisation de l'activité des Blocs opératoires, et la reconnaissance de charges nouvelles, c'est un nouveau round adossé à l'obligation de la France de mettre en place la DE débute.

3) Il aboutira en deux temps : le protocole d'accord du 13 mars 2000, négocié entre les Confédérations et une DH particulièrement attachée au service public dirigée par Edouard Couty et Danièle Toupillier, qui introduit : l'indemnité pour exercice sur plusieurs établissements, la prime pour exercice public exclusif, les postes à recrutement prioritaire, la nouvelle grille de rémunération (décrets et arrêtés des 8 juin 2000, 17 et 23 octobre 2001).

Pour preuve de bonne volonté à l'égard des Anesthésistes-Réanimateurs, véritables « chouchous » du ministre, une prime d'exercice public exclusive est créée par l'arrêté du 8 juin 2000, dont on sait qu'ils seront les premiers à en bénéficier.

Il se terminera le 22 Octobre 2001, avec le texte majeur, attendu depuis 1991 intitulé Cadrage National, et signé entre B. Kouchner et la totalité des Confédérations, qui introduit le repos de sécurité appelé « repos quotidien » après une période de 24 h, la durée maximale de travail maximum de 48 heures hebdomadaire lissée sur 4 mois, les RTT et CET (enfin les lois Aubry...), et l'intégration de la permanence sur place dans le temps de travail (enfin une partie du « travail de jour = travail de nuit » est réalisé ! 30 ans après sa première formulation.)

Le SMARNU participe avec vigueur à ce round, très lourd, dans le cadre de la CPH, selon la nouvelle philosophie de défense des « individus » et du collectif professionnel plutôt que comme force de proposition institutionnelle et de co-gestion, selon ses déclarations des 3^e (septembre 1998) et 4^e (février 1999) Livres Blancs, diffusés comme les autres à toutes les personnalités politiques, syndicales et administratives du paysage hospitalier français.

4) En Septembre 2000, Jean-Claude Ducreux passe la main à Michel Vignier, qui devient Président, tandis que Pierre Blot passe la main de la Trésorerie à Bernard Bréchnac. C'est une équipe hors norme qui part, après avoir assis le SNMARHNU à la plus haute place du syndicalisme médical, par un mélange d'action et de lobbying, en étant reconnu en tous lieux, et en étant sollicité pour son expertise du milieu. C'est une équipe qui se renouvelle, avec un changement stratégique d'intervention qui est consacré fait de mouvements sociaux, d'interventions plurielles, et unitaires, autour de revendications portées vers les « hommes ». Mais ni les uns ni les autres n'auraient pu avancer sans le collectif intelligent et vif qui les avaient rejoint parce qu'il était imprimé dans leur chair l'obligation de défendre le service public et ses professionnels d'anesthésie-réanimation.

La communication s'est aussi mise au goût du jour, avec site Internet (1998), bientôt refondu (2001, puis 2006), revue pluri annuelle (devenant bi-annuelle devant les possibilités de communication en temps réel offertes par le net), et lettre électronique pluri mensuelle d'info et d'analyse envoyée aux membres du syndicat.

L'orientation du syndicat, sous l'impulsion de Michel Vignier, va devenir plus proche des préoccupations concrètes, quotidiennes, réelles des PH anesthésistes réanimateurs. L'« homme » prendra plus d'importance, plus que la « structure » dans laquelle il évolue, et la question « En quoi cela concerne-t-il le PH ? » sera le fil à plomb pour nous guider à travers une période que l'on pressent comme difficile, faite de modernisation des institutions hospitalières, de la financiarisation des hôpitaux, et de perte d'influence progressive du PH sur son propre vécu professionnel.

Par ailleurs, la délégation de tâches dans le syndicat s'est imposée comme une nécessité ces dernières années, compte tenu du nombre de dossiers à tenir simultanément. Ainsi, un seul représentant du syndicat ne suffit plus. Si le Président conserve son autorité naturelle auprès des fonctionnaires de l'administration, et des autres acteurs du système hospitalier, d'autres membres du CA sont sollicités et s'imposent rapidement comme des interlocuteurs dont l'expertise est reconnue. C'est ainsi qu'une nouvelle génération est formée aux dossiers, aux débats, aux responsabilités, et cette génération prendra la suite ultérieurement, en suscitant parallèlement sa propre relève.

Une autre ère s'ouvre, plus directe, plus rapide mais moins fructueuse.

D) La période actuelle (2002-2006)

Cette période récente est certainement la plus complexe, parce qu'elle a vu la transformation de l'Hôpital en trois étapes, sans révolution sociale active, mais avec un rythme de bull-dozer qui abat tout sur son passage par une succession de rapports, de textes législatifs de toute nature. Des journées d'action, de sensibilisation des personnels et usagers, de grève vont se succéder à un train d'enfer pour entraver la route de ce bull-dozer. Nous les caractériserons successivement, et noterons toutes les modifications qu'elles ont entraînées. Mais ce qu'il faut noter d'emblée, c'est que c'est bien à une révolution du paysage hospitalier à laquelle nous avons assisté, contre certains aspects de laquelle nous avons lutté, et perdu.

Cette « révolution silencieuse », au sens où elle n'a pas suscité d'opposition suffisante même à entraîner un changement de ministre, donc au sens « Mendrassien » du terme, se fera en trois étapes :

- a) révolution du financement des hôpitaux ;
- b) révolution de la gouvernance des hôpitaux
- c) révolution du statut des médecins à l'hôpital, en particulier du statut du Praticien Hospitalier.

a) révolution du financement des hôpitaux

1) Alors que 2001 se terminait par une période faste pour les PH, Mr Matteï, nouveau Ministre de la Santé va tenter en vain de retarder l'application du cadrage prévu pour le 1 Janvier 2003. Les mesures du cadrage sont la transposition de la DE, et sont d'application obligatoire au pire 10 ans après leur signature, sous peine de sanctions. Il faudra attendre les 30 avril et 6 mai 2003, soit 18 mois après la signature du cadrage, pour qu'apparaissent enfin des textes qui finalisent l'application de la DE (arrêté relatif à l'organisation de la PdS, et circulaire d'application).

Le rapport Piquemal évalue la mise en place de la RTT dans les EPS, mais sans retarder la publication des arrêtés RTT/CET (octobre et novembre 2002), contraint les Confédérations à la signature d'un accord d'Assouplissement de l'ARTT (13/01/03) permettant un paiement des jours RTT à 300€ plutôt que leur prise. Dire que les RTT étaient destinés à accéder à une demande généralisée de temps libre et d'accès à un bien-être ! La voilà dévoyée pour satisfaire à l'exigence d'immobilisme des hôpitaux en panne de temps médical !

C'est que ces mesures, toutes faites d'humanité ne vont pas arranger deux abysses : celui du temps médical devenu une denrée rare en ces temps de vieillissement moyen du PH, et financier, parce que temps libre pour les uns veut bien dire financement pour les autres. En fait, pour le recrutement des jeunes, ce sera l'embellie : les nouvelles conditions de travail offertes, associées à un changement profond d'aspiration et de mode de vie des jeunes permet de garder les moyen-jeunes et de recruter des jeunes sortis de l'Internat. Toutefois, ils restent dans ou proche de leur ville de faculté, et l'hôpital général, tout EPS de parité avec les CHU qu'il soit, n'a pas les moyens de sérieusement remonter la pente, surtout dans les villes de moins de 100 000 habitants.

2) Mais Mr Matteï va lancer un projet véritablement ambitieux, suite logique des essais 1991 et 1996, dont les résultats n'avaient pas été probants dus à des oppositions syndicales, des réticences administratives, et des lourdeurs locales dans les établissements de soins. Ce sera Hôpital 2007. Adossée au Rapport Perrin-Debrosse-Vallencien (avril 2003), il se propose, mais ça devient une litanie d' « améliorer les fonctionnements globaux, préciser la place du médecin à l'hôpital, rééquilibrer les pouvoirs, disposer de structures plus efficaces » (Discours à Hôpital Expo le 30 juin 2003).

Au contraire, nous aurons :

- la réduction de la place de la CME,
- la désignation de responsables de pôles par la direction administrative avec des responsabilités indépendantes de leur valeur professionnelle et de la reconnaissance par leurs pairs,
- la disparition proposée et incompréhensible de certaines commissions telles que le CLIN,
- un traitement inadmissible et méprisant de l'insuffisance professionnelle,
- une contractualisation rampante facteur d'instabilité et de précarité,

Toujours selon la même tactique des « groupes de travail », la DHOS, encore sous l'autorité de E. Couty, cherche à atténuer les mesures qui sont un bouleversement de l'offre publique de soins face à des Confédérations qui refusent la Nouvelle Gouvernance, mettant sérieusement les Directeurs aux manettes sous le seul contrôle d'un Conseil Exécutif, où participent des Responsables de Pôles, qu'il a lui-même nommés et qu'il peut à loisir congédier.

3) En même temps (novembre 2003), le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, voté en première lecture, institue la tarification dite « à l'activité », ayant comme objectif d'harmoniser les dotations budgétaires entre le public et le privé. Elle va introduire à l'hôpital des critères de rentabilité, constituant une pression à la sélection des malades. Et le taux voté en première lecture dans le PLFSS 2004 ne permet pas de maintenir toutes les activités hospitalières. C'est un taux restructurant qui risque d'obliger les établissements à faire des choix en termes de maintien ou de suppression d'activité. La seule variable d'ajustement semble être le personnel et son risque de dégradation de l'offre de soins. D'ailleurs, c'est de cette période que date l'embauche massive de personnel non médical en Contrats à Durée Déterminée, permettant plus facilement l'utilisation de la masse salariale comme variable d'ajustement comptable.

