

N°42

LA LETTRE SYNDICALE



Revue du Syndicat National
des Médecins
Anesthésistes-Réanimateurs
des Hôpitaux
Non Universitaires

WWW.SNMARHNU.ORG

DECEMBRE 2001



CONSEIL D'ADMINISTRATION (Année 2001-2002)

Président :	Dr. VIGNIER - CH Mantes-La-Jolie(78021)	Hop. 01.34.97.40.00 - Sec. 01.34.97.41.10 Fax 01.34.97.41.14 - E-mail : vignierm@aol.com - Bur. : 01.34.97.41.11
Vice-Présidents :	Dr. BRODEUR - CH Bourges (18000)	Hop. 02.48.48.48.48 - Sec. 02.48.48.49.14 Fax 02.48.48.48.13 - E-mail : james.brodeur@wanadoo.fr
	Dr. GIRAUD - CH Thionville (57312)	Hop. 03.82.55.82.55 - Sec. 03.82.55.81.90 Fax 03.82.55.81.92 - E-mail : EGIR57@aol.com
	Dr. PERUCHO - CH Perpignan (66000)	Hop. 04.68.61.66.33 - Sec. 04.68.61.65.19 Bur 04.68.61.68.66 - E-mail : pierre.perucho@ch-perpignan.fr Fax. 04.68.61.69.89 - SR : 04.68.61.67.45
Secrétaire Général :	Dr. VALERI - CH La Ciotat (13600)	Hop. 04.42.08.76.00 - Fax 04.42.71.44.64 - E-mail : Chlc.anes.rea@online.fr
	Dr. GOUWARD - CH La Rochelle (17000)	Hop. 05.46.45.50.50 - Sec. 05.46.45.51.51 - Fax : 05.46.37.41.47 E-mail :daniele.gouward@wanadoo.fr - Bur. 05.46.45.52.30
Secrétaire Adjoint :	Dr. BRODEUR - CH Bourges (18000)	Hop. : 02.48.48.48.48 - Sec. : 02.48.48.49.14 - Fax : 02.48.48.48.13
Trésorier :	Dr. BRECHIGNAC - CH Sallanches (74700)	Hop. 04.50.47.30.50 - Fax : 04.50.47.30.88 - E-mail : bernard.brechignac@wanadoo.fr
Membres :	Dr. BLOT - CH Montfermeil (93370)	Hop. 01.41.70.80.00 - Sec. 01.41.70.82.55 E-mail : pblot@ch-montfermeil.fr - Bur + Fax : 01.41.70.82.02
	Dr. BRETSTZAJN - CH Salon de Provence(13658)	Hop. 04.90.44.91.44 - Fax : 04.90.44.92.54 - E-mail : rea@ch-salon.fr
	Dr. DESMIDT - CH St Philibert (59462) LOMME	Hop : 03.20.22.50.65 - Fax : 03.20.22.50.25 - E-mail : desmidt@club-internet.fr
	Dr. DOUTRE - CH Belfort (90016)	Hop. 03.84.57.40.00 - Fax : 03.84.57.47.56 - Sec : 03.84.57.47.12 E-mail : padoutre@ch-belfort-mombeliard.rss.fr
	Dr. FAURE - CH St Martin (97100)	Hop.05.90.50.02.76 - Fax : 05.90.52.02.79 - E-mail : michel.pere.faure@wanadoo.fr
	Dr. FRITZ - CH Thionville (57312)	Hop. 03.82.55.82.55 - Sec.03.82.55.81.90 - Fax : 03.82.55.81.92 E-mail : lfritz@club-internet.fr
	Dr. GABRY - CH Pays d'Apt (84400)	Hop : 04.90.04.33.00 - E-mail : andrelouis-gabry@worldonline.fr
	Dr. GALLOUX - CH Beaune (21203)	Hop : 03.80.24.44.43 - Fax : 03.80.24.45.74 - E-mail : galloux.yves@ifrance.com
	Dr. KAIDOMAR - CH Fréjus St Raphaël (83608)	Hop. 04.94.40.20.68 - Fax : 04.94.17.79.03 E-mail : kaidomar-m@chi-frejus-saint-raphael.fr
	Dr. REYES - CH Beaumont sur Oise	Hop 01.39.37.15.20 - E-mail : seti.reyes@libertysurf.fr
Présidents d'honneur :	Dr. CARA-BEURTON - St Germain en Laye (78104)	Dom. 01.39.73.14.94 - Fax 01.39.73.14.94
	Dr DUCREUX - CH Roanne (42328)	Hop. 04.77.44.30.00 - Sec. 04.77.44.31.07 - Fax : 04.77.44.31.11 E-mail : jean-claude.ducieux@ch-roanne.fr - Bur. 04.77.44.31.11