Le SNMARHNU refuse cette gouvernance-caporalisation de l'Hôpital, la logique comptable du budget hospitalier, l'absence de démocratie dans la conduite des débats en groupe de travail où les délégués sont invités à recevoir des textes déjà inscrits dans le marbre, et à s'exprimer sans espoir de les voir modifiés.

Dans le cadre de la CPH, mais sans les autres Confédérations, mais aussi avec son expression propre, il va appeler à une grève le 16 décembre, très suivie en psy et dans les Centres Hospitaliers Généraux. Première sensibilisation suivie d'un second mouvement le 22 Janvier, cette fois-ci avec l'INPH (mais sans le SNPHAR, sa principale composante) et sans la CMH, qui a choisi la tactique de la co-gestion.

Les adhésions au mouvement sont faibles, tant le dossier apparaît technique, et loin des préoccupations immédiates des de toutes les catégories de médecins hospitaliers. C'est dans cette ambiance délétère associant intransigeance gouvernementale, inéluabilité apparente de réformes destructrices pour leurs intérêts, perception de l'obligation de l'union sacrée des Praticiens Hospitaliers avec leur ministère pour renflouer les caisses hospitalière, et appel à la raison du sacrifice que pendant trois ans, et malgré l'opposition essentiellement de la CPH, les mesures d'Hôpital 2007 vont s'installer pour bouleverser le financement et la gouvernance de l'Hôpital.

b) révolution de la gouvernance des hôpitaux

1) CPH et INPH sont reçu par le nouveau ministre, Mr Douste-Blazy le jour de la grève (22 janvier 2004), qui en fin politique ne promet rien si ce n'est de reprendre des négociations sur des sujets capitaux que son prédécesseur avait ficelés à la hussarde.

Concrètement, apparaît la circulaire du 13 février 2004 « relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière » où des établissements pilotes sont désignés pour mettre en place le nouveau système dès le 15 mars.

Le 11 mars 2004, un mouvement d'action est donc prévu par l'INPH et un nouveau groupe, formalisé le 2 mars.

Ce groupe associe la CHG et ses composantes, dont le SMARNU, + des groupes issus de l'INPH, dont le Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics (SPHP) du dirigeant historique, Bruno Devergie, + l'AMUF, étoile montante du syndicalisme médical hospitalier qui a décidé de quitter la CMH. Le dirigeant de l'AMUF, Patrick Pelloux, a été rendu extraordinairement populaire dans le public par ses prises de positions fracassantes et justifiées au moment et dans les suites des manquements gouvernementaux pendant la grande canicule (été 2003). Il se formalise sous le nom de Collectif des Syndicats de Praticiens Hospitaliers (C.S.P.H.) le 2 mars 2004.

La préparation de la journée du 11 mars dans les hôpitaux va bon train, avec les syndicats représentatifs des personnels non médicaux, et prend de plus en plus les caractéristiques d'une journée de défense du service public hospitalier, en dépassant le simple aspect "gouvernance de l'hôpital" qui n'est cependant pas oublié. Pendant ce temps, certains, à l'initiative du SNPHAR, négociaient en secret dans les alcôves ministérielles tout en faisant mine de rester solidaire de la mobilisation que nous avons créé et en y participant. Pour des raisons politiques ils négociaient leurs intérêts en secret pour aboutir cyniquement à une signature au bas d'un protocole d'accord signé la veille d'un mouvement d'action nationale auquel ils s'étaient associés.

Les syndicats des hôpitaux généraux membre de l'INPH dénoncent cette signature, les manœuvres qui l'ont entourées et finissent par quitter cette intersyndicale. Cette démarche signifie très clairement que c'est dans les Centres Hospitaliers Généraux que le risque est le plus grand de voir se développer une médecine à deux vitesses et un carcan administratif et financier dont ils ne pourront plus sortir.

2) Entre autres conséquences sur la réorganisation du financement et de la direction des Etablissements Publics de Soins, le projet de modernisation de l'Hôpital dit "Hôpital 2007" aura eu comme résultat une recomposition du paysage du syndicalisme hospitalier public en France. Elle se sera faite selon deux critères simples : la défense d'une conception marchande ou non de l'offre de soins dans le public, et l'acceptation ou non du rôle prédominant du directeur de l'EPS, sans contrôle de son action par le personnel médical et non médical et la population qu'il est censée servir, représentée par le Conseil d'Administration.

Ces différences en apparence anodines parce qu'apparemment lointaines dans leur application concrète ont permis de différencier deux groupes :

- **premièrement**, ceux qui en cas d'avenir plus préoccupant défendront un hôpital ouvert à tous sans préoccupation comptable primordiale et immédiate (même si on est d'accord que les comptes doivent tendre vers l'équilibre négocié par tous les acteurs); qui défendront la place du médecin à l'hôpital et le statut de P.H. (tout en négociant les adaptations et progrès devenus indispensables aux yeux des jeunes générations de médecins voulant y faire carrière); qui refuseront qu'un directeur d'hôpital soit investi de tous les pouvoirs institutionnels, même si à présent les représentants des directeurs se montrent conciliants en promettant de ne pas en abuser . C'est le Collectif des Syndicats de Praticiens Hospitaliers (C.S.P.H.).

- **deuxièmement**, un groupe hétéroclite de syndicats et d'institutions qui pensant que l'affaire est dans le sac choisit de signer un "relevé de conclusions" non concluant. Ce relevé est de plus modifié entre 2 groupes de signataires (!) : d'abord signature par la FHF, les présidents de Commissions de Directeurs, de Présidents de CME, deux intersyndicales de médecins hospitaliers fort peu regardant sur la place des médecins à l'Hôpital (CMH, SNAM) et méprisant de l'unité avec les représentants des personnels hospitaliers non médicaux, puis MODIFICATION DU TEXTE (!) pour rendre la signature acceptable par une intersyndicale représentative mais déboussolée (l'INPH) malheureusement avec le concours actif de nos amis du S.N.P.H.A.R. qui ont tendance à faire monter les enchères.

La réaction ne se pas fait attendre : l'AMUHF, membre de la CMH proteste et rejoint le Collectif, de même que se constitue une opposition interne mais publique dans l'I.N.P.H. qui de même rejoint le Collectif. A étudier les signatures du communiqué de presse issu par celui-ci (30 avril 2004), on constate l'étendue de la représentativité de ses membres et bien sûr les points d'accords programmatiques qui rendent son action possible et son existence "pérenne".

Le Collectif se dissoudra le 1 février 2006, avec l'entrée du SPHP à la CHG le 1 février 2006, l'AMUF l'ayant intégré dès septembre 2004. La CHG jouit depuis d'une autorité que seule peut procurer l'adhésion de structures, pas forcément nombreuses, mais prestigieuses. La conséquence organisationnelle est la transformation de la Confédération des Hôpitaux Généraux (CHG) en Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH), l'adoption de nouveaux statuts, et l'élection de Pierre Faraggi, comme son premier Président.

3) Mais la journée du 11 mars 2004 est un succès, avec large mobilisation et appui médiatique. Le gouvernement se sent alors contraint de retirer le projet de Loi, dont l'Assemblée Nationale aurait eu à discuter, et de gouverner par Ordonnances.

Le « Collectif » et les syndicats de Personnels, sans l'INPH et ses composantes, organiseront donc les 5 juin un mouvement d'action et surtout le 7 octobre une grève du secteur hospitalier public pour protester contre le principe des Ordonnances à sortir vers le 10 Octobre suivant (pas de débat à l'Assemblée Nationale) et ce qu'elles recouvrent :

- Un contrôle du C.A. par subordination directe ;
- Un contrôle de la C.ME., par subordination et un choix direct de la majorité de sa composition ;
- La mise en place de directeurs de pôles choisis par le Directeur, instruments directs du contrôle budgétaire qu'il aura lui-même imposé (contractualisation interne) ;
- Nomination des chefs de service par le Directeur à partir d'une liste nationale d'aptitude ;
- Et bien sûr révocation de manière discrétionnaire de tout ce monde s'il y avait infraction à un contrat et ce « dans l'intérêt du service » ;
- Enfin, un processus de nomination et de contractualisation/indemnisation sur socle statutaire des PH est avancé par les ordonnances (inaugurée par certains PH eux-mêmes, les chirurgiens – ce sera l'acte de naissance de la Part Complémentaire Variable), qui mettrait ainsi fin à l'indépendance du médecin jusque dans ses décisions professionnelles si celles-ci venaient à s'opposer à celles du Directeur.

Pour cette journée, le SNMARHNU défend en plus plusieurs points de principe :

1. pas de contractualisation entre PH et directeur basé sur les soins. Mais éventuellement, contractualisation entre un collectif (service, département..) et le Directeur à condition que le collectif puisse bénéficier des retours financiers en matière d'activité (productivité ?) ;

2. recherche de critères mesurables de pénibilité, celle-ci ne devant pas se juger à la tête de la spécialité, comme : le nombre de plages de TTA nécessaires pour faire fonctionner le service, ou rapport actes/nombre de praticiens, ou encore pression médico-légale telle qu'elle est constatée par les assurances;

3. un seul niveau d'astreintes avec réelle intégration de l'astreinte dans le temps de travail par la possibilité de récupération.

Cette grève est un succès pour l'époque (15% MCO / 45% psy) ! Elle est d'autant plus mobilisatrice chez les Anesthésistes réanimateurs que, le lundi 27 septembre 2004, on apprend la demande de la France d'une modification de la directive européenne sur le temps de travail avec un recul considérable sur ses dispositions acquises depuis moins de 18 mois :

- Les 48h maxi ne seraient plus lissées sur quatre mois mais sur un an.
- Le Repos Quotidien pourrait n'être pris que dans un délai de 72h, au détriment de la sécurité la plus élémentaire
- Fragmentation de la plage de permanence sur place avec identification de périodes actives et de périodes de repos. Cette disposition n'aurait qu'un but : augmenter le « temps médical » à la disposition des directeurs.

Mais pourquoi seulement 15% ? Parce qu'une tendance au sous investissement institutionnel des PH est amorcée, eux qui se considèrent déjà comme des "cadres intermédiaires" n'ayant aucun pouvoir décisionnel dans leur établissement, et ne voyant pas pourquoi ils se mobiliseraient pour des institutions (chefferies de service/CME/CA) qui se sont autonomisées d'avec les PH en les plaçant en situation de vassalité. Ne voient-ils pas les luttes pour le « pouvoir à l'hôpital » comme une lutte sans objet direct sur eux, « dans un panier de crabes » ?

Au total, le gouvernement restera sourd aux protestations, et l'année 2005 verra sortir tous les textes pertinents à une nouvelle gouvernance, du « projet finalisé de modification du Code de Santé Publique » (septembre 2004) qui montre qu'à cette époque la messe était déjà dite, en passant par l'Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, pour un texte final publié au JO le 28 décembre 2005.

Le SNMARHNU pouvait alors dire : « la boucle est bouclée »

4) Il sera alors pertinent de parler d'Hôpital-entreprise, bien que les éléments fondamentaux de l'entreprise privée en soit absents, car le langage et la mentalité de tous les acteurs ont changé. On parle de cas rentable, de coût de traitement ; on fustige moins le secteur privé qu'on blâme l'hôpital d'être le seul à pouvoir accueillir les cas difficiles, les personnes âgées ou très jeunes, les délabrés de la vie. Les médecins, après une embellie de 2003-2004 s'en retournent au privé ou restent au CHU. Plane la menace de renvoyer les Centres Hospitaliers Généraux, déjà restructurés et aux plateaux techniques considérablement moins nombreux, et donc de taille souvent comparable aux CHU, à leur passé cinquantenaire de l'Hospice, faute de moyens et de médecins. Les syndicats des Hôpitaux Généraux puis ceux des CHU s'affaiblissent, faute de combattants jeunes, et les attaques contre le régime de retraite (IRCANTEC), qui vont concentrer l'ardeur militante entre 2005 et 2008, suscitent plus d'opposition que l'apparition de déserts médicaux, que l'inégalité de l'accès aux soins, que les turpitudes d'un corps médical

obligé de recourir aux dépassements d'honoraires pour conserver un style de vie déjà dépassé par les aspirations des jeunes générations de médecins.

Mais voilà, à l'heure d'Internet, de la communication ultra-rapide, de la prise de position citoyenne multiforme, de la méfiance qu'inspirent quasiment tous les politiques, les « malades citoyens » refusent cet état de chose, et la liaison est de plus en plus facile, évidente et sans complexes entre les syndiqués médicaux et syndiqués du personnel, entre les Confédérations Médicales et les Confédérations de Personnels (CGT, CFDT, FO, SUD). Les grèves ou mouvements d'action, à partir de 2003, seront systématiquement des mouvements unitaires, à l'échelon national, régional et local. Une époque est née, inédite, qui seulement 5 ans auparavant aurait été impensable.

c) caporalisation du statut des médecins à l'hôpital, en particulier du statut du Praticien Hospitalier

1) La fin de l'été 2004 a vu se développer un « malaise » des chirurgiens, d'abord dans le privé, réclamant des garanties financières par extension du « secteurs 2 » à honoraires libres, mais remboursés par la Sécu, et la levée de menaces quant à la liberté d'installation. C'était l'époque où les chirurgiens, emmenés par Philippe Cuq, menaçaient de partir à Wembley pour faire prendre conscience à nos dirigeants quelles belles opportunités existaient pour eux en Grande Bretagne !

Puis vint l'idée au Dr Aubart, dirigeant de la désormais très minoritaire CMH, et chirurgien orthopédiste, d'emmener les chirurgiens du secteur public à Barcelone (ils n'y sont jamais allés), pour alerter les pouvoirs publics sur les difficultés particulières d'exercice des seuls chirurgiens et la crise de recrutement de patients en partance pour le privé, et réclamer des avantages de salaire. Il y aurait eu une « spécificité chirurgicale » auto proclamée supérieure aux autres spécificités en ce qu'elle justifierait d'un aménagement statutaire spécifique.

Quels autres spécialistes auraient eu le culot d'organiser leur propre grogne corporatiste pour leur propre « spécificité » statutaire, si ce n'est les chirurgiens qui s'étaient montrés collectivement victimes de leur imprévoyance dans leur avenir démographique, de leur vision suffisante de leur rôle dans la collectivité hospitalière, de leur mépris et même de leur opposition à des avancées statutaires de 2002-2003 qu'ils s'étaient mis à jalouser aux anesthésistes-réanimateurs, urgentistes et autres spécialités autorisées à s'organiser « en service continu » . Ils auraient pu les réclamer pour les jeunes chirurgiens et rendre leurs professions plus attractives.

Mais voilà ! Le ver est maintenant dans le fruit, et grâce à des revendications mal formulées, basées sur les faux postulats de leur rôle plus essentiels que celui des autres PH, et de leur productivité supérieure, les chirurgiens et surtout la CMH de F. Aubart donnent des idées à certains directeurs ou ARH « modernes ». Qui n'en demandent pas tant pour annoncer la fin du statut de PH et la mise en œuvre de contrats praticien/directeurs d'hôpital personnalisés et à durée déterminée.

Des négociations s'ouvrent, ayant trait uniquement à l'activité chirurgicale : par exemple sur l'organisation des blocs opératoires (comme si on en était revenu aux années 50 et au rôle de chef d'équipe du chirurgien), par exemple sur « une recomposition du paysage des plateaux techniques ». Un « Relevé de Décisions » est rapidement signé entre un opportuniste ministre Douste-Blazy et les Confédérations le 2 septembre 2004 qui, s'agissant de « l'exercice chirurgical » permet « par des dispositions statutaires et indemnitaires la reconnaissance des charges particulières des praticiens en termes d'activité, de responsabilités institutionnelles ou spécifiques et de pénibilité ainsi que des actions réalisées pour la qualité et pour l'activité publique ». Concrètement, c'est l'annonce que « les praticiens bénéficieront en fonction d'une

niveau d'activité défini et concerté au niveau national avec les représentants des syndicats signataires concernés et la Fédération Hospitalière de France d'une participation pouvant atteindre **15% de leur rémunération brute**. Ce niveau sera atteint au plus tard au 30 juin 2006 avec un premier plafond de 10% mis en place dès janvier 2005. »

Comment la CPH a-t-elle pu signer un tel document, qui met en selle ce qui s'appellera la Part Complémentaire Variable, quand on sait qu'elle affirme être le défenseur de l'unicité du statut de PH ? Par un leurre : le même accord prévoyait une revalorisation substantielle de la seule astreinte, à laquelle émarge la plupart de ses mandants, pas peu envieux des avantages jusque là consentis aux activités organisées en temps continu, en application de la DE. Ce leurre est même incertain ; il est remis aux conclusions d'un groupe de travail : « Les améliorations nécessaires à ce système seront étudiées au sein d'un groupe de travail conduit par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, auquel seront conviés tous les acteurs concernés . (...) C'est pourquoi le groupe de travail devra proposer une optimisation du dispositif des astreintes avec pour objectif de majorer l'enveloppe actuelle de 15 % dès 2005. Les travaux de ce groupe feront partie des négociations qui s'ouvriront le 1^{er} octobre 2004. »

Par une vision à courte vue ? La PCV doit bénéficier aux chirurgiens certes mais aussi aux psychiatres, et les présidents des deux plus importantes confédérations sont des... psychiatres.

Le SMARNU a commis une erreur en ne dénonçant pas haut et fort cet accord, mais personne ne l'a dénoncé, même en apercevant le piège ! Alors que la nouvelle gouvernance est à peine installée et que ses textes sortiront progressivement pendant l'année 2005 (le premier, dit « Loi de simplification du droit » est adopté définitivement le 18 novembre 2004), que la grève du 7 octobre 2004 se prépare, voilà que s'ouvre pour l'opportuniste Douste-Blazy un autre chantier, celui de la déstructuration du statut de PH, avec en hors d'œuvre, l'instauration d'une Part Complémentaire Variable (PCV) destinée d'abord aux chirurgiens et psychiatres, puis aux Anesthésistes, mais devant concerner tout le monde.

Les chirurgiens obtiennent aussi la création d'un Conseil National de Chirurgie (arrêté du 15 octobre 2004) ou siègera pour l'anesthésie Pr Coriat, toute représentation syndicale autre que chirurgicale étant inconcevable. Cette technique des « Conseils Nationaux » sera la réponse standard à l'ébullition d'un secteur particulier, nous le verrons plus tard pour l' « Urgence ».

2) Le 7 octobre est donc, comme le 11 mars et le 5 juin, une journée de grève mettant face à face un ministère et une intersyndicale, la CHG/Collectif. Le ministère a certes mis en place sous l'autorité de la DHOS et de son directeur E. Couty, sincèrement effrayé par les remises en cause de l'esprit « service public » qu'impliquent la sortie des nouveaux textes, des groupes de travail où même les non signataires du protocole d'accord sont invités à siéger. Mais la technique de « concertation » a changé depuis la période 1999-2002 : les textes sont proposés pour une information avant parution, et non plus comme base de discussion pour leur éventuelle modification ! Le 7 octobre est aussi un face à face syndical opposant ce que la « presse » appellera « les Anciens contre modernes » :

« En face, les « pro réforme » présentent la situation comme une querelle d'anciens et de modernes. Dans un manifeste commun, les Drs François Aubart et Roland Rymer, qui président respectivement la CMH (Coordination médicale hospitalière) et le Snam-HP (Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics), s'expliquent :
« Aujourd'hui, dans nos hôpitaux, la responsabilité médicale est profondément remise en cause. La sur administration, la place prise par les directions de soins renvoient le médecin à un rôle de professionnel de santé parmi d'autres. Les services médicaux sont de moins en moins identifiés comme des structures de base de l'hôpital capables de répondre aux besoins des patients. Les

praticiens hospitaliers sont de plus en plus vulnérables dans leur indépendance et dans leur action, ce qui explique le malaise actuel. » Ce constat fait, les deux hommes considèrent que, pour peu que les médecins investissent « *les différents lieux de responsabilité créés* » par le projet d'ordonnance, « *le changement s'impose* ».