Les Délégués Régionaux du SNMARHNU

Régions	Délégués	Département	Centre Hospitalier	Téléphone	Fax
Alsace	Dr BEUTELSTETTER	67 - 68	MULHOUSE (68070)	0389646151	
Aquitaine	Dr VIELLE	24 - 33 - 47 - 64	Mt-de-Marsan		
Auvergne	Dr DELORT	03 - 15 - 43 - 63	AURILLAC (15002)	0471465656	0471465633
Basse Normandie	Dr DEQUIRE	14 - 50 - 61	ALENCON (61014)	0233327575	0233323141
Bourgogne	Dr GALLOUX (Coordonnateur)	21 - 58 - 71	BEAUNE (21203)	0380244444	0380244574
	Dr POTDEVIN	89	AUXERRE (89011)	0386484848	0386484719
Bretagne	Dr CHARLEMAGNE	22 - 29 - 35 - 56	LORIENT (56322)	0297649163	0297649255
Centre	Dr BRODEUR	18 - 28 - 36 - 37 - 41 - 45	BOURGES (18000)	0248484848	0248484813 james.brodeur@wanadoo.fr
Champagne Ardennes	Dr GUILLAUME	08 - 10 - 51 - 52	CHARLEVILLE-MEZIERE	0324587155	
Haute Normandie	Dr BRULE	27 - 76	LE HAVRE (76600)	0232733232	0232733174
Ile de France	Dr VIGNIER (Coordonnateur)	78	MANTES la JOLIE (78021)	0134974000	0134974114 vignierm@aol.com
	Dr SEJOURNE	91 - 75 - 77	EVRY (91014)	0160875050	0160875140
	Dr BLOT	93 - 92	MONTFERMEIL (93370)	0141708255	p.blot@ch-montfermeil.fr
	Dr STARKMAN	94 - 95	GONNESSE (95500)	0134532041	
Languedoc Roussillon	Dr PERUCHO	11 - 30 - 34 - 48 - 66	PERPIGNAN (66000)	0468616633	0468616989 pierre.perucho@wanadoo.fr
Limousin	Dr VILLATTE	23 - 19 - 87	ST JUNIEN (19200)	0555435000	0555435075
Lorraine	Dr GIRAUD	54 - 55 - 57 - 88	THONVILLE (57312)	0382558255	0382558192 EGIR57@aol.com
Midi Pyrénées	Dr MARTY (Coordonnateur)	09 - 12 - 31 - 32 - 65 - 81 - 82	TARBES (65000)	0562515151	0562515804
	Dr CAZABAN	46	CAHORS (46000)	0565205050	0565205410
Nord -Pas de Calais	Dr DESMIDT	59 - 62	CH St Philibert LOMME (59462)	0320225065	0320225025 marc.desmidt@free.fr
Pays de Loire	Dr LEMANISSIER	44 - 49 - 53 - 72 - 85	LE MANS (72000)	0243434343	0243432421
Picardie	Dr LEBRUN	02 - 60 - 80	St QUENTIN (02321)	0323067171	0323067287
Poitou-Charentes	Dr GOUWARD	16 - 17 - 79 - 86	LA ROCHELLE (17000)	0546455050	0546455230 daniele.gouward@wanadoo.fr
Provence - Côte d'Azur	Dr VALERI (Coordonnateur)	13 - 20 - (2A-2B) - 84	LA CIOTAT (13600)	0442087600	0442714464 chlc.anest.rea@online.fr
	Dr BRETSTZAJN	04 - 05	SALON de PROVENCE	0490449144	0490449254 rea@ch-salon.fr
	Dr FRECHE	06	GRASSE (06130)	0493095237	0493095242
	Dr KAIDOMAR	83	FREJUS (83608)	0494402068	0494177903 kaidomar@chi-frejus-saint-raphael.fr
Rhône Alpes	Dr DUCREUX (Coordonnateur)	07- 26- 42- 69	ROANNE (42300)	0477443000	0477443115 jean-claude.ducieux@ch-roanne.fr
	Dr BRECHIGNAC	01- 38 - 73 - 74	SALLANCHES (74700)	0450473050	0450473088 bernard.brechignac@wanadoo.fr
Territoire de Belfort	Dr DOUTRE (Coordonnateur)	90	BELFORT (90016)	0384574000	0384574756
Franche Comté	Dr SCHOCH	25- 39 - 70	MONTBELIARD (25200)	0381916161	0389650303
Réunion	Dr MARTIN	97.4	St DENIS de la Réunion (97405)	0262905400	0262907734
Martinique	Dr VOECKLER	97.2	TRINITE (97220)	0596664600	0596664606
Guadeloupe	Dr DAIJARDIN	97.1	POINTE à PITRE (97110)	0590891010	0590910838
	Dr FAURE	97.1	BASSE TERRE (97100)	0590805477	0590805477 michel.pere.faure@wanadoo.fr
Guyane	Dr LEROY	97.3	St Laurent du Maroni CAYENNE (97320)	0594348712	0594348715

BILAN (ET PERSPECTIVES)

Le SNMARHNU s'était depuis plus de 15 ans fixé le but de lutter contre la démedicalisation des hôpitaux publics, contre la désertification des services d'anesthésie-réanimation des centres hospitaliers généraux, contre la surexploitation des anesthésistes-réanimateurs surtout en CHG. Tous ces facteurs tarissaient le flux des vocations vers une spécialité qui, compte tenu des progrès de la médecine et de la chirurgie, se retrouvait au centre des activités du plateau technique. De plus, compte tenu des attentes de la population d'une qualité de soins accrue, elle se trouvait de plus en plus sollicitée pour assurer la sécurité de gestes médico-chirurgicaux techniques hardis voire extrêmes.

Sous la présidence de Dr Jean-Claude Ducreux (Roanne), puis de Dr Michel Vignier (Mantes-la-Jolie), le SNMARHNU n'a eu de cesse d'alerter les autorités sanitaires du pays

- sur les crises démographiques touchant les spécialités médicales à fortes contraintes et tout particulièrement l'anesthésie-réanimation,
- sur les insuffisances touchant à l'orientation de jeunes médecins vers la formation dans notre spécialité,
- sur les conditions de travail archaïques de notre profession à l'hôpital, surtout à l'hôpital non universitaire, eu égard aux progrès sociaux réalisés dans les autres secteurs de la société et dont les anesthésistes se sentaient exclus.

C'est pourquoi, prenant appui sur les revendications de ses mandants, mais aussi sur le produit de luttes menées dans d'autres pays européens par d'autres médecins soumis aux mêmes conditions de travail, le SNMARHNU a mené deux campagnes dont les victoires ont été concrétisées par des textes capitaux parus cette année :

- le nouvel arrêté sur les gardes et astreintes introduisant le repos de sécurité;
- le texte ci-joint (dit "Cadrage National") introduisant essentiellement la notion du 48 heures maxi gardes et astreintes incluses.

Le texte : l'exégèse du texte pourra être poursuivie longtemps après sa signature mais les points essentiels paraissent être les suivants :

- le nombre de jours travaillés est dorénavant de 207 par an ; en sachant que le samedi, jour ouvrable, n'est pas considéré comme jour ouvré, et que les 15 jours de formation médicale continue sont incluses dans ces 207 jours ; cette diminution du nombre de jours travaillés est le produit de l'instauration des jours RTT.
- la demi-journée reste l'unité de mesure du temps médical à l'hôpital, mais sa durée ne peut excéder 48h/10 ; Cette notion de 48 heures maxi gardes et astreintes incluses était LA revendication princeps du SNMARHNU depuis des années. Certes, il n'existe pas de durée légale minimale de travail, mais tout praticien bénéficie forfaitairement de 20 jours de RTT pour le temps en excès des 35 heures accordées ailleurs, et plus encore si, par volontariat ("contrat"?), il décide de travailler un "temps additionnel" au-delà des 48

heures au lieu de se le faire payer. Néanmoins, le maximum reste à 30 jours de RTT par an.

• les gardes, et les astreintes, sont intégrées dans le temps de travail et revalorisées. La prise en considération des astreintes dans le temps de travail était une revendication majeure du SNMARHNU, compte tenu du poids des représentants des petits CHG dans le syndicat, et de leurs conditions difficiles d'exercice et d'attractivité. Les gardes sont rémunérées par une "indemnité de sujétion forfaitaire", moindre que l'indemnité accordée à 2 déplacements d'astreinte de 4 heures, mais soumis "à cotisation IRCANTEC", ce qui assure une rémunération indirecte compensatrice. Il faudra s'attendre, compte tenu des masses monétaires en jeu, à un contrôle strict des déplacements d'astreintes, et à une transparence sans failles de l'allocation de l'indemnité pour les cas d'astreintes.

• les jours de RTT peuvent être, au-delà de 48 ans au 1 janvier 2002, thésaurisés pour constituer un CET de 20 à 30 jours ouvrables x 12 ans à 60 ans, permettant d'anticiper à ce moment-là un départ à la retraite à salaire plein, mieux valorisé qu'à taux plein, et rajoutant une annuité à la carrière, bien utile si le praticien n'est pas arrivé au bout de ses 37 ans et demi de cotisations. Il s'agissait là d'une revendication originale du SNMARHNU.

• le plan "pluriannuel de recrutement" reste encore très flou, et il n'est pas sûr que les CHU ne mordront pas allègrement dans le gâteau avant qu'une répartition des postes de P.H. ne soit faite dans un sens respectant plus les priorités de santé publique et d'organisation spatiale des soins. Cependant, "le Comité National de Suivi" aura pour tâche de corriger les abus d'affectation par un bilan national au bout de la création de la première tranche de créations de postes en 2 ans. Rappelons qu'une des revendications essentielles du SNMARHNU est la meilleure répartition des moyens humains en anesthésistes entre régions, et à l'intérieur des régions entre CH bien dotés, voire pléthoriques, et CH sous-dotés mais dont les plateaux techniques sont reconnus d'utilité publique par le SROSS.

Un certain nombre de principes sont fermement actés : durée hebdomadaire du travail, "droit au CET", projet de réorganisation obligatoire pour chaque établissement "à la faveur de l'ARTT", interdiction de contraindre un praticien à effectuer plus de 24 heures en continu (ce qui re-sacralise le repos de sécurité), toutes notions auxquelles tous les hôpitaux devront se conformer, ce qui devrait rassurer nos mandants exerçant dans les structures sous-dotées ;

Toute une procédure de suivi est mise en place, mais ne peuvent y participer QUE les syndicats qui auront signé le texte. Il y avait là une raison supplémentaire de signer un texte qui apporte beaucoup mais pas tout, et de pouvoir contrôler son application.

Le 25 Novembre 2001,
Docteur James Brodeur (Bourges)

AMENAGEMENT ET REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS, PHARMACIENS ET ODONTOLOGISTES HOSPITALIERS

Ministère de l'Emploi et la Solidarité
Ministère de la Santé

CADRAGE NATIONAL

établi entre les organisations syndicales ci-dessous signataires
et le Gouvernement

Avec la mise en œuvre de l'ARTT, le Gouvernement s'est engagé dans une démarche de progrès social qui doit bénéficier à l'ensemble des professionnels des hôpitaux et ce, quels que soient leur statut juridique et leurs fonctions.

Le présent document constitue le cadrage national de l'aménagement et de la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers. Il constitue une garantie d'équité pour tous les professionnels, tout en permettant les adaptations nécessaires au plan local. Il confirme et complète les acquis du protocole du 13 mars 2000.

1. Bénéficiaires du présent protocole.

Sont concernés par les dispositions du présent document les praticiens hospitaliers à temps plein, les praticiens hospitaliers à temps partiel, les praticiens adjoints contractuels, les praticiens contractuels et les assistants.

2. Définition et réduction du temps de travail.

La nature même de l'activité médicale hospitalière, le niveau de responsabilité et l'autonomie dans l'organisation du travail qu'elle implique, conduisent à appréhender globalement le temps de travail.

Actuellement, les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers travaillent 227 jours par an (365 – 104 [jours de week-end] – 9 [jours fériés] – 25 [congés annuels]), leurs obligations de service étant fixées en demi-journées hebdomadaires. S'y ajoutent les gardes, pour le moment non décomptées dans le temps de travail, ainsi que les astreintes.

Le nouveau régime s'appliquant à compter du 1er janvier 2002 est le suivant :

- les médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers bénéficient forfaitairement de 20 jours de RTT, dans le cadre d'un nombre annuel également forfaitaire de 207 jours de travail (soit 414 demi-journées).
- La définition actuelle des obligations de service hebdomadaires, fixées à dix demi-journées, est maintenue, en raison de la grande diversité des conditions d'exercice qu'elle recouvre, selon les spécialités et les modes d'organisation choisis, sous réserve du cas particulier des activités et services organisés en temps médical continu. Les tableaux de service, validés par les CME, constituent le moyen de référence de décompte du temps de travail.
- La durée hebdomadaire de travail, gardes comprises, ne peut dépasser 48 heures en moyenne lissée sur quatre mois, conformément aux dispositions de la directive européenne. Cette limite constitue un plafond et en aucun cas une durée moyenne ou "légale".
- Sont incluses dans les obligations hebdomadaires de service les demi-journées d'activité d'intérêt général, les contrats d'enseignement et de recherche, les demi-journées d'activité libérale, toutes les activités liées au service hospitalier s'inscrivant dans le cadre de coopérations, réseaux, activités multi-sites, ainsi que les périodes de formation continue telles qu'elles sont définies par les différents statuts. Les praticiens hospitaliers à temps plein n'exerçant pas d'activité libérale continuent à percevoir l'indemnité d'engagement de service public exclusif. S'agissant des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers exerçant à temps partiel, le présent dispositif est adapté, prorata temporis, pour le décompte hebdomadaire en demi-journées, pour la limite maximale de 48 heures hebdomadaires ainsi que pour le nombre de jours RTT annuel.