Contre-attaque du Collectif, qui refuse absolument d'être étiqueté comme « *ringard* » : l'urgence pour l'hôpital « *n'est pas d'instaurer la subordination (des médecins) à un ordre gestionnaire et administratif. Ce n'est pas de transformer les médecins en managers* ». Les salves s'enchaînent ; le dialogue reste de sourds... (K.P. QdM 6octobre) ».

On doit rajouter que l'INPH ne se joint pas au mouvement, mais que son opposition à l'action est moins tranchée qu'en mars, car entre temps, elle flaire d'autres dangers rendant un combat unitaire CHG-INPH indispensable, et une union avec les pseudo-modernistes aventureuse :

- d'une part des modifications à la Directive Européenne du Temps de Travail actualisée (DE 2003/88) sont proposées par la Commission Européenne à la demande entre autres de la France sous l'influence de quelques groupes de pression, dont la FHF et la Conférence des Présidents de CME des CHG (Fellinger), ce qui ulcère le SNPHAR, dont c'est un grand mérite d'avoir fait gronder sa puissance syndicale pour contribuer au combat syndical général en France pour obtenir sa traduction en termes réglementaires pour la France,
- et d'autre part le Ministère de la Fonction Publique souhaite « remettre à plat » (c'est-à-dire dévaloriser) le système de retraite complémentaire IRCANTEC, ce qui ulcère tout le monde, mais ne mobilise encore que la CPH et le Collectif.

D'autant plus aventureuse que les dates des prochaines (et dernières à ce jour) élections professionnelles s'annoncent pour le 15 juin 2005, que les CHG/Collectif partent avec un avantage lié à leur constante opposition à la déclinaison comptable de la T2A, à la mise au pas de l'Hôpital par la Nouvelle Gouvernance, et maintenant à la caporalisation du PH par les modifications du statut.

Le 7 octobre est un succès mitigé : l'absence d'unité des deux grandes intersyndicales de médecins, ainsi que l'apparente inéluctabilité de la transformation de l'Hôpital « par le haut » lassent les praticiens, qui se mobilisent peu, se syndiquent de moins en moins, et optent de plus en plus, surtout les jeunes que les attaques contre le système de retraite laisse de marbre, pour des solutions de fuite individuelle.

3) L'année 2005 sera donc une année de recul sur deux plans, celui de la discussion sur la « réforme du statut » et celui « de la réforme de l'IRCANTEC ». Ce sera une guerre de tranchée, finalement victorieuse (en mai 2009 !) sur les modifications de la DE.

Sur la réforme du statut : l'attaque est frontale, et poussée par les lobbys qui se sont sentis pousser des ailes, telle la Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier (CNDCH), qui exprime parfaitement son programme le 4 novembre 2004 :

(...) « la contractualisation de l'engagement des PH par les hôpitaux constitue l'indispensable corollaire de la réforme de la gouvernance et donc le fil conducteur de toute nouvelle construction statutaire :

- L'adéquation entre le cursus du candidat et les missions que va lui confier l'hôpital se mesure à travers un profil de poste (...) examiné par la CME au regard du projet médical puis validé par le conseil exécutif.
- Un "contrat local d'affectation", pour reprendre la formule de la conférence des présidents de CME de CH, est ensuite signé avec le directeur et le président de la CME. Il détermine les conditions d'exercice de praticien et notamment les moyens mis à sa disposition pour atteindre les objectifs fixés. Dans ce cadre sont convenus des indicateurs, y compris en matière d'effectivité du temps médical. Ceci nécessitera au préalable que soit levé le flou "artistique" autour du temps de travail des P.H, notamment en ce qui concerne la durée de la "1/2 journée".
- durée du contrat et conditions de renouvellement (ou de non-renouvellement),
- dispositions relatives à l'évaluation des compétences, au niveau d'activité requis et à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle (la loi relative à l'assurance-maladie du 13 août 2004 soumet l'ensemble des praticiens hospitaliers à ces dispositions),
- droits et obligations en matière de temps de travail en lien avec la mise en place de l'ARTTM (définition d'un temps de travail "plancher" au-delà duquel s'acquièrent de manière modulée les droits à RTT),
- prise en compte des valences (activités autres que cliniques ou médico-techniques),
- déroulement de carrière et modalités particulières de rémunération (l'intéressement, positif ou négatif, pourrait être fondé sur une modulation de la rémunération liée à l'activité, en cohérence avec le changement du mode d'allocations des ressources aux hôpitaux),
- conditions d'exercice de l'activité libérale,
- droits et devoirs en matière de formation (qui s'exerceraient dans le cadre d'un plan de formation du personnel médical arrêté au niveau de l'établissement), dans une perspective d'affranchissement de la dépendance par rapport aux laboratoires pharmaceutiques, les ressources nécessaires étant maîtrisées par les hôpitaux,
- possibilité de mise en place d'un temps médical partagé non seulement entre établissements publics mais aussi avec des établissements privés.

Ce programme sera discuté au niveau Ministère, DHOS, avec les « ersatz » de groupes de travail. La plupart des modifications seront retenues, et celles qui ne le seront pas pour la modification du statut en projet seront repris pour la Loi HPST en cours de débat actuellement. Certaines sont d'autant plus dangereuses que demandées par les anesthésistes réanimateurs et urgentistes depuis longtemps, telle la « définition horaire de la demi-journée » (cf. les Livres Blancs du SNMARHNU), ou des valences (cf. le SNPHAR), mais sont intégrées dans un tout qui ne recherche que l'optimisation de l'exploitation du temps médical dans une période imminente de déficit.

4) L'opposition à ce troisième volet de la réforme (après le T2A, et la nouvelle gouvernance) prendra un tour plus tragique dans la mesure où, sur des sujets qui touchent étroitement à la quotidienne du PH, certains seront lents à se mobiliser, et même tentés par le diable de la cupidité moderne, la Part Complémentaire Variable.

Le Groupe de Travail mis en place par le relevé de décisions du 2 septembre va en effet travailler dans la direction voulue : celle d'un mélange de satisfaction de revendications formulées depuis longtemps (revalorisation de l'astreinte, dispense possible de « gardes » à partir de 60 ans,

valences, dispositif de protection en cas de restructuration des plateaux de chirurgie, « propositions » sur l'IRCANTEC) avec le poison de la PCV.

Mais l'opposition à la PCV se structure dans les syndicats membres des confédérations INPH et surtout la CHG/Collectif qui sentent bien qu'à travers cette mesure, c'est tout le statut de PH que Douste veut « moderniser ». Une journée d'action et de mobilisation est appelée par la CHG/Collectif pour le 24 mars 2005, en appui d'une pétition à signer on-line pour la défense de l'hôpital public et de sa cheville ouvrière médicale recueillera 4 mois plus tard 5000 signatures (sur 35000 PH). Dans le cadre de la préparation à cette journée, se teint à leur demande le 13 mars une réunion entre le duo Faraggi/Bocher et le ministre. Face aux dirigeants syndicaux, les 4000 premières signatures de la pétition en main, Douste ne bouge pas, se gausse de la division entre confédérations, et les met en demeure de signer sous huitaine. Il envoie même une lettre datée du 21 mars à tous les PH pour leur expliquer sa position et les convaincre de sa bonne foi pour la défense du statut !

Malgré leur signature du relevé de décision du 2 septembre, la CHG/Collectif très ferme et l'INPH, indécise jusqu'à la dernière minute, n'en signeront pas la suite logique, le relevé de décisions du 31 mars, qui est signé par le SNAM-HP (R. Rymer) et la CMH (F. Aubart).

Ce relevé de décisions n'est pas un texte anodin. C'est bien à une refondation du statut que l'on assiste, qui trouvera concrétisation réglementaire par le décret du 6 octobre 2006.

Sont nés ce jour là, outre la carotte de la revalorisation des astreintes et le poison de la PCV : la médicalisation de la gestion à travers un nouvel organe de direction hospitalière, le conseil exécutif, l'optimisation régionale de la permanence des soins (ancêtre des CHT), la création du Centre National de Gestion (CNG), la simplification du concours de PH, les Commissions Régionales Paritaires, puis Nationale, les profils de poste, les procédures de redéploiement, et de mise en recherche d'affectation des praticiens, et les reprises d'ancienneté très avantageuses en direction des praticiens exerçant dans le privé et voulant se convertir au public. Surtout apparaît la notion de nomination locale par le Directeur local, ce qui plus encore que la PCV va déclencher l'opposition constante et résolue de la CHG, et du SMARNU, présent dans le cadre de sa Confédération, mais bien présentant sa campagne propre. Cette remise en cause du principe de l'indépendance professionnelle du médecin, asservi aux intérêts comptables de son établissement par la PCV et la menace d'une « mise en recherche d'affectation » va même émouvoir le Conseil National de l'Ordre des Médecins, peu prompt à défendre le public. Reçus mais pas rassuré par le nouveau DHOS, Jean Castex, les syndicats de la CHG, unis et individuellement, vont mener une campagne dure et longue, pour les élections de juin 2005.

5) Le SNMARHNU aura comme plate-forme spécifique, en plus des revendications de la CHG, 1) revalorisation des astreintes au même niveau que celle consentie au secteur privé (150 €), 2) élargissement de l'IRCANTEC aux astreintes, 3) amélioration des conditions d'application et de la rémunération du Temps de Travail Additionnel (TTA), 4) défense de la DE 2003/88, 5) combat pour faire accepter par la Commission sur l'organisation des plateaux techniques la spécificité des centres hospitaliers non universitaires 6) développement des Evaluations des Pratiques Professionnelles autour des activités de service.