Cas particulier des services ou activités organisés en temps médical continu.

Il est proposé de permettre l'organisation de certains services ou activités sur la base d'un temps médical conti-

nu. Dans ce cas, l'activité médicale est organisée par des tableaux de service établis en plages horaires, sans discontinuité.

3. Compte épargne temps.

La réduction forfaitaire du temps de travail doit s'accompagner de souplesse dans l'utilisation des jours libérés, permettant de garantir le bon fonctionnement des services tout en respectant les choix professionnels et personnels.

Les jours RTT peuvent :

- soit être consommés en cours d'année ;
- soit être cumulés sur un compte épargne temps (CET), par période maximale de sept ans, dans la limite de 30 jours par an.

Les bénéficiaires pourront les utiliser par semaine, par mois, par trimestre, en une ou plusieurs fois dans l'année, ou en une seule fois en fin de période, sous la forme d'une année de congés rémunérés comme une période d'activité. A partir de 55 ans, la possibilité de cumuler la totalité des jours RTT en fin de carrière est ouverte. Compte tenu de la démographie médicale, les bénéficiaires qui auront atteint 55 ans à l'issue de la première période de sept ans, c'est à dire ceux âgés de 48 ans ou plus en 2002, pourront choisir de conserver leur CET jusqu'en fin de carrière. Les modalités de constitution et d'utilisation du compte épargne temps sont précisées dans la fiche jointe. Le dispositif prend effet au 1er janvier 2002.

4. Intégration des gardes dans le temps de travail et temps additionnel.

La directive européenne 93/104 s'applique désormais et impose l'intégration des gardes à l'hôpital dans le décompte du temps de travail effectif.

Cette mesure nécessite d'importantes réorganisations, qui devront faire l'objet de concertations au niveau des établissements et être adoptées dans le courant de l'année 2002, pour une mise en œuvre opérationnelle le 1er janvier 2003. Pendant l'année 2002, à titre transitoire, le système actuel des gardes sera maintenu.

Lorsque les gardes seront intégrées dans le temps de travail, la rémunération des plages de jour et des plages correspondant aux actuels temps de garde sera différenciée, les plages de nuit, de week-end (samedi après midi, nuit de samedi, dimanche) et de jours fériés ouvrant droit à une indemnité de sujétion forfaitaire de 250 par plage. Les plages de travail qui seront effectuées, sur la base du volontariat, comme un temps additionnel, qu'il s'agisse d'un temps au-delà du plafond de 48 heures ou au-delà des 10 demi-journées, seront indemnisées forfaitairement à raison de 300 par plage de 2 demi-journées à l'exclusion de tout autre indemnisation, ou compensées par un jour de congé par plage.

Il est rappelé à cette occasion qu'aucun médecin, pharmacien, biologiste ou odontologiste hospitalier ne pourra être contraint d'effectuer plus de 24 heures de travail en continu, dans le cadre des organisations mises en place. L'indemnité de sujétion forfaitaire et l'indemnité de temps additionnel seront soumises à cotisation IRCANTEC.

5. Astreintes.

La rémunération des déplacements que les médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers sont amenés à effectuer pendant les astreintes, sera portée de 50.16 à 61 par déplacement (soit une valorisation de 21 %). Le temps correspondant aux déplacements sera intégré dans le temps de travail, sur le modèle du dispositif actuellement en vigueur (par exemple, un temps de déplacement et de soins de 4 heures sera assimilé à une demi-plage de temps additionnel et indemnisé à 150 ou compensé par une _ journée de CET). Cette mesure prend effet au 1er janvier 2002.

La rémunération des astreintes est inchangée par ailleurs.

6. Valorisation de l'assistantat.

La réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers et la nouvelle définition du temps de travail justifient la création de nombreux postes hospitaliers.

Un objectif majeur est, dans ce cadre, de recruter de jeunes diplômés afin de renforcer rapidement les effectifs d'assistants et d'inciter un certain nombre d'entre eux à poursuivre une carrière hospitalière.

Il est établi que l'attractivité des postes hospitaliers passe, pour les jeunes médecins, par une meilleure reconnaissance de l'exercice hospitalier, notamment dans les hôpitaux généraux.

Pour renforcer l'attractivité des postes d'assistants, au moment du recrutement, une prime de 5 000 sera versée en contrepartie d'un engagement de deux ans dans l'établissement en qualité d'assistant. La prime sera portée à 10 000 lorsque l'engagement de servir au sein du service public hospitalier sera d'emblée de 4 ans. Le bénéfice de cette prime sera conservé si l'assistant est nommé praticien hospitalier avant la fin de cet engagement. On ne peut bénéficier d'une telle prime qu'une seule fois.

7. Plan pluriannuel de recrutement.

Pour permettre la réduction effective du temps de travail et l'intégration des gardes, les besoins sont estimés à 3500 emplois supplémentaires (ETP). Une première tranche de création de 2 000 emplois sur deux ans sera entreprise, dont au moins la moitié de praticiens hospitaliers.

Ces créations permettront notamment, dans le respect des règles actuelles, le recrutement, en priorité, des praticiens exerçant à temps partiel (souhaitant un exercice à temps plein), des praticiens contractuels, des PAC, des assistants et des attachés.

Ces créations sont complémentaires de celles spécifiquement prévues pour les PAC dans le protocole du 13 mars 2000.

L'adaptation des textes statutaires régissant les praticiens hospitaliers, en application des dispositions de ce cadrage, constituera l'occasion d'introduire également des dispositions de nature à faciliter les relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, en particulier à l'occasion de projets de coopération.

A l'issue de cette première période, un bilan national sera établi avec le comité national de suivi afin de poursuivre la dynamique de mise en œuvre de l'ARTT au regard des réalisations constatées.

8. Amélioration de l'organisation médicale.

A la faveur de l'ARTT, chaque établissement élaborera au plus tard pour le mois de juin 2002 un projet de réorganisation prenant en compte les modalités définies par le cadrage national.

Ce projet sera soumis à l'avis de ses instances (commission médicale d'établissement et conseil d'administration). Une négociation sur les modalités de mise en œuvre sera ensuite engagée entre les Agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé.

Ses résultats seront insérés dans le contrat d'objectifs et de moyens.

Parallèlement, au niveau national, les évaluations prévues dans le protocole du 13 mars 2000, pour la mise en place de la prime multi-établissements ou du dispositif des postes à recrutement prioritaire notamment, permettront le cas échéant d'envisager des évolutions de nature à renforcer au niveau des régions la cohérence de certaines organisations médicales, ou de certaines modalités particulières d'exercice.

9. Suivi de la mise en place.

La DHOS est chargée du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif et procédera aux corrections et ajustements nécessaires, le cas échéant, pour chaque région.

Elle s'appuiera sur les observations et avis émanant de trois niveaux de suivi :

- au niveau national, un comité de suivi, présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, composé des organisations syndicales signataires du cadrage national ;

- au niveau régional, des commissions régionales de suivi, présidées par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation et composées de représentants des organisations syndicales signataires, des conférences de directeurs et de présidents de CME et de la FHF ;

- au niveau local, dans chaque établissement de santé, un comité local émanant de la CME et de la direction.

La première réunion du comité national de suivi permettra de définir les modalités d'organisation ainsi que les procédures de mise en œuvre au niveau régional et au niveau local, en articulation avec le niveau national.

Les signataires :

Pour le Gouvernement :

La Ministre de l'Emploi
et de la Solidarité
Madame Elisabeth Guigou

Le Ministre délégué à la Santé
Monsieur Bernard Kouchner

Pour les organisations syndicales :

Intersyndicat National des Praticiens
Hospitaliers (INPH)
Docteur Rachel Bocher

Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
Docteur François Aubart

Syndicat National des médecins, Chirurgiens,
spécialistes et biologistes
des Hôpitaux Publics (SNAM)
Professeur Claude F. Degos

Confédération des Hôpitaux Généraux (CHG)
Docteur Pierre Faraggi

COMPTE ÉPARGNE TEMPS

Le compte épargne temps a pour objet de permettre aux médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers (praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, assistants, praticiens adjoints contractuels, praticiens contractuels) de bénéficier de façon choisie et différée de congés rémunérés.

Les bénéficiaires pourront les utiliser par semaine, par mois, par trimestre, en une ou plusieurs fois dans l'année, ou en une seule fois en fin de période, sous la forme d'une année de congés rémunérés comme une période d'activité. A titre d'exemple, le CET peut permettre de disposer d'une semaine de congés rémunérés comme une période d'activité tous les 3 ou 4 mois, ou d'une année tous les 7 ans.

1. Peuvent être épargnés au titre du CET :

- Les jours RTT qui ne sont pas utilisés au cours de l'année au titre de laquelle ils sont acquis peuvent être cumulés sur un compte épargne temps (CET), par périodes maximales de sept ans. Ils peuvent être utilisés au cours de cette période ou en fin de période ;
- les congés annuels non pris, dans la limite de 10 jours par an ;
- le cas échéant, les jours accordés en compensation des plages de travail supplémentaires effectuées au delà des obligations, si elles ne font pas par ailleurs l'objet d'une indemnisation, à raison d'un jour par plage de travail supplémentaire de 2 demi-journées ;
- Durant la période d'utilisation de ces jours épargnés, le médecin sera considéré comme en activité, c'est à dire qu'il conservera sa rémunération, ses droits à avancement et à retraite, sa couverture sociale ; à l'issue de cette période, il reprendra ses fonctions antérieures.

2. Les jours épargnés en CET ne peuvent excéder 30 jours par an.

3. A titre dérogatoire, les jours épargnés par un praticien à partir de 55 ans peuvent être versés en CET jusqu'au départ à la retraite de l'intéressé, lui permettant ainsi d'utiliser les jours épargnés sous forme de congé rémunéré de fin d'activité. Lorsqu'un praticien fait ce choix, il s'engage à mobiliser son congé avant son départ à la retraite. Compte tenu de la démographie médicale, les bénéficiaires qui auront atteint 55

ans à l'issue de la première période de sept ans, c'est à dire ceux âgés de 48 ans et plus en 2002, pourront choisir de le conserver jusqu'en fin de carrière.

4. Le préavis avant de solliciter les droits acquis au titre du CET est de 1 mois pour un congé inférieur à 6 jours, de 2 mois pour un congé de six à 20 jours, de 4 mois pour un congé de 20 jours à 6 mois, de six mois pour un congé supérieur à six mois. Le préavis est mis à profit par l'établissement pour garantir la continuité médicale pendant l'absence du bénéficiaire du congé.

5. Le droit à CET est garanti par le statut : les établissements ont l'obligation de l'accorder, sous le contrôle de la tutelle et du juge ; en cas de difficulté, la commission nationale statutaire des praticiens hospitaliers sera instance d'appel.

6. Lorsque le bénéficiaire change d'établissement ou de statut hospitalier (par exemple nomination d'un assistant en qualité de PH), les droits acquis au titre du CET sont transférés.

7. En cas de départ (disponibilité, démission, etc.), le compte épargne temps doit être soldé au préalable. En cas de cessation d'activité pour invalidité, le CET reste acquis au bénéficiaire.