Le résultat est décevant, et la multiplication de petites listes pour le collège anesthésie réanimation a pour effet de diminuer le score du SNMARHNU, qui perd un siège, avec néanmoins 24 % des voix. Le SNPHAR en gagne 1, avec 5 sièges, et malgré sa prétention de représenter les CHG, il ne propose qu'un seul praticien de CHG ...en queue de liste. Néanmoins, il faut constater que la masse de votants est en CHU, que même en CHG, les « anciens des CHU » conservent contradictoirement leur appartenance syndicale « CHU », que les praticiens de CHG sont isolés, vieillissants, harassés par une charge de travail d'autant plus lourde que la restructuration avance, sans adéquation entre cette charge et les moyens à leur disposition.

d) Défense de l'IRCANTEC

Voilà que depuis longtemps, le ministère pense à une refonte des prestations retraites de l'IRCANTEC, arguant du déficit démographique pour les maintenir leur taux constant.

Divers documents techniques, travaillés par la DHOS et les ministères de la Santé et de la Fonction Publique sont transmis en septembre 2005 aux Confédérations. Ils tendent à accréditer la thèse selon laquelle le système de retraite complémentaire particulier des PH est en faillite annoncée, et qu'il faut le réformer.

L'IRCANTEC, c'est 2 500 000 cotisants (moyenne de la durée d'adhésion 8,8 ans) dont 40 000 médecins dont la durée moyenne d'adhésion est de 30 ans. Ils représentent 1.6 % des cotisants mais 15 % des cotisations. Mais l'IRCANTEC a un « rendement » très bénéfique, et, l'attaque est générale depuis 4 ans contre tous les systèmes de retraite, dont le plus important, le système de retraite des Travailleurs Salariés, autrement dit, la « retraite sécu ».

Le rendement est la valeur servie du point sur la valeur d'achat et elle est alors de 15 % selon la caisse, donc que 1 € de cotisation rapporte 15 centimes par an, la durée moyenne des retraites étant de 20 ans.

Les réformateurs ministériels affirment que l'IRCANTEC serait en déficit technique (dépenses supérieures aux cotisations) en 2013, que la réserve du moment de 3 milliards € serait épuisée en 2025, date à laquelle, sans réforme, uniquement 75% des pensions pourraient être versées. Ils prônent une politique identique à celle des caisses AGIRC et ARCO chez qui le rendement est plus faible (8%). Et un principe de réforme agissant sur deux leviers : 1) augmentation des cotisations qui amènerait de la trésorerie mais ne réglerait rien dans le fond et sur la durée sans : 2) Baisse du rendement à 9 % environ.

A la louche, la réforme ferait qu'un PH entrant dans la carrière à ce jour et qui aurait engrangé avec l'ancien barème 86 000 points n'en aurait plus que 53 000 avec le nouveau régime.

Il se forme alors, ce qui semblait impossible après le 31 mars, une unité syndicale entre les 4 Confédérations, pour demander des comptes à l'IRCANTEC et aux pouvoirs publics. Il apparaît intolérable que la fragilité de notre régime de retraite complémentaire leur ait été si longtemps cachée. Une lecture argumentée et contradictoire des éléments financiers et démographiques qui péjoreraient à ce point l'avenir du régime et justifieraient dès maintenant d'aussi importantes mesures correctrices est exigée.

Il apparaît que les 35000 Praticiens Hospitaliers (PH) et leurs organisations ne pourront que s'opposer à une telle détérioration de leur retraite complémentaire, détérioration particulièrement sensible pour les débuts de carrière pour les retraites desquels la décote pourrait être de 30%, et qui sauront se mobiliser très rapidement.

Cette unité syndicale ne sera pas une unité de façade. Elle sera réelle sur ce sujet, et ce d'autant plus que les dispositifs de suivi de l'accord du 31 mars ne seront pas mis en place, que les contrats PCV ne seront ni proposés par des Directeurs qui ne veulent pas être les premiers à franchir le Rubicon (aucun contrat-type ne sera même rédigé par la DHOS !) ni exigés par les chirurgiens qui auront à cœur de développer leur secteur privé à l'hôpital plutôt que de signer un pour une PCV aléatoire. Car les concepteurs de la PCV (O .Boyer, conseiller au ministère) ont tiré dans le dos de leur propre mesure : la PCV ne sera accessible qu'aux praticiens n'ayant pas de secteur privé ! Or, 99 % des chirurgiens ont opté pour le secteur privé. De plus, par la

« variabilité » de sa nature la PCV a de plus l'inconvénient d'augmenter une année, puis éventuellement de diminuer l'année suivante !

Devant ces contradictions, les signataires ne reconnaîtront jamais cependant les erreurs de jugement, les ruptures principielles, et ne chercheront qu'à effacer un passé sans autocritique par le combat unitaire IRCANTEC, ce qui les amènera plus tard à accepter le volet final, la Loi Bachelot, qui n'est qu'un prolongement de l'accord du 31 mars.

Le SNMARHNU, comme les autres syndicats, réclame (15 novembre 2005)

« Que voulons-nous au total ?

1. Nous voulons un taux de remplacement de 70% mini (Régime de base + IRCANTEC) lors de la liquidation de pension de retraite, chiffre au demeurant inférieur à nombre de fonctionnaires de l'Etat & des collectivités locales ou de la fonction publique hospitalière. Ce chiffre doit être utilisé comme base évaluative.
2. Nous voulons une représentation proportionnelle à l'IRCANTEC et un fonctionnement paritaire ;
3. Nous voulons des évaluations tous les 4 ans des perspectives démographiques pour l'IRCANTEC tenant compte de la composition démographique particulière des cotisants ;
4. Nous voulons que cessent les ponctions type-balladurienne, ou type mitterrandienne, ou de la SS, qui ont permis aux réserves IRCANTEC de réduire les déficits d'autres caisses ;
5. Nous exigeons le respect = comment un Ministre peut-il ne s'engager sur rien et faire dire à un de ses conseillers 1) que la réforme passera 2) qu'elle va se faire dans le temps du calendrier fixé c'est-à-dire au 31 décembre 3) qu'un groupe de travail se réunira d'ici la fin 2005 pour faire l'état des répercussions sur la retraite des PH et à partir du début de l'année (une fois la réforme passée !) étudier les adaptations possibles. Et de toute façon 4) que les syndicats de médecins hospitaliers sont mous et ne sauront pas mobiliser ! »

Ces sera la grève du 8 décembre, et les mobilisations de 2006 associeront à d'autres éléments la préoccupation IRCANTEC :

- « mobilisation » le 6 avril 2006, contre le projet de décret CNG et la menace annoncée de nomination des PH par les directeurs, qui est une action unitaire de la CHG devenue le 1 février la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH), comme indiqué plus haut, et l'INPH qui représentent 80% des PH depuis les dernières élections;
- Grève Le 11 mai, encore contre la nomination locale des PH promise par une modification du CSP, et encore unitaire CPH/INPH sans le SNPHAR, sur fond de rapport Vallencien sur les chirurgies des petites structures ;
- Puis le 8 juin, nouvelle grève contre la même chose, et un refus de la PCV, prévue par le projet d'arrêté relatif à la part complémentaire variable de rémunération au 5° des articles D.6152-23-1 et D.6152-220-1 du Code de la santé ; grève à laquelle participe l'INPH, et donc le SNPHAR ;

Le successeur de Douste Blazy, Xavier Bertrand, n'est pas homme à lancer des négociations. Après M. Mattéi qui a lancé Hôpital 2007 au pas de charge sans écouter, M. Douste-Blazy qui écoutait mais oubliait ses engagements, voici M. Bertrand qui se révèle insaisissable pour des négociations improbables.

Tout cela dans un cadre de réforme du financement des établissements publics. Depuis le 1^{er} janvier le financement des hôpitaux est à 35 % soumis aux nouvelles règles de la tarification à l'activité ("T2A"), fondées sur les recettes des actes pratiqués; puis ce sera 50 % en 2008 et 100% en 2012 Une échéance "*qu'il n'y a pas lieu de retarder*", considère le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie dans un avis du 23 février.

Puis, après deux ans d'attente, début de discussions au pas de charge, sans le temps de réflexion ou de concertation, pendant l'été 2008, avec, au final sortie-surprise de l'arrêté du 23 septembre 2008. La messe est dite. L'ensemble des PH est choqué, quel que soit leur appartenance syndicale, ou non syndicalement affiliés, par le manque de respect pour la cheville ouvrière médicale de l'hôpital, le PH. Parce que les Universitaires (PU-PH) ont réussi à obtenir des compensations par affiliation à une troisième caisse de retraite, ce que les syndicats ont réclamé pour les PH tout l'été.

La grève extrêmement bien suivie des 16 et 17 octobre 2008 appelée par les 4 Intersyndicales classiques à l'initiative du SNPHAR apparaîtra comme un mouvement défensif, ne sera pas médiatisée comme a pu l'être celle des gardes de la Fédération de la Permanence des Soins, et ne fera bien sûr pas bouger les ministères concernés (Santé et Fonction Publique).

Elle n'empêchera pas la sortie de l'arrêté du 30 décembre 2008, qui dévalorise le point IRCANTEC à un niveau comparable aux autres systèmes de retraite complémentaire, malgré une réserve de trésorerie au moins flatteuse.

e) La lutte contre la Part Complémentaire Variable

1) Le 2 décembre 2005, le SNMARHNU est devenu le SMARNU (Syndicat des médecins Anesthésistes réanimateurs non universitaires), a changé de logo, et modernisé son site. Pourquoi ?