8. Pour ce qui concerne le cas particulier du décès d'un bénéficiaire, il sera tenu compte des dispositions prévues dans le Code du travail.

LE MOT DU PRESIDENT, ET MAINTENANT, QU'ALLONS NOUS FAIRE ?

La période de négociations passée avec un relatif succès et de nombreuses satisfactions, la vie syndicale continue.

Pourquoi succès ? si on regarde le bilan des protocoles, je crois n'avoir jamais constaté au cours de ma vie de syndicaliste, autant d'avancées acquises par l'action syndicale sur une année : prime de service public exclusif, réévaluation de notre grille d'avancement, prime d'activité multi-sites, reconnaissance d'un plafond pour le temps de travail de 48 heures, égalité travail de nuit- travail de jour, création de postes de PH, réduction du temps de travail avec un compte épargne temps, prime aux assistants qui s'engagent pour 5 ans dans un établissement.

Pourquoi satisfactions ? la nécessité d'un repos de sécurité après une garde se concrétise, le compte épargne temps peut permettre à ceux qui en feront le choix de partir à la retraite plus tôt en percevant l'équivalent de leurs derniers salaires jusqu'à 65 ans, le redéploiement des moyens entre établissements devient incontournable.

Toutes ces mesures nécessitent un suivi aux niveau national, nous continuerons à vous représenter et à défendre la place de la profession; mais au niveau régional nous avons besoin de renforcer nos délé-

gués auprès des ARH car l'attribution des postes de PH, le renforcement ou la réorientation de certaines équipes ainsi que le suivi des protocoles se feront à ce niveau.

Quant aux décisions locales nous avons tous un rôle à jouer dans nos établissements car nous seront confrontés à l'élaboration de tableaux de service qui auront une incidence sur l'organisation des bloc opératoires, à l'organisation des modalités de gardes, à l'évaluation des effectifs nécessaires au respect des bonnes pratiques cliniques.

ET MAINTENANT, QU'ALLONS NOUS FAIRE ?

Nous devons être vigilants aux différents niveaux de décision ; nous préparons l'avenir et ne devons pas laisser échapper les avancées actuelles car les résultats sont loin d'être parfaits, nous devons continuer à être "force de proposition" en participant à toutes les réunions de mise en place.

Le travail au niveau national du SNMARHNU avec la CHG n'aurait pas de sens si nous n'avions pas de relais sur les terrains locaux et régionaux, rejoignez-nous et tenez nous au courant de vos difficultés, c'est ensemble que nous construisons ce que sera demain.

Michel VIGNIER

BULLETIN D'ADHESION

AU SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS ANESTHESISTES
REANIMATEURS des Hôpitaux Non Universitaires

NOM :

Prénom :

Année de naissance : **Nationalité :**

Adresse personnelle

N°. Rue/Avenue :

Code Postal : Ville : N° Tel. :

N° Fax :

E mail :

Adresse professionnelle

Centre hospitalier :

Code Postal : Ville :

N° Tel. :

N° Fax :

E mail :

N.B. : un bulletin mensuel e-mail sera envoyé tous les débuts de mois à tous ceux qui nous auront fournis leur adresse électronique, permettant à tous les adhérents-cotisants d'être tenus au courant en temps quasi-réel des résultats des dernières réunions, des débats en cours et des derniers textes.

- Cursus :**
- Année de thèse :
 - Année de qualification :
 - Année de DES :
 - Année de CES :

- Mode d'exercice :**
- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> CHG | <input type="checkbox"/> Convention FEHAP | |
| <input type="checkbox"/> Temps Plein | <input type="checkbox"/> Temps Partiel | <input type="checkbox"/> Activité libérale |

- Responsabilité :**
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chef de service | <input type="checkbox"/> Coordonnateur | <input type="checkbox"/> Responsable d'UF |
|--|--|---|

- Fonction :**
- | | | |
|------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> PH | <input type="checkbox"/> PH Contractuel | <input type="checkbox"/> PH Associé |
| <input type="checkbox"/> PAC | <input type="checkbox"/> Attaché | <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) : |

- Secteur d'activité :**
- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésie Bloc | <input type="checkbox"/> SAMU-SMUR | <input type="checkbox"/> Urgences |
| <input type="checkbox"/> Réanimation | <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) : |

Modifications intervenues dans votre établissement ces deux dernières années :

- Départs : Dr
- Nominations : Dr
- Postes vacants :

Cotisation année 2002 - Inscription unique : 110 €
- Inscription groupées : 100 € (2/3 pers. ou plus)

**Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à : Docteur BRECHIGNAC
Centre hospitalier - 74700 SALLANCHES**

Merci d'établir vos chèques à l'ordre du SNMARHNU - CCP n° : 33.968.97V 033 La source

PETITE HISTOIRE DE RTT

Il y a un an, la RTT sonnait pour nous comme un effet d'annonce politique, et nous imaginions un grand chantier de remise à plat du statut destiné à nous donner du grain à moudre pendant deux ou trois ans. Aucun d'entre nous, dans le monde syndical, n'imaginait que la discussion serait bouclée dans l'année 2001 comme annoncé dans un discours solennel de Mme GUIGOU en décembre 2000, repris en janvier 2001.

Rappelons pour mémoire quelques fondamentaux :

- Juin 2000 : Mme AUBRY annonçait son intention de démarrer des négociations sur la RTT dans la fonction publique hospitalière pour faire suite aux fameuses lois AUBRY. Elle n'aura pas l'occasion de mettre elle-même en musique ce qu'elle avait composé.
- Septembre 2000 : notre préoccupation principale était de faire aboutir le décret sur le repos de sécurité, idée originale du SNMARHNU depuis près de dix ans, torpillée alors par certains confrères plus que par le Ministère, et quelquefois même à l'intérieur de la profession par certains qui aujourd'hui en revendiquent la paternité et l'aboutissement !
- Octobre 2000 : le jugement en cour européenne dit "arrêt Valenciana" est rendu public. Cet arrêt désormais célèbre, reconnaît le travail de nuit des médecins comme du temps de travail et supprime de facto la notion de garde très latine. Il deviendra un énorme bras de levier dans cette négociation qui s'annonce et très peu l'avait initialement compris. C'est dans ce contexte que démarrent les discussions sur la RTT des médecins qui change d'ailleurs de nom à chaque nouvelle réunion.