- Essentiellement pour tenir compte d'une donnée sociologique fondamentale de notre recrutement, que les PH sortent maintenant exclusivement du DES (les ex-CES seront bientôt minoritaires et tous « quinquas » minimum) ;
- Malgré leurs imprégnation "universitaire", ils se sentent PH plus qu'universitaires même en CHU, et bien sûr en CHG (catégorie qui d'ailleurs n'existe plus, suite à la modification de la dénomination des hôpitaux en une catégorie unique : les Etablissements Publics de Santé (loi de réforme hospitalière de 1991) ;
- Le Praticien Hospitalier Temps Plein n'est plus seul : d'autres praticiens relevant d'autres statuts (PH temps partiels, assistants et praticiens contractuels, assistants associés) doivent être défendus, leurs intérêts représentés.

Le 2 octobre, le SMARNU change de président, et cette nouvelle présidence aura tout de suite trois objectifs :

- Structurer le refus de la PCV en construisant une opposition durable basée sur de nouveaux acteurs ;
- Dépasser le refus de la PCV en faisant prendre conscience à ces acteurs de leur rôle et intérêts communs dans le cadre de leur position particulière dans le processus de soins à l'hôpital, celui de la permanence des soins hospitalière
- Formaliser cette opposition en une Fédération de la Permanence des Soins Hospitalière.

Simultanément, il faudra défendre la DE et partager les préoccupations et combats des médecins salariés progressistes européens en intégrant la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS), et entreprendre une adaptation programmatique conforme à la nouvelle période (5^e Livre Blanc).

2) Dans sa lettre à « XB », le SMARNU dit qu'il refuse « l'introduction d'une part complémentaire variable comme élément d'émolument, surtout si elle est contractualisée et basée sur un engagement d'efficience. Pire encore, si cette PCV est inscrite d'office dans le profil de poste déposé au Centre National de Gestion (C.N.G.); - l'affectation et surtout la désaffectation (« mise en recherche d'affectation d'office ») par des autorités intimement liées au directeur d'Etablissement Public de Soins, et non contrôlées par la communauté médicale, dans un monde où la nouvelle motivation de gestion des EPS n'est pas prioritairement la satisfaction de besoins en santé publique mais l'équilibre financier de l'hôpital (EPRD) » (1 juin 2006)

Le décret du 6 octobre 2006, reformant le statut de PH, introduit formellement cette PCV, pour les chirurgiens et les psychiatres, conformément au relevé de décisions du 2 septembre 2005 et prévoit la sortie d'arrêtés permettant son application en fonction de critères n'ayant plus rien à voir avec la pratique chirurgicale, mais avec la collaboration d'autres spécialités dont l'anesthésie réanimation.

Après des contacts exploratoires, les trois syndicats qui se reconnaissent le mieux comme vivant la permanence de l'hôpital public, donc participant activement à la permanence des soins, l'AMUF, le SNPHAR, et le SMARNU se réunissent (à l'initiative de ce dernier) pour établir une opposition commune. Ce sera le début d'un développement formidable qui voit la hiérarchie de la représentation syndicale quadripartite régnant sur les PH depuis bientôt 15 ans remise en cause.

Le motif est le refus catégorique de la PCV, et la future Fédération de la Permanence des Soins Hospitalière (FPSH) donne sa première conférence de presse dans le café la « Liberté » aux portes du CHU St Antoine le 14 décembre 2006 avec le texte suivant (extraits) :

« A la lecture des textes, confirmant les notes et rapports ministériels, elle apparaît

- Dispendieuse, car exerçant une pression sur les acteurs, surtout les chirurgiens, pour qu'ils produisent des actes, à l'utilité médicale non garantie, remboursés par la Sécurité Sociale à un Hôpital malade de son financement par la T2A, le tout dans un contexte de déficit de la Sécurité Sociale, et de crédits à la Santé corsetés par l'ONDAM ;
- Injuste, car ne bénéficiant par un budget approprié qu'à deux spécialités, et ce avec une rétroactivité des mesures au 1 juillet 2005. Les autres spécialités ne bénéficieront d'une extension du dispositif qu'à partir de 2007, sans budget garanti, et sur des critères tellement imprécis qu'ils sont inapplicables ;
- Injuste encore, puisque les chirurgiens ne bénéficieront de ces « dispositions » que s'ils ont respecté des pré-requis qui relèvent précisément du travail et de la responsabilité des anesthésistes-réanimateurs (antibioprophylaxie, anticoagulation, hospitalisation ambulatoire...);
- Inutile, puisque les chirurgiens à 99% bénéficient déjà d'un secteur libéral lucratif à l'Hôpital Public, qu'ils préfèrent fructifier aux dépens du secteur public, dont les urgences, secteur constamment menacé par la démedicalisation et la surchauffe dû à l'afflux de patients abandonnés par une médecine de ville épuisée ;
- Nocive, car introduisant une variable de revenus inégalitaire propre à désolidariser les membres d'une même équipe, en particulier au bloc opératoire ;

- Nocive encore, parce qu'inscrite dans le « profil de poste » défini par les récentes modifications du statut de PH, la PCV risque de pousser les jeunes candidats vers un système véritablement taillé pour le profit, le privé.
- Nocive enfin, parce que les conditions de sécurité imposées à l'hôpital public, en particulier aux Anesthésistes-Réanimateurs, se trouveront en contradiction avec les impératifs de productivité de chirurgiens se battant pour « quelques \$ de plus ».

Sans nier les dysfonctionnements retrouvés dans certaines structures, nous pensons que la PCV ne répond pas aux défis de l'Hôpital public moderne :

- Démédicalisation démographique et géographique,
- afflux inégalé de patients dans les structures d'urgence,
- investissement nécessaire en personnels médicaux et non-médicaux de qualité,
- investissement en matériels associé à une restructuration de l'offre de soins,
- développement de coopérations avec le privé en particulier dans le domaine de la permanence des soins.

Rendre l'Hôpital plus attractif ne passe pas par une « prime d'intéressement ».

La PCV n'éloignera pas les médecins qui ont perdu la foi en leur mission d'exercice public.

Par contre, elle va désespérer tous ceux dont l'action efficace, permanente, et souvent épuisante, n'est pas réductible à des « actes » et donc ne sera pas reconnue.

Les syndicats de la permanence des soins, anesthésistes-réanimateurs et urgentistes se retrouvent aujourd'hui ensemble parce qu'ils sont en première ligne de cette non-reconnaissance de la part des ministres de la santé successifs.

Les signataires ci-dessous refusent toute PCV, et parce que nous considérons que la santé est un bien méritant un meilleur traitement que celui appliqué à la production industrielle, nous exigeons le retrait des projets en cours.

Nous réclamons une reprise de négociations sur le dossier de la permanence des soins (son organisation territoriale, ses coopérations, la rémunérations des gardes et astreintes).

Nous réclamons des incitations financières forts propres à corriger les inégalités démographiques géographiques, et entre spécialités, et à reconnaître l'investissement des praticiens dans les missions transversales.

Nous réclamons des négociations sur l'avenir de nos retraites, élément autrement plus fort de l'attractivité pour le public qu'une PCV inapplicable. »

Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF)

Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs non Universitaires (SMARNU)

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers en Anesthésie-Réanimation (SNPHAR)

Le SMARNU sera précis et les revendications seront reprises par tous. Les échanges de mel, les Communiqués de presse, les déclarations sur site donnent par exemple ceci

13 février 2007 : Le SMARNU fait partie de la délégation de la CPH accueillie à la DHOS le 13 février. REVENDICATIONS DU SMARNU !!!

1) Non à la PCV pour les chirurgiens, puisque a) elle est basée sur une productivité accrue des seuls chirurgiens, sans qu'il soit tenu compte que les AR entre autres

participent autant et sinon plus à la prise en charge globale des patients en péri-opératoire (d'ailleurs de nombreux critères retenus ne sont pas d'ordre chirurgical) b) le principe d'une rémunération complémentaire basée sur l'acte, et la productivité, sont contraires à l'intérêt du service public puisque sur l'acte il peut être refusé (contrat libre entre le patient et le médecin), et sur la productivité il peut être à l'origine d'entorses aux règles de sécurité et d'hygiène c) c'est le premier pas vers une rémunération à l'acte des PH préconisée d'ailleurs par le rapport Berland, alors que pour les médecins de la Permanence des Soins, une grande partie de leur temps de travail est du TRAVAIL A TEMPS CONTRAINT (et donc fort peu rémunérateur dans ce schéma) par rapport au travail à temps choisi pour ceux dont l'activité se fait par programmation ou RV.

2) Augmentation du tarif des gardes au niveau de ce qu'est (depuis juillet 2006) le tarif de l'astreinte pleine (3 h ou plus dans les 2 parties de la nuit) soit 460,43 € avec conservation du "repos quotidien" le lendemain conformément au Décret Européen si la durée de travail a été de 24h, signifiant la reconnaissance de la servitude de la "garde" sur place.