Sont invités à la table des négociations, les quatre intersyndicales reconnues par les élections professionnelles. Le SNMARHNU est présent au titre de la CHG qui reste à ce jour la première intersyndicale en nombre de voix.

Nous serons alors invités, lors de réunions réduites tant au Cabinet du Ministre qu'à la DHOS et lors de réunions plénières à exposer notre vision des choses. Après neuf mois de négociation, il est intéressant de reprendre nos propositions d'alors : Nous posions alors quelques solides pierres qui feront long feu. Tout d'abord, l'intégration des directives européennes (48h de travail gardes comprises) dans notre statut y compris l'arrêt Valenciana et le repos de sécurité. De plus, nous exprimions clairement que quelle qu'en soit la forme, nous ne pourrions accepter une baisse de revenus même si notre temps de travail se trouvait réduit. Ensuite, nous estimions que la RTT était l'occasion inespérée de valoriser enfin la pénibilité particu-

lière du travail de nuit tant en garde qu'en astreinte..

Nous introduisions également la possibilité pour ceux d'entre nous qui le souhaitions de prendre leur retraite à 60 ans et ce particulièrement pour les spécialités à fortes contraintes. Sur tous ces points, nous étions écoutés et nous aurons l'agréable surprise de voir que nos propositions étaient reprises pour la plupart par nos interlocuteurs dans leurs propres propositions. Seule la retraite à 60 ans n'y figurait pas.

Par contre, le Ministère ne voulait pas entendre parler de 35h pour les médecins et notre Ministre de tutelle l'exprimait même avec une certaine véhémence, fraîchement rentré du KOSOVO. Nous indiquions alors qu'en ce qui concernait les spécialités à garde, si nous gardions la borne maximale des 48h gardes comprises, la borne des 35h ne nous était pas indispensable... et pour cause ! Se dessinait là une première ligne de fracture entre les intersyndicales, liée à des conditions de travail très différentes d'une spécialité à l'autre souvent peu comparables.

La deuxième ligne de fracture était évidente. Quelles étaient les activités intégrables dans le temps de travail ? Il est peu de dire que nous n'avons pas été très véhéments pour intégrer l'activité libérale, les activités d'intérêt général et les expertises. Moins de 5% d'entre nous sommes concernés. Il nous paraissait autrement plus important de défendre la pénibilité du travail de nuit. Ces activités étaient exclues de fait dans les premières propositions du Ministère.

Comme de coutume dans ce type de négociation, le Ministère a d'emblée placée la barre au plus bas, proposant l'intégration des directives européennes, mais seulement dix jours de RTT en excluant toutes les activités annexes, et proposant l'application sur quatre ans ! La notion de compte épargne temps apparaissait, montrant clairement la volonté de privilégier le temps sur l'argent alors même que chacun savait que la démographie de certaines spécialités, dont la nôtre, ne permettait pas de combler les déficits humains ainsi créés. De réunions en réunions, nous n'obtenions aucun chiffre précis et à l'approche de l'été, les positions du Ministère semblaient s'écartier de plus en plus de propositions négociables. Par deux fois, l'ensemble des syndicats quittait la table des négociations. Le Ministère réussissait alors le tour de force de souder entre elles des organisations syndicales jusqu'alors quelque peu cacophonique. Une première plateforme commune minimale était alors rédigée permettant de relancer la dynamique syndicale. C'est dans cette ambiance très tendue que se terminait la première manche et que chacun partait en vacances.

L'été fût mis à profit pour peaufiner les propositions et il devenait évident que nos Ministres avaient pour mission de boucler le dossier avant la fin de l'année afin d'en tirer les bénéfices politiques attendus. Ce sont donc les politiques eux-mêmes qui mèneront la suite des débats.

A quelques jours de notre Congrès national, les choses allaient s'accélérer. Les nouveaux contacts ministériels confirmaient que les positions n'évoluaient que très peu. Nous en étions alors à douze jours de RTT, avec intégration dans le temps de travail de certaines activités d'intérêt général et des expertises et création de 2500 postes de médecins. La comptabilité du temps de travail resterait en demi-journées et nous n'avions aucune certitude sur l'amélioration promise pour le travail de nuit.

Par contre, la rumeur de suppression de la prime d'exercice public exclusif était infondée et tous les participants à cette négociation le savaient. Elle n'en fût pas moins le prétexte de déclenchement d'une grève que nous n'avons donc pas appelé à suivre estimant que la négociation était en cours et qu'elle ne devait pas être parasitée par un arrêt de travail provoqué par une rumeur que nous savions tous infondée.

Quelques jours plus tard, nos rencontres ministérielles confirmaient le refus du Ministère de fixer un temps de travail clair et seule une indemnité nous était proposée comme revalorisation du travail de nuit sans certitude du maintien de nos revenus. Nous décidions alors de vous appeler à cesser le travail et cette journée du 5 octobre fût une journée de grève de toute la profession des anesthésistes-réanimateurs et des urgentistes comme il en a rarement été connu. Vous nous exprimiez par-là clairement votre soutien et le message fût parfaitement reçu au Ministère. Les trois syndicats de médecins anesthésistes-réanimateurs étaient alors reçus au Cabinet du Ministre, et c'est donc l'ensemble de la profession qui exprimait à nouveau ses inquiétudes et ses revendications. La négociation semblait alors pouvoir enfin progresser. A l'issue d'une nouvelle journée d'action, nous obtenions la certitude du maintien de nos revenus, même si la revalorisation des indemnités de gardes et astreintes restait modeste ; l'introduction du travail nocturne dans le temps de travail assortie d'une prime spécifique d'un montant au moins équivalent à l'actuelle indemnité de garde constituait enfin une vraie reconnaissance de la pénibilité de ce type d'activité. Le travail de nuit devenant ainsi rémunéré au moins autant que le travail de jour.