3) Augmentation de l'indemnité forfaitaire de l'astreinte de sécurité à un niveau comparable à ce qui a été consenti aux privés (150 €)

4) augmentation significative du salaire des praticiens hospitaliers non augmenté depuis 2001 (hormis les mises à niveau annuelle) pour améliorer l'attractivité de la carrière hospitalière parmi les jeunes tentés par le secteur privé; si nécessaire en augmentant surtout le salaire indirect (part patronale à la cotisation retraite; cela ne nous fait pas sauter de tranche d'impôts et assure contre une dévalorisation de l'Ircantec)

5) passage du Samedi matin en permanence des soins, comme pour les libéraux (auxquels cela a été consenti le 23 décembre 2006)

6) divers points = financement de l'EPP (où en est-on?), passage du financement de la FMC à 7% de la masse salariale des PH (contre 3.5 maintenant) et le grand classique CPH = ouverture de négociations sur l'avenir de l'IRCANTEC et de nos retraites en général (P Faraggi aime ce sujet+++)

L'arrêté du 28 mars 2007, intronisant le mode d'emploi de la PCV, déclenche la fureur des 3 syndicats à l'origine de son refus. Ils organisent une grève, dite « Hôpital mort », le 13 avril 2007, qui sera un succès éclatant, vu le rôle central des praticiens qu'ils représentent dans le fonctionnement de l'hôpital. Ils feront ensuite tout pour saboter son application en réclamant des critères d'application, avec l'appui de la SFAR, impossibles à satisfaire. A ce jour, pas plus d'une vingtaine de contrats de PCV ont été signés ! La CPH et l'INPH seront contraints de se rallier à cette journée (c'est le monde à l'envers !), les SNAM-HP et la CMH la dénonceront. Malgré la discrète embellie procurée par l'opposition à la réforme cavalière de l'IRCANTEC, un rideau d'invectives et de mépris sépare dorénavant deux groupes syndicaux, qui prétendent tous les deux défendre le service public : le premier constitué par la CPH, l'INPH et la FPSH qui défend le service public par celle des hommes et du service médical rendu selon des principes

démocratiques ; le second constitué par la CMH et le SNAM-HP qui défend le service public par l'organisation et la procédure, axés sur la rentabilité et la gouvernance autoritaire.

f) la belle vie à l'hôpital !

1) Le SMARNU ne prétend pas changer d'appartenance confédérale, quitter la CPH, mais la crise sanitaire nationale, s'est focalisée autour de l'accès aux « urgences ». La médecine ambulatoire libérale (dite « générale ») ne joue plus son rôle dans la permanence des soins car :

- les médecins « libéraux », contre tout engagement hippocratique, n'ont plus obligation à y participer (le volontariat est autorisé) ; la dénonciation de cet état de fait objectif par Patrick Pelloux, médecin-urgentiste et figure emblématique de la FPSH, lui vaudra un procès intenté é par la Chambre Disciplinaire du Conseil National de l'Ordre, contentieux ubuesque quand on sait que la presse dénonce en des termes encore plus rudes le comportement du corps médical, et dont il sortira vainqueur bien entendu, avec l'aide d'une campagne médiatique spontanée et de la solidarité du corps social ;
- la liberté d'installation est totale créant des déserts médicaux depuis 10 ans ;
- l'exercice « libéral » ne tente plus les jeunes médecins, qui se tournent vers l'exercice salarié non spécialiste en institution ;
- les tarifs « opposables » négociés entre les partenaires sociaux ne sont plus appliqués dans les grandes villes, rendant l'accès aux soins plus difficiles pour les couches défavorisées de la population, justement là où la pénurie en nombre absolu de médecins est la moins criante ;
- Même les institutions de soins de moyenne et longue durée ne médicalisent plus, et c'est là une des défaillances relevées au cours de la canicule de l'été 2003, où les maisons de retraite déversaient leurs pensionnaires aux «urgences » sans compter, aboutissant en plein été, et donc période de fermeture de lits, à une saturation des services d'urgence et de MCO. Résultat 15000 morts, dont nombre dus à des défauts structurels de soins ;

Les « politiques » s'alarment, la presse témoigne sans arrêt, mais surtout le public prend conscience, se mobilise, et parfois à tort, par exemple pour le maintien de l'ouverture de plateaux techniques dont l'inefficacité est criante, et les arguments en faveur de leur regroupements irréfutables (Carhaix, St Affrique, Bitche, Clamecy...). Un fossé se creuse entre le corps médical et le corps social, les médecins accusés de bien tirer leur épingle par chantage à une époque où la situation économique est tendue, imposant des restrictions de prise en charge en maladie, des atteintes au système de retraite, et bientôt aux droits des chômeurs.

2) Les médecins urgentistes et les anesthésistes réanimateurs vont sauver l'honneur de la profession médicale surtout pendant la grande grève de 2008 menée par la FPSH qui se « légalise » à ce moment, bien plus que les prouesses techniques d'un quelconque greffeur de visage (honneur professionnel à celui-là dont nous ne sous-estimons pas le talent, mais qui ne remplace pas un positionnement social), ou d'aventuriers humanitaires, appendices et cautions d'interventions militaires, ou encore perçus comme doux rêveurs qui savent voir le malheur quand il est loin, mais pas dans les banlieues déshéritées, les zones de transit (Calais, Boulogne), les campagnes gagnées par l'isolement et la solitude, les maisons de retraites pitoyables. D'ailleurs les « série télé » feront plus pour les valoriser que le gouvernement, le CNOM ou leurs propres collègues !

Ce regroupement n'est pas non plus fortuit : il regroupe les médecins de spécialités à la fois interface avec le public, depuis dix ans en crise « pendante » démographique, et dont la position dans le processus de soins est tel que toute baisse, toute défaillance retentit sur l' « amont » et l' « aval » de manière décuplée. Au lieu de tenter de résoudre cette crise des vocations et du recrutement par une restructuration, une amélioration de l'attractivité de carrière des PH par leur revalorisation sociale et financière, le ministère injectera à la suite de la « canicule » des fonds importants (plusieurs millions d'euros) dans l'infrastructure et la « gouvernance » qui seront sans effet sur la médicalisation jusqu'à ce jour (le développement exponentiel d'un intérim médical hors de prix dans ces secteurs est là pour en attester !)

Enfin, les intersyndicales que l'on appellera dorénavant « classiques » ne défendent pas la permanence des soins à hauteur de ce qui est indispensable. Tirillées entre différents intérêts, c'est l'opposition entre les « étages » et le rez-de-chaussée » selon le bon mot de Marc Giroud, président de SAMU de France qui rejoindra rapidement l'association en formation. Les PSPH du Symhospriv, dont les médecins urgentistes des Hôpitaux Privés à but non lucratif participant au service public enrichiront à leur tour de leur « éclairage » privé non lucratif le regroupement, né dans l'action car ils vivent la même chose ! Quoi de plus naturel qu'une fusion-association basée sur les mêmes intérêts et modes de vie professionnels !

Donc les spécialités nobles, souvent à « secteur privé » hospitalier et de formation « internante », à qui on ne refuse aucun investissement tant leurs actes sont devenus T2A-rémunérateurs ignorent et vont mépriser la « soute » de l'hôpital qui sont payés par des fonds MIG (Mission d'intérêt général), n'ont pas de secteur privé, et dont le travail est reconnu pénible d'après les définitions des organismes internationaux (travail posté, cadencé, sous contraintes de lieux d'intervention multiples, et de multiples donneurs d'ordre simultanés dans un déroulement saccadé de la journée, avec son retentissement sur les constantes physiologiques, l'irrégularité des biorythmes, l'inversion des rythmes d'éveil/sommeil). Le concept de « pénibilité » est défini, et ce sera un point d'achoppement supplémentaire entre les premiers et les seconds, toutes les catégories médicales se prévalant d'une quelconque « pénibilité » pour en percevoir les dividendes.

3) La rupture n'est pas institutionnelle (syndicats, représentation dans les commissions, comportement devant les « politiques »). C'est plus grave : elle est devenue psychologique, source d'affrontements quotidiens sur les lieux de travail, verbaux et physiques, parodiant la « lutte de classe », et surtout source de mépris dans l'organisation des soins.

Les chirurgiens méprisent les anesthésistes « incapables » et « jamais là » (depuis qu'ils bénéficient du « repos de sécurité » pourtant requis par la loi, et indispensable physiologiquement) dans des lettres publiques insultantes de Laurent Sedel, de Vallencien, et il faut toute l'autorité de la SFAR pour remplacer l'émotivité chirurgicale puérile par l'objectivité professionnelle. Les médecins récusent la place des anesthésistes réanimateurs dans les réanimations et prétendent être les seuls à être compétents pour assurer cette tâche, et ont depuis 15 ans organisé des services de « réanimation médicale » concurrents des réanimations chirurgicales et maintenant cherchent à renvoyer les anesthésistes au bloc opératoire ! Toutes les spécialités des étages accusent les « urgentistes » d'incompétence, de non implication dans les soins, même quand la mise en place d' « unités d'hospitalisation de très courte durée » gérées par les urgentistes se généralise pour désengorger ces mêmes « étages » de patients admis en urgence qui concurrencent l'admission des malades « nobles » issus de la consultation.

Pire encore : l'exercice de la médecine est devenu difficile surtout dans les services d'accueil des urgences qui ressemblent de plus en plus à des « cours des miracles », impliquant agressions

verbales et physiques de la part de malades contraints d'attendre des heures avant d'être pris en charge. Il est devenu difficile pour les anesthésistes réanimateurs qui doivent jongler avec la désorganisation des blocs, le non-respect par certains chirurgiens du décret de 94 de sécurité anesthésique, les indications chirurgicales indignes pour remplir des plages opératoires gages de leur productivité T2A ; pour tous, il y a aussi maintenant les échelons intermédiaires de l'encadrement (les « cadres de santé ») qui sont progressivement devenus les relais indispensables du Conseil Exécutif, se réunissent constamment souvent à l'insu des équipes médicales pour rédiger les « projets de service » ou « de pôles », mettre en place des « procédures » aussi ubuesques qu'injustifiées (protocoles rigides : appel au brancardage, ouvert au cadre et à personne d'autre par exemple) et cassent le concept vivant d' « équipes ». Ces cadres isolent les médecins, ou en sélectionnent quelques uns qui rejoindront la co-gestion, donnant une caution médicale aux pires élucubrations (songeons à l' « informatisation des systèmes d'information », en clair aux prescriptions informatisées, selon des logiciels éloignés de la pratique réelle et terriblement chronophages) puis rejoindront les rangs des chefs de pôles nommés par le directeur ! Le déficit médical sera aggravé, mais pour la bonne cause !!

La vie est devenue belle dans les hôpitaux ! La conséquence est quasi immédiate : les spécialités pénibles deviennent le terrain d'investissement des « boîtes d'intérim », et des « mercenaires » investissent les services d'urgence et d'anesthésie, au point d'en constituer dans certains endroits 75% de la force de travail médicale. Des PH démissionnent pour entamer un bout de chemin plus lucratif en « intérim », des « anciens chefs » se dévalorisent en refusant l' « installation » que ce soit en secteur privé (qui s'est mis à embaucher, mais difficilement, vu les contraintes de productivité imposées aux professionnels par des groupes financiers propriétaires aux abois à la recherche d'un bénéfice annuel à 2 chiffres !) ou en secteur public. Mieux encore, au vu et au su de tout le monde, surtout d'un ministère tenu informé par la FPSH quasi-quotidiennement, des PH ou chefs de clinique titulaires passent leurs congés en faisant des « ménages » au mépris de tout règlement (ils sont tenus de n'être employés que sur leur lieu d'affectation) et surtout de toute réglementation : ils travaillent après des « gardes » pendant leur repos de sécurité, doublonnent des revenus d' « intérim » avec leurs revenus de congés, et même assurent un emploi fixe avec des remplacements longue durée ailleurs par « arrangements » de leur temps d' « obligation de service » !

g) La révolte et l'espoir ! La FPSH

Tant de délitement de la notion et de l'application de service public entraîne une énorme réaction : ce sera la mobilisation de la Fédération de la Permanence des Soins. Cette mobilisation est née de la situation objective décrite ci-dessus et de l'autisme du nouveau ministère Bachelot, de ses conseillers ignares ou détachés du réel, c'est selon, du contrôle par l'Elysée de tous les faits et gestes de ses ministères, c'est sûr. Parmi ces objectifs, l'Elysée a en tête la production d'une « grandissime » loi sur l'Hôpital, qui parachèverait 10 ans de réformes éparses en un tout gravé dans le marbre, et dans le sens d'une corporisation des hôpitaux-entreprises, et d'une caporalisation définitive de ce qui en est l'âme : le corps médical.

A force d'être « baladés » d'un bureau à l'autre, que les signaux d'alerte ne soient pas perçus, les acteurs de la FPSH se lancent dans la plus grande grève des soins que l'hôpital ait connue. La FPSH agrègera autour d'elle un énorme capital de sympathie auprès du public, des médias, des organisations syndicales de personnel et d'association de malades. Pendant deux mois, la grève des « gardes » débutée par l'AMUF le 25 décembre 2007 et rejointe par le SNPHAR et le SMARNU le 3 janvier 2008, va mettre la pression sur la DHOS, qui sera contrainte de reconnaître la Fédération et ses revendications par le protocole de sortie de crise du 7 février

2008 qui suspend le mouvement, puis, l'engagement ministériel restant tiède et le mouvement ayant été « dé-suspendu », par le relevé de conclusion du 21 mai 2008.

Il est trop tôt, psychologiquement parlant, pour faire une étude historique du mouvement. Des crises, il y a eu, pendant ces semaines où chaque jour comptait pour une semaine, tellement le rythme était fou. En particulier, les négociations pour le paiement de jours CET, dont l'accumulation par les PH avait pris des proportions ahurissantes, et mis en lumière par un rapport Acker. Les « Intersyndicales Classiques » avaient pensé détourner l'attention de la presse, et des PH, en négociant un accord le 16 janvier, qui se révélera catastrophique, le jour CET payé l'étant au même prix que 7 auparavant (300 € la journée), et sur un contingent limité de jours, et avec une datte de fin d'effet au 31 décembre 2007. Laissant l'avenir du système en plan, et ne prévoyant pas de financement au cas où les Hôpitaux, qui étaient censés avoir abondés les comptes CET, mais ne l'avaient pas fait, se verraient précipités en cessation de paiement, la demande d'indemnisation eut-elle été trop importante.

Une grève des soins non urgents prévue le 16 janvier par toutes les composantes de la Fédération se fera sans le SNPHAR, qui lève son mot d'ordre à la dernière minute, parce que l'accord CET est signé. Mais, il s'agit de désaccords internes à ce syndicat qui sont la cause de ce couac, et pas des interlocuteurs SNPHAR fermement et sincèrement impliqués dans le combat FPSH. D'ailleurs, ils proposeront, et tout le monde suivra, pour une deuxième grève le 24 janvier, qui sera un succès. Il faut noter, que ces mouvements auront pour effet durable de rapprocher les acteurs, avec diffusion d'un doux parfum d'association permanente, sinon de fusion.

Le SMARNU sera, comme les autres composantes au cœur de la mobilisation, et, à un moment, il sera même question de sortie des « Intersyndicales classiques », CPH et INPH. Leur silence est assourdissant et contraste avec l'agitation médiatique quotidienne : télévisions, radios, journaux sont présents tous les jours pour interviews, reportages, commentaires, débats sur plateaux téléés. Une nouvelle génération de « militants » naît, qui fera notre bonheur dans les années à venir, car nourrie au doux lait de la contestation, de l'imagination, de la solidarité, de la fraternité que seule apporte la « lutte » ;

Le programme, au départ décousu, fait la part belle aux mel, nouveau moyen de communication rapide.

Par exemple, pour le SMARNU :

« Il faut axer sur les revendications : (9 mars 2008)

- sur la cessation progressive d'exercice avec maintien du salaire complet pour les professions à contraintes élevées (le but étant de maintenir le stock de professionnels en exercice le plus longtemps possible, mais pas avec les mêmes obligations qu'à 30 ans) ;
- le départ possible à la retraite plus tôt à taux plein (en fonction du schéma proposé par l'AMUF, de 1000 gardes = 1 an de départ plus tôt) mais c'est rare dans nos métiers ;
- des congés supplémentaires (mais quand on sait que beaucoup d'AR et d'urgentistes ne prennent même pas ceux qu'ils ont sous prétexte de maintenir à flot un système qui les remercie en leur tapant sur les doigts) ;
- Là aussi les regroupements par territoires de manière à avoir un nombre mini de PH par équipe (8 ?) permettant tout simplement de profiter des droits déjà existant ;

Ce qu'il faut éviter, c'est l'argent "sec", qui ne réduit en rien la pénibilité. »

Le programme revendicatif est concentré axé sur trois thèmes :

- revalorisation de la permanence sur place, et de l'astreinte ;

- reconnaissance et compensation (non financière) de la pénibilité ;
- et surtout définition du temps de travail, avec revalorisation des heures supplémentaires.

En annexe, est reproduit le corpus revendicatif qui sert de base de discussions pour la signature de relevé de conclusions du 21 mai 2008.

Ces thèmes restent d'actualité, parce que rien ne sera véritablement acté, la « grandissime loi » étant présentée en Juin 2008, et occupant tous les esprits depuis lors. Néanmoins, ils devraient rapidement resurgir dès les textes sortis.

Depuis Courtine et son travail de nuit = travail de jour, tout est affaire de combat et d'endurance.

Dr James Brodeur, Pdt SMARNU (écrit entre les 21 et 30 mai 2009)

Revendications

I 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'accès uniques à une indemnisation pour la pénibilité cumulée ;
- 3) associer la validation de ces critères d'accès 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 tlph = 1
déplacement)

= permanence sur place (psp) : 40 unités-ppsp 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 multisite 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)

- 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) 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)
- 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

II Indemnité de sujétion

Indemnise la pénibilité immédiate.

Montant identique pour tous les praticiens (hospitalo-universitaire, praticien hospitalier, praticien attaché)

Pour une durée de travail minimum de 39 h :

1) Quel est le salaire annuel brut moyen du PH TPLEin (J.O. 9/3/2007) ?

Salaire annuel 13^e éch + salaire annuel 1^{er} éch /2 = 87095,19 + 47962,99 /2 = 67529,09 €

2) Quel est le salaire horaire brut moyen du PH TPLEin (si les obligations de service sont limitées à 39 h/sem soit 702 h/quadrimestre d'obligation de service) ?

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

Salaire par quadrimestre / 702 h = 32,07 €/h

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

3) Quel est actuellement le tarif de la permanence sur place (avec l'intégration indiscutable de la garde dans le temps d'obligation de service avec un maximum de 48 h / hebdo).

La permanence sur place a une durée maximum de 14 h (18h30 à 8 h30) :

- a) salaire horaire = $32,07 \times 14 = 448,98 \text{ €}$
- b) 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 Temps de Travail

A) Durée légale et heures supplémentaires

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 durée légale du travail doit être de 39 heures. Le paiement des heures supplémentaires est à 127% du tarif horaire (fonction de l'échelon au statut de PH) entre 39 et 48 h

4. Au-delà de 48 h (opt-out), les heures supplémentaires sont sur-payées à 150 % du tarif horaire (fonction de l'échelon au statut de PH) ;

B) Les Obligations de Service doivent couvrir la Permanence des Soins en priorité

Le temps de travail déclenché au-delà des obligations de service, comptabilisé en heures supplémentaires, doit être tout entier situé dans les horaires diurnes, et affecté uniquement à la continuité des soins, sans être affecté à la PsP, qui doit toute entière relever des « obligations de service ». (contrairement aux termes de la lettre Oberlis du 15/11/2005)

B) Le tableau de service est obligatoire et horarisé

Il permet le décompte des obligations de service, le déclenchement des heures supplémentaires, et la non-confusion entre Heures Supplémentaires et permanence sur place.

Seule la production de ce tableau de service administrativement et légalement opposable permet l'abondement des CET et Compte Pénibilité, et le déclenchement d'heures supplémentaires.

Il est à la fois prévisionnel et réalisé.

IV Astreinte

Le niveau d'astreinte est unique, toutes les astreintes étant portées au niveau de l'astreinte opérationnelle actuelle.

Les déplacements sont payés et comptabilisés dans le temps de travail, pour le déclenchement éventuel d'heures supplémentaires (travail effectif).

La notion de « demi-garde » doit être 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

Une transparence absolue est requise (traçage).