Les autres partenaires syndicaux obtenant par ailleurs la réintroduction de l'ensemble des activités annexes

dans le temps de travail, le Ministère proposait alors le protocole qui devait être signé par l'ensemble des intersyndicales.

- 20 jours de RTT/an, 48h de travail/semaine gardes comprises, maintien et revalorisation des indemnités de garde et d'astreinte, création d'un CET permettant de gagner potentiellement près de trois ans sur l'âge de la retraite mais avec trois années de cotisations IRCANTEC en plus, création de 3000 postes médicaux, création d'une indemnité spécifique pour travail "volontaire" au-delà de la durée légale, tout cela constitue une énorme victoire syndicale comme nous n'en avons jamais connue, surtout quelques semaines après la sortie de l'arrêté sur le repos de sécurité. Rappelons pour la petite histoire, que seul le SNMARHNU s'est battu bec et ongles pour obtenir que sorte cet arrêté provisoire.

Malgré tout, nous devons rester très vigilants et nous investir dans la mise en application de toutes ces mesures. Les calendriers sont actuellement très flous et doivent faire l'objet de nouveaux textes réglementaires. Nous ne disposons que d'un "document de cadrage" qui nécessite de nombreux aménagements.

Dans les mois qui viennent, nos efforts porteront dans deux directions :

- Des commissions de suivi doivent être constituées tant au niveau national que régional. Ces commissions seront déterminantes dans l'attribution des postes et des moyens permettant d'appliquer ce protocole et nous avons bien l'intention d'y être très présents et de ne pas laisser à nouveau les moyens se distribuer préférentiellement dans les établissements déjà les mieux dotés

- Il nous faudra également convaincre et expliquer que ces textes ne pourront s'appliquer sans un effort collectif de réorganisation, voire de mutualisation des moyens quand cela est techniquement réalisable. A chacun de réfléchir dès maintenant à de nouvelles organisations afin que les moyens que seront chargés de distribuer les ARH puissent l'être avec intelligence et discernement. Nos conseillers régionaux seront là pour vous aider dans cette réflexion.

La première phase s'achève, mais la deuxième est nécessairement parsemée d'embûches.

Le 25 novembre 2001
Docteur Bernard BRECHIGNAC

REPOS DE SECURITE, UN ACQUIS A PRESERVER.

Vous nous avez mandatés depuis plusieurs années pour obtenir de nos Ministres de tutelle l'obligation **d'un repos de sécurité** le lendemain de la garde, et l'intégration de celle-ci dans le temps de travail.

Ces revendications ont été satisfaites avec difficulté lors de négociations parfois houleuses, mais nous devons rester vigilants afin que des manœuvres irresponsables ne les rendent pas inapplicables.

En effet, nous assistons à des effets d'annonce médiatique et à un recours en annulation du texte sur le repos de sécurité par ceux-là mêmes qui disent l'avoir revendiqué : on n'est pas à une contradiction près !

Pourquoi ce baroud d'honneur de la part des médecins des CHU ? Tout simplement parce qu'ils n'ont pas besoin de ce texte pour appliquer le repos de sécurité. Leurs effectifs leur permettent depuis longtemps. Mais qu'en est-il de 80% des hôpitaux généraux ? Ce n'est probablement pas leur souci !

Alors, pourquoi notre tutelle a-t-elle fixé l'application du repos de sécurité au 1er janvier 2003 et non pas tout de suite ? Parce qu'elle a bien compris que **ceux qui pourraient l'appliquer immédiatement étaient ceux qui l'avaient déjà mis en application depuis bien longtemps : les CHU et les gros CHG ; de fait, en s'organisant avant la majorité des hôpitaux généraux ils empêcheraient le redéploiement des moyens en personnel médical du CHU vers le CHG, préservant ainsi leurs privilèges.**

Cette attitude est intolérable : la restructuration hospitalière et le redéploiement des effectifs sont indispensables, l'application du repos de sécurité est un levier pour y parvenir. On doit mettre les

cartes sur la table et dire qui fait quoi, où, comment et avec qui.

Les services faisant moins de 700 anesthésies/ans et par médecin (moyenne européenne) doivent le justifier, sinon ils se doivent de venir renforcer les équipes des hôpitaux voisins.

Nous pourrions appliquer le repos de sécurité uniquement si les effectifs de médecins sont redéployés de façon à respecter la réglementation dans tous les centres hospitaliers :

- une garde / semaine et un dimanche ou jour férié /mois. Le même raisonnement devant s'appliquer aux astreintes.

Pour défendre vos intérêts, vous devez rapidement préparer votre classement **en service continu dès que vous pouvez justifier de la présence d'un médecin sur place dans le service 24h/24**. La demande en sera validée par la commission des gardes, la CME et le CA. Les ARH ne donneront les autorisations qu'à partir du mois de juin 2001.

Ce classement vous permettra de mesurer votre temps de travail en heures et de faire ainsi la preuve de l'insuffisance de vos effectifs pour remplir les obligations de service quotidien et de garde. Les tutelles devront prendre leurs responsabilités à partir de données objectives et donner les moyens là où ils sont nécessaires, plutôt qu'entériner des situations de fait comme on veut nous l'imposer par cette annulation en Conseil d'Etat.

Michel VIGNIER

Directeur de la publication : Dr. Brodeur
Conception et réalisation : Eric DUFOUR
Impression : Imprimerie du Parc - 25, avenue Gabriel Dordain - 18400 Saint-Florent
Rédaction : Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires.

Courrier :

Dr Goumard SNMARHNU - Service d'Anesthésie
Centre Hospitalier 17021 La Rochelle

Courrier électronique :

E-mail : snmarhnu@wanadoo.fr
Site Internet : www.snmarhnu.org
Fax : 01 64 26 60 03 - Répondeur : 01 64 26 60 